



Allegato det. 1188/AV3

del 28 SET. 2018

PIANO ATTUATIVO AREA VASTA N.3 per il contenimento dei Tempi di Attesa

Comitato Tecnico (costituito con Determina Direttore AV3 n.1106 dell'11/09/2018)

- Responsabile AV3 dei Tempi di Attesa, Dr.ssa Giovanna Faccenda;
- Direttore Medico Distretto di Camerino (da nominare);
- Direttore Medico Distretto di Civitanova M., Dr. Gianni Turchetti;
- Direttore Medico Distretto di Macerata, Dr.ssa Giovanna Faccenda;
- Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico, Dr. Massimo Palazzo;
- Dirigente Medico Referente DMO per TdA, Dr.ssa Giorgia Scaloni;
- Direttore Amministrativo UOC "Direzione Amm.va Ospedaliera", Dott.ssa Loredana Riccio;
- Funzionario Referente DAO TdA, Dott.ssa Angelica Callarelli;
- Direttore Amministrativo UOC "Direzione Amministrativa Territoriale" e ff Direttore UOC "URP", Dott. Alberto Carelli;
- Funzionario Referente DAT TdA, Dott.ssa Donatella Rinaldelli;
- Direttore UOC "Gestione Servizi Informativi", Dott. Antonio Agostini;
- Direttore UOC "Supporto Controllo di Gestione", Sig. Paolo Gubbinelli

Svolge le Funzioni di Segreteria del Comitato Tecnico PAAV3 la Dott.ssa Angelica Callarelli.



INDICE

Premessa	pag. 3
Riferimenti Normativi	pag. 6
Indicazioni Regionali	pag. 7
Azioni Organizzative a sostegno del PAAV	pag. 8
Miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni	pag. 8
1. Consolidamento dei sistemi di prioritizzazione	pag. 8
2. Monitoraggio utilizzo Raggruppamenti Omogenei di Attesa	pag. 9
3. Ampliamento della presa in carico per pazienti	pag. 10
4. Rispetto tempi d'attesa per prime visite con classe di priorità P	pag. 11
Ampliamento dell'offerta di prestazioni	pag. 12
1. Aumento dell'offerta di spazi nelle agende per primo accesso/esame/ e classe di priorità (U, B, D, P)	pag. 12
2. Allineamento in tutte le aziende regionali delle tempistiche di esecuzione delle prestazioni	pag. 13
3. Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto Fondo Balduzzi	pag. 13
4. Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di Libera Professione Intramoenia	pag. 15
5. Integrazione delle attività di specialistica ambulatoriale erogate dal privato a tariffa corrispondente al Ticket	pag. 15
Facilitazioni dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione	pag. 16
1. Ampliamento delle possibilità di prenotazione	pag. 16
2. Trasparenza delle agende di prenotazione	pag. 16
3. Regole generali di gestione delle agende	pag. 16
4. Attivazione del meccanismo di overbooking	pag. 17



PREMESSA

Con DGRM n.1040 del 18/07/2011 la Regione Marche ha definito i criteri generali con cui articolare il Piano per il Governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, in coerenza con le linee-guida elaborate dal Comitato Permanente per la verifica dei LEA.

Con il medesimo atto la Regione ha anche definito le linee di indirizzo con cui articolare il Piano per il Governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia del rispetto dei Tempi Massimi di Attesa.

La Regione ha rivisto poi la materia adottando, con DGRM n.1 del 07/01/2014, le Linee di indirizzo per il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia ed il rispetto dei tempi massimi di attesa stabilendo che le stesse costituiscono direttiva vincolante per i Direttori degli Enti/Aziende del SSR.

L'ASUR, quindi, con determinate ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 e n.312 del 16/05/2014 ha dato avvio al processo per la stesura del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA).

Il Direttore Generale ASUR, con determina n.707/2015, in attuazione DGRM 808/2015, ha individuato e nominato dei Responsabili dei Tempi di Attesa (TdA) Aziendale e di Area Vasta (per l'AV3 la Dr.ssa Giovanna Faccenda) al fine garantire quanto previsto nell'allegato A) della DGR 808/2015 riguardo il rispetto dei TdA, oltre al loro coinvolgimento nella predisposizione delle azioni per il raggiungimento degli obiettivi dalla stessa previsti.

Il Direttore ASUR, inoltre, con determina n.757/2015, ha avviato il processo per la stesura del Piano Attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa, ai sensi della DGRM n.808 del 29/9/2015.

Il Direttore AV3, con determina n.1266 del 13/11/2015 ha provveduto alla ricostituzione del Comitato Tecnico per il PAAV3 e con determina n.1315/2015 ha adottato il Piano Attuativo di Area Vasta 3 (PAAV3) per il contenimento dei TdA, ai sensi della DGRM n.808 del 07/01/2014 e determinate ASUR/DG n.707/2015 e n.757/2015.

La Regione Marche, con DGRM 640/2018, ha adottato il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2018-2020.

Il Direttore Generale ASUR, con nota prot. 17035 del 15/6/2018 ad oggetto "Aggiornamento del Gruppo operativo regionale sui tempi di attesa (GOT – TdA)" ha comunicato i nominati dei responsabili dei Tempi di Attesa e, per l'AV3, è stata riconfermata la Dr.ssa Giovanna Faccenda.

Con la suddetta DGRM 640, essendo necessario rafforzare le linee di azione già previste nel precedente Piano Regionale per il governo delle Liste di Attesa ed avviare interventi mirati, è stato dato mandato alle Direzioni Generali delle Aziende del SSR di aggiornare i Piani Attuativi Aziendali per il governo dei tempi di attesa, secondo le indicazioni impartite, per gli anni 2018-2020.

Il Servizio Sanità della Regione Marche, con nota a prot.090381 del 6/8/2018, ha quindi trasmesso all'ASUR, poi inoltrata dal Direttore Sanitario alle Aree Vaste, la Circolare applicativa della DGRM 640/2018 sul governo dei tempi d'attesa, propedeutica alla stesura dei relativi Piani attuativi aziendali.

L'AV3 con determina del Direttore n.1106 dell'11/09/2018 ha provveduto, in considerazione delle



variazioni organizzative aziendali intercorse ed in riferimento a quanto disposto con DGRM n.640 del 14/05/2018, a ricostituire il Comitato Tecnico per il Piano Attuativo di Area Vasta per il contenimento

dei Tempi di Attesa, come di seguito evidenziato:

Comitato Tecnico per il PAAV3, con Coordinatore Dr.ssa Giovanna Faccenda

- Responsabile AV3 dei Tempi di Attesa, Dr.ssa Giovanna Faccenda;
- Direttore Medico Distretto di Camerino (da nominare);
- Direttore Medico Distretto di Civitanova M., Dr. Gianni Turchetti;
- Direttore Medico Distretto di Macerata, Dr.ssa Giovanna Faccenda;
- Direttore Medico Presidio Ospedaliero Unico, Dr. Massimo Palazzo;
- Dirigente Medico Referente DMO per TdA, Dr.ssa Giorgia Scaloni;
- Direttore Amministrativo UOC "Direzione Amm.va Ospedaliera", Dott.ssa Loredana Riccio;
- Funzionario Referente DAO TdA, Dott.ssa Angelica Callarelli;
- Direttore Amministrativo UOC "Direzione Amministrativa Territoriale" e ff Direttore UOC "URP", Dott. Alberto Carelli;
- Funzionario Referente DAT TdA, Dott.ssa Donatella Rinaldelli;
- Direttore UOC "Gestione Servizi Informativi", Dott. Antonio Agostini;
- Direttore UOC "Supporto Controllo di Gestione", Sig. Paolo Gubbinelli

Svolge le Funzioni di Segreteria del Comitato Tecnico PAAV3 la Dott.ssa Angelica Callarelli.

L'ASUR, con Determina ASUR/DG n.544 del 13/9/2018 ha dato avvio al processo per la stesura del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA).

Il Piano Attuativo di Area Vasta, in allegato, è il risultato del confronto e della discussione da parte del Comitato Tecnico che, nella riunione in data 14 Settembre 2018, ne ha condiviso ed approvato il testo.

Il governo dei Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR, essendo l'erogazione dei servizi sanitari entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nel tempo, come sopra evidenziato, la Regione Marche ha definito regole e strumenti per il governo dei TdA che hanno consentito di raggiungere considerevoli miglioramenti, la percentuale delle prestazioni con classe di priorità B e D, erogate nei tempi previsti dalla normativa, si è stabilizzata tra l'85% e il 90%, ma è indispensabile risolvere le criticità in merito al rispetto delle soglie massime stabilite dalla normativa regionale e nazionale.

I fattori che comunemente determinano l'allungamento dei tempi medi d'attesa sono sicuramente quelli riscontrabili anche nelle altre realtà territoriali, e possono essere così schematicamente riassunti:

- La crescente richiesta di prestazioni sanitarie conseguente a:
 - invecchiamento della popolazione,
 - incremento della patologia oncologica,
 - incremento delle patologie cardiovascolari,
 - aumento della domanda in area materno - infantile;
- La maggiore attenzione verso il proprio stato di salute da parte dei cittadini;
- La valutazione delle necessità assistenziali da parte dei medici (sia di Medicina Generale che degli Specialisti);
- La disponibilità di adeguate risorse umane, tecnologiche e strutturali, da parte dei servizi sanitari, il loro appropriato utilizzo e la complessiva capacità organizzativa.



L'analisi e l'approfondimento del fenomeno hanno evidenziato:

- ✓ La tendenza all'eccessivo consumo di prestazioni specialistiche ambulatoriali, pur registrando, in generale, un'offerta quali/quantitativa adeguata al fabbisogno;
- ✓ L'inappropriatezza delle prescrizioni;
- ✓ La parcellizzazione dei punti di erogazione;
- ✓ La gestione "personalistica" delle agende, con difficoltà, da parte del CUP, di distinguere tra primi accessi e visite di controllo;
- ✓ Il rilevante ricorso alle prestazioni "urgenti";
- ✓ Una incidenza del tasso di "assenteismo" a visita da parte degli utenti prenotati non particolarmente rilevante.

Da rilevare che il semplice aumento dell'offerta di prestazioni e servizi non costituisce una soluzione definitiva del problema, in quanto i tentativi fin qui avviati confermano che le liste di attesa inizialmente si riducono ma, in seguito, si riproducono proprio a causa dell'aumento dell'offerta, che, a sua volta, determina il successivo incremento della domanda (*"l'offerta che genera domanda"*).

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";
- Intesa Stato–Regioni sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 ed approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa;
- DGRM n.1040 del 18/7/2011 – "Recepimento dell'intesa tra il Governo , le Regioni e la Provincie autonome di Trento e di Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010/2012, di cui all'art. 1 comma 280 della L. n.266/2005ed approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa";
- DGRM n.735 del 20/5/2013 "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche in attuazione della DGRM 1696/2012";
- DRRM n.1345 del 30/9/2013 "Riordino delle reti cliniche della Regione Marche";
- DGRM n.1 del 07/01/2014 "Linee di indirizzo per il governo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per la garanzia ed il rispetto dei tempo massimi di attesa";
- Determina ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 ad oggetto "Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n. 1 del 07-01-2014, avvio e sviluppo";
- Determina ASUR/DG n.312 del 16/05/2014 "Parziale rettifica Determina 280/2014 Piano Attuativo Aziendale per il contenimento TdA ai sensi della DGRM n. 1 del 07-01-2014, avvio e sviluppo";
- DGRM n.1012 del 8/09/2014 "Definizione dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) per priorità clinica di accesso per la garanzia dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale";
- Determina Direttore AV3 n.1169 del 11/10/2014 "Nomina Responsabile Specialistica Ambulatoriale, Referente Tempi di attesa e costituzione del Comitato Tecnico per il Piano Attuativo di Area Vasta (PAAV) ai sensi della DGRM n.1/2014 e Determine ASUR/DG n.280/2014 e n.312/2014.";
- Determina Direttore AV3 n.1454 del 19/12/2014 "Adozione del Piano Attuativo di Area Vasta 3 (PAAV3) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n.1 del 7/01/2014 e determine ASUR/DG n.280/2014 e n.312/2014.";
- DGRM n.206 del 20/03/2015 "Art.50 Legge n.326 del 24/11/2003 - DPCM 26/03/2008 e DM.02/11/2011 - Approvazione schema di protocollo di intesa con i Medici Pediatri di Libera scelta per la riqualificazione della medicina del territorio e la messa a regime della rete regionale per la ricetta dematerializzata e per l'implementazione dei flussi di dati";
- DGRM n.808 del 29/9/2015 "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2015-2016;
- Determina ASUR/DG n.707 del 12/10/2015 "Individuazione e nomina dei Responsabili dei Tempi di Attesa Aziendale e di Area Vasta. Attuazione DGRM 808/2015);
- Determina ASUR/DG n.757 del 4/11/2015 "Piano attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa ai sensi della DGRM n.808 del 29/9/2015, avvio e sviluppo;
- Determina Direttore AV3 n.1266 del 13/11/2015 "Comitato Tecnico per il Piano Attuativo di Area Vasta (PAAV3) e contenimento Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n.808 del 29/9/2015 e Determina ASURDG n.707 del 12/10/2015. Ricostituzione";
- Determina Direttore AV3 n.1315 del 26/11/2015 "Adozione del Piano Attuativo di Area Vasta 3 (PAAV3) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n.808 del 07/01/2014 e determine ASUR/DG n.707/2015 e n.757/2015.";
- DGRM n.470 del 16/04/2018 "Definizione degli obiettivi sanitari degli Enti del SSR per l'anno 2018";



- DGRM n.471 del 16/04/2018 "D. Lgs 17112016 - Artt. 2, 6, 9 Procedura di Valutazione dei risultati conseguiti dai Direttori generali dell' ASUR, dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona, dell'AO Ospedali Riuniti Marche Nord di Pesaro, dell'INRCA e dal Direttore del DIRMT rispetto agli obiettivi di budget annuali assegnati dalla Giunta regionale - Approvazione criteri anno 2018";
- DGRM n.640 del 14/5/2018 "Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale e diagnostica sottoposte a monitoraggio dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche per gli anni 2018-2020";
- Determina del Direttore AV3 n.1106 dell'11/9/2018 "Comitato Tecnico per il Piano Attuativo di Area Vasta e contenimento Tempi di Attesa ai sensi della DGRM n.640 del 14/05/2018. Ricostituzione";
- Determina ASUR/DG n.544 del 13/9/2018 "Aggiornamento Piano attuativo Aziendale per il contenimento dei Tempi di Attesa ai sensi della DGRM n. 640/2018, avvio e sviluppo".

INDICAZIONI REGIONALI

La DGRM n.640/2018, nel definire le azioni correttive da mettere in atto, alcune delle quali rappresentano un upgrade di quelle già implementate con la DGRM 808/2015, individua le tre categorie di seguito riportate sviluppando, per ciascuna di esse, le principali azioni da porre in essere, la relativa tempistica e definendo un crono programma generale.

Nel definire le azioni da porre in essere e la relativa tempistica si farà esplicito richiamo al cronoprogramma adottato con determina ASUR DG n.544/2018 indicando il numero progressivo, tra i 41 previsti, che evidenzia le azioni di cui trattasi (es: punto n. __ CP).

A. Miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni

1. Consolidamento dei sistemi di prioritizzazione
 - Prescrizione corretta con specifica indicazione della tipologia di accesso "prima visita/esame/accesso"
 - Prescrizione corretta con specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) SOLO per la prima visita/esame/accesso
2. Monitoraggio utilizzo dei RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa)
3. Ampliamento della presa in carico per pazienti
4. Rispetto tempi d'attesa per prime visite con classe di priorità P (Programmabile)

B. Ampliamento dell'offerta di prestazioni

1. Aumento dell'offerta di spazi nelle agende per primo accesso/esame/ e classe di priorità (U,B, D, P)
2. Allineamento in tutte le aziende regionali delle tempistiche di esecuzione delle prestazioni
3. Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto Fondo Balduzzi
4. Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di Libera Professione Intramoenia
5. Integrazione delle attività di specialistica ambulatoriale erogate dal privato a tariffa corrispondente al Ticket

C. Facilitazione dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione

1. Ampliamento delle possibilità di prenotazione
2. Trasparenza delle agende di prenotazione
3. Regole generali di gestione delle agende
4. Attivazione del meccanismo di overbooking



AZIONI ORGANIZZATIVE A SOSTEGNO DEL PAAV

L'ASUR, con determina ASUR/DG n.544 del 13/9/2018, ha approvato un cronoprogramma per avviare la definizione dei Piani delle AA.VV. per il contenimento dei Tempi di Attesa. Oltre alle azioni specifiche declinate all'interno delle tre "direttrici" ("Miglioramento dell'appropriatezza della domanda di prestazioni", "Ampliamento dell'offerta di prestazioni" e "Facilitazione dell'accesso dei cittadini e miglioramento della gestione delle agende di prenotazione", di seguito sviluppate e dettagliate), il CP prevede anche delle azioni generali previste dai punti da 1 a 7 del CP per i quali l'AV3 è perfettamente in linea con le procedure previste.

Si riportano, di seguito, le azioni individuate al fine di implementare un'efficace gestione delle liste di attesa, distintamente per gli ambiti "Ambulatoriale" ed "Ospedaliero".

MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI.

1. Consolidamento dei sistemi di prioritarizzazione

Si conferma l'adozione dei sistemi di prioritarizzazione già previsti dalla DGRM 808/2015, intesi come:

- L'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base dei criteri clinici condivisi;
- La strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;
- Il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.

Le Azioni per raggiungere l'obiettivo, come da precedente Piano Regionale, sono così sintetizzabili:

a. Prescrizione corretta con specifica indicazione della tipologia di accesso "prima visita/esame/accesso"

La prima azione da garantire, per un efficace governo delle liste di attesa, è il mantenimento della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo), grazie alla corretta compilazione della ricetta.

Ciò è necessario per identificare ed intercettare le richieste di prestazioni sanitarie di primo accesso/visita/esame e per distinguerle dalle richieste per accessi successivi, anche con il supporto del nuovo nomenclatore tariffario, introdotto con il DPCM LEA visto che lo stesso rende disponibili codici per prime visite e per accessi successivi suddivisi per specialità.

Riguardo le prestazioni strumentali, non essendo disponibili codici del nomenclatore tariffario che consentano di individuare se trattasi di primo esame o esame successivo, va indicato se trattasi di Primo accesso o accesso successivo.

b. Prescrizione corretta con specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) SOLO per la prima visita/esame/accesso

Per le prestazioni individuate come prima visita/esame/accesso, al fine di mantenere la performance nella compilazione corretta della ricetta per classe di priorità (solo in caso di primo accesso), è



necessario continuare ad indicare, biffando l'apposita casella sulla ricetta, la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), per poterla collegare ad uno specifico "tempo massimo di attesa" entro cui è assolutamente appropriato e raccomandabile erogare la prestazione (in base a quanto indicato nel PRGLA, e per le prestazioni sopra richiamate in base a quanto indicato nel PNGL).

La necessità, che i Medici Prescrittori ovvero MM.MM.GG., PP.LL.SS., Medici Specialisti, Medici Ospedalieri, biffino la classe di priorità nelle richieste di visite/esami di tipologia primo accesso, scaturisce dalla Legge 326/2003 e dalla DGRM 640/2018.

Si provvederà:

- **entro il 31 Dicembre 2018** (punti 8 e 9 CP) rilevazione ad hoc semestrale, nelle ricette dei MM.MM.GG e PP.LL.SS. della prescrizione corretta:
 - della tipologia di accesso prima visita/primo esame diagnostico ed accessi successivi (T0 dato al 30 Giugno 2018 - T1 dato al 31 Dicembre 2018)
 - della classe di priorità sulle prescrizioni primi accessi (indagine di prevalenza di 1 giorno entro il 31.12.2018) con invio report ai prescrittori e Direttori di distretto.
- **entro il 30 Settembre 2018** (punto 10 CP) a verificare, ed eventualmente inviare, modalità registrazione esenti, affinché tutte le prestazioni erogate siano registrate entro e non oltre il 10° giorno del mese successivo.

2. Monitoraggio utilizzo dei RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa)

Con la DGRM n.1012/2014 "Definizione dei Raggruppamenti Omogenei d'Attesa (RAO)" sono state approvate le Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni "critiche", per tutte le visite specialistiche e per alcune delle prestazioni di diagnostica strumentale particolarmente critiche (RMN muscolo-scheletrica, RMN colonna, RMN encefalo e tronco-encefalico, ecografia mammaria e mammografia) tra le 43 prestazioni ambulatoriali soggette a monitoraggio. Sono stati identificati due sottogruppi di lavoro per la revisione dei RAO per le branche di cardiologia e di diagnostica per immagini.

La classe di priorità e il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa; con il provvedimento di avvio della ricetta dematerializzata (DM 2111/2011) e il PNGLA 2010-2012 tali informazioni diventano obbligatorie per le prestazioni 'critiche' di primo accesso, come peraltro ribadito dal Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa contenuto nella DGRM 808/2015.

L'utilizzo nella pratica prescrittiva consente ai sistemi di prenotazione (CUP regionale) di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità. La DGRM 1012/2014 ha definito le linee guida sulle classi di priorità.

A tale riguardo, a livello regionale saranno avviati da subito tavoli tecnici di lavoro regionali che andranno ad integrare le attività già svolte dall'ORA (Organismo Regionale per l'Appropriatezza), attualmente limitate a valutare l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica. I tavoli di lavoro, costituiti da MM.MM.GG. e medici specialisti delle specifiche discipline, provvederanno a monitorare l'appropriatezza delle classi di priorità attribuite nelle prescrizioni delle prestazioni in coerenza con il sospetto diagnostico, anche in base a quanto indicato nella DGRM 1012/2014.

In questo percorso di valutazione e monitoraggio dell'appropriatezza si assicurano e favoriscono la collaborazione dei professionisti ai gruppi di lavoro (punto 11 CP).



3. Ampliamento della presa in carico per pazienti

Si ribadisce la netta separazione dei canali previsti per le diverse tipologie di accesso, garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori.

Nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "presa in carico" del paziente (anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico/terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni "di controllo" da parte del medico e/o della struttura.

Si rende indispensabile, quindi, gestire la domanda di prestazioni attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico - terapeutiche, verificando che nelle prescrizioni debbano pertanto essere

sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio.

A tale proposito va ulteriormente sottolineato come la domanda di prestazioni di primo accesso sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, alla domanda di prestazioni di controllo, che rientrano in percorsi di cura più o meno standardizzati riferiti a problemi clinici già definiti, connotando la "presa in carico" dell'assistito. Questa distinzione con l'indicazione della "Tipologia di Accesso", a carico del medico prescrittore in qualsiasi struttura operante, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

Le prestazioni di "**Primo Accesso**" sono le prestazioni che rappresentano il primo contatto del cittadino con il sistema, *relativamente allo specifico problema di salute* e cioè quelle in cui è prioritario rispettare il TdA e che sono sottoposte a monitoraggio da parte del PNGLA/PRGLA.

Le prestazioni per "**Controlli Successivi**" sono definite per differenza, riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale, erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche. Gli accessi successivi vanno distinti in due tipologie: accessi successivi per la definizione del quesito diagnostico e accessi successivi per controlli e follow up.

Per le prestazioni strumentali che saranno prescritte come Controlli successivi non dovrà essere indicata la classe di priorità. Questo tipo di richieste deve essere gestito dal Medico Specialista della struttura, senza rimandare al MM.MM.GG/PP.LL.SS. la prescrizione su ricetta SSN, realizzando la "presa in carico" dell'assistito. L'organizzazione aziendale deve prevedere la prenotazione dell'appuntamento direttamente mediante l'accesso al sistema CUP regionale da parte del prescrittore. A tale proposito giova ricordare che anche tutte le agende riservate ai controlli devono essere comunque visibili al sistema CUP, in modalità esclusiva. Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare prestazioni; può essere riportato testualmente anche utilizzando la classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM) o con la corrispondente codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione: XXX.XX). L'indicazione del quesito diagnostico per il "Primo Accesso", o della diagnosi quando si tratta di "Controlli Successivi", è sempre obbligatoria e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Entro il 30 Settembre 2018 (punti 12, 13 e 14 CP), si procede alla definizione, con i responsabili UUOCC ospedalieri e specialisti ambulatoriali distrettuali, degli slot dedicati alla presa in carico come da punto A3 della DGRM 640/2018, slot presa in carico concordate con priorità alle branche ospedaliere e successivamente quelle territoriali e verifica che tutte le agende di presa in carico siano contrassegnate con la sigla PIC.



Nelle more dell'attivazione della "Presenza in carico interaziendale" l'AV3 garantisce la Presenza in carico presso le sedi di competenza (**punto 15 CP**).

4. Rispetto tempi d'attesa per prime visite con classe di priorità P (Programmabile)

Il PNGLA per il triennio 2010-2012 definisce i tempi massimi di attesa, per le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio, per le prestazioni con priorità "U" (Urgente) in 72 ore, per le prestazioni con priorità "B" (Breve) in 10 giorni, per le prestazioni con priorità "D" (Differibile) in 30 giorni (visite) e 60 giorni (prestazioni strumentali), lasciando facoltà alle Regioni di poter stabilire deroghe per particolari situazioni di criticità.

La Regione Marche, con il PRGLA, si è posta l'obiettivo di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per la prima visita/esame/accesso richieste con priorità B e D verificate dal Tavolo di Monitoraggio LEA.

La quarta classe di priorità prevista nei PNGLA e nel PRGLA è la "P" (Programmabile), che comprende quelle prestazioni programmate da erogarsi in un arco di tempo maggiore e comunque non oltre 180 giorni (si tratta di prestazioni che possono essere programmate in un maggior arco di tempo).

Con "Prestazioni programmabili" si identificano quelle situazioni cliniche in cui le prestazioni ambulatoriali sono pianificabili entro un maggior arco di tempo, in quanto quest'ultimo non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

E' necessario ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni in classe "P", recuperando le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classi "B" e "D".

La scarsa attenzione che è stata dedicata alla riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni con classe di priorità P è correlabile anche al fatto che le stesse, a differenza di quelle con classe di priorità B e D, non sono sottoposte a monitoraggio e verifica dal Tavolo di monitoraggio LEA. Questo ha comportato la generazione di alcune criticità nel rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni programmabili P, soprattutto riguardo ad alcune prestazioni di diagnostica strumentale (Mammografia, Ecografia Mammaria, TAC Torace, Ecocolordoppler Tronchi Sovraortici, RMN Muscolo-Scheletrica, RMN Colonna Vertebrale), come è possibile notare nei grafici sottostanti, che evidenziano una proporzione di prestazioni strumentali con priorità P, programmate entro i 180 giorni, costantemente al di sotto dell'85%.

S'intende quindi, entro **Novembre 2018** (I step) ed entro **Febbraio 2019** (II step), dare particolare enfasi anche all'obiettivo del rispetto dei TdA per le prime Visite/esami strumentali con classe di priorità Programmabile (P) stabilendo in 180 giorni il tempo massimo di attesa per le seguenti prestazioni: mammografia, ecografia mammaria, TAC torace, ecocolordoppler tronchi sovraortici, RMN muscolo-scheletrica RMN colonna vertebrale. Per tali prestazioni si procederà alla revisione delle agende per slot "P" (**Punto 16 CP**).

AMPLIAMENTO DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI.

I dati di mobilità sanitaria sono periodicamente forniti alle Aziende dalle strutture regionali competenti. I consumi di ciascuna popolazione residente vengono quindi classificati in base al territorio in cui vengono erogati:

- a) Domanda residenti soddisfatta entro il territorio considerato ;
- b) Domanda residenti soddisfatta al di fuori del territorio considerato (PASSIVA intraregionale);
- c) Domanda soddisfatta per NON residenti (ATTIVA intraregionale) e alla tipologia della struttura erogante: a) A gestione diretta b) Aziende Ospedaliere (AO, AOU) c) Privati accreditati.

La DGRM 640/2018 prevede questo tipo di analisi dei dati a livello di singola Area Vasta, per valutare la variabilità degli indicatori utilizzati nel proprio territorio individuando eventuali squilibri nei consumi, presumibilmente legati a differenze del contesto socio-demografico, del quadro epidemiologico o della distribuzione dell'offerta. Per la valutazione dell'offerta si dovranno utilizzare anche indicatori sulla dotazione di risorse (personale ogni 1000 abitanti, apparecchiature x 100000 abitanti, etc.) sempre a livello di singole Aziende e Aree Vaste.

L'AV3 prevede quindi, entro il **31 Dicembre 2018** (punti 17, 18 e 19 CP), di programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che

sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature) e quella che può essere acquistata dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura.

In proposito è importante l'analisi:

- dei dati dell'offerta (pubblico/privato accreditato convenzionato) delle prestazioni classificati in base al territorio in cui vengono erogati per residenti e non compresa la mobilità passiva/attiva (dati forniti dalla Regione);
- dell'offerta secondo indicatori (personale/1000 abitanti, apparecchiature per 1000 abitanti etc.);
- dei dati di benchmarking e predisposizione piano di recupero efficienza attraverso ottimizzazione dei turni del personale, uso macchine.

L'AV3 intende prevedere, almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (benchmarking) che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture e, comunque, in linea con le migliori performance delle altre Aziende/Aree Vaste. Il ricorso a prestazioni aggiuntive o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni potrà essere contemplato solo dopo aver valutato la possibilità d'incremento della produzione delle strutture a gestione diretta attraverso il recupero di efficienza o il ricorso a nuove assunzioni di personale.

1. Aumento dell'offerta di spazi nelle agende per primo accesso/esame/ e classe di priorità (U, B, D, P)

L'AV3, al fine di garantire il rispetto dei TdA, ha da tempo definito agende differenziate per 1° accesso/accesso successivo e per classi di priorità (U, B, D, P) e non solo per le n.43 prestazioni sottoposte a monitoraggio da parte del PNGLA/PRGLA.



Premesso che tutte le agende devono essere gestite attraverso il sistema CUP, come da linee guida regionali, **gli spazi nelle agende AV3 relative ai primi accessi delle 43 prestazioni (con liste di attesa per B, D e P) sottoposte a monitoraggio saranno, entro il 30 Settembre 2018 incrementati del 20%, rispetto agli spazi disponibili nella situazione presente nella settimana dall'11 al 16 Giugno 2018. Tale aumento sarà predisposto solo per le prestazioni che non raggiungono il 90% della soddisfazione (dati ex post) - (punto 20 CP).**

La prima verifica sarà effettuata nel mese di ottobre e la disponibilità di slot incrementali sarà verificata, mediante un'estrazione del CUP regionale, confrontando le agende dei primi accessi presenti nella settimana dal 1 al 6 ottobre rispetto a quelle della settimana di Giugno presa come riferimento di partenza.

2. Allineamento in tutte le aziende regionali delle tempistiche di esecuzione delle prestazioni

Una volta formalizzati, a livello regionale, i tempi standard di intervallo di prenotazione/esecuzione per ciascuna prenotazione, le relative linee di indirizzo, non vincolanti, **saranno assunte a riferimento per la formazione delle agende da parte dell'AV3, tendendo all'allineamento entro il mese di Ottobre 2018 (punto 21 CP).**

3. Ottimizzazione dell'utilizzo del cosiddetto Fondo Balduzzi

L'art.1, comma 4, lett. C) della Legge 120/2007, nel testo novellato dal D. Legge 158/2012 convertito con Legge 189/2012, in tema di tariffe sulle prestazioni erogate in regime di ALPI prevede che "una somma pari al 5% del compenso del libero professionista venga trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio Sanitario Nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa".

L'art.12, comma 4, delle linee d'indirizzo regionali per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, di cui all'allegato A) della DGRM n.106/2015 prevede che "Tali risorse e le eventuali eccedenze previste dall'art.11 saranno utilizzate dalle aziende per la riduzione dei tempi di attesa sulla base di specifiche progettualità da definirsi in sede di contrattazione aziendale/di area vasta e potrà essere destinato anche all'acquisizione di prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art.55, comma 2, del CCNL 8/6/2000 ad integrazione delle risorse aziendali/di area vasta già utilizzate per tale istituto".

IL Direttore AV3, con Determina n.718/2018, rilevato che il F. Balduzzi anno 2017,(determina Direttore AV3 n.544/AV3 del 20/4/2018) è stato determinato in €.150.540,77, ha stabilito che detto importo rappresenti il limite massimo da utilizzare per lo svolgimento di interventi finalizzati all'abbattimento dei Tempi di Attesa (TdA) da autorizzare nell'anno 2018, oltre alla quota residuale del F. Balduzzi anni 2016 e 2015. Tale budget generale è destinato all'attivazione di sedute aggiuntive con attività organizzata tenendo conto delle maggiori criticità in termini di tempi d'attesa e della disponibilità di adesione da parte dei professionisti interessati.

La Direzione di AV3 ed il Responsabile TdA AV3, al fine di scongiurare l'eventuale ulteriore incremento delle liste di attesa e delle relative criticità, hanno sin da subito provveduto ad autorizzare, per i primi mesi dell'anno 2018, il prosieguo delle sedute aggiuntive già autorizzate nell'anno 2017 (Fondo 2016), giusta determina n.84/AV3 del 24/1/2018.

Il Direttore AV3 con nota ID1038891 del 19/12/2017 ha, infatti, autorizzato l'estensione temporale dal 1/1/2018 al 30/6/2018 delle autorizzazioni già in essere nell'anno 2017 dedicate alle prestazioni con tempi d'attesa superiori al previsto ed il conseguente ulteriore utilizzo del Fondo 2016 e anni precedenti.



Si è provveduto poi a definire la programmazione dell'attività anno 2018, così come da dettaglio riportato nell'Allegato 1) alla Determina Direttore AV3 n.718/2018, rispetto delle indicazioni fornite dal Responsabile TdA AV3, sulla base delle rilevazioni/verifiche effettuate. Tali attività autorizzate per l'anno 2018 potranno essere, eventualmente, implementata da ulteriori Agende, garantite con prestazioni aggiuntive finanziate con il F. Balduzzi, autorizzabili dal Direttore AV3 e del Responsabile dei TdA AV3, tenuto conto delle liste d'attesa, delle esigenze aziendali e delle criticità rilevate.

Inoltre, per l'implementazione del follow-up per quattro delle specialità della DGRM n.808/2015 (cardiologia, oncologia, diabetologia e nefrologia) è stata prevista l'attivazione di sedute aggiuntive da garantire con il F. Balduzzi e, lo stesso, verrà impiegato per implementare la presa in carico nelle specialità che gestiscono il paziente oncologico cronico (Pneumologia e Ginecologia - Ospedale di Macerata, Ematologia – Ospedale di Civitanova e Urologia – Ospedali di Macerata e Civitanova Marche).

In merito all'impiego del F. Balduzzi, si sta già procedendo ai sensi della DGRM 640/2018 così da utilizzare il fondo nella sua totalità, attivando agende aggiuntive sulle prestazioni più critiche.

Riepilogativamente al 30/6/2018, considerando gli importi del fondo anni 2013-2017, quello del fondo già usato e quello del fondo che si prevede di usare nel 2° semestre 2018 in funzione delle autorizzazioni già rilasciate, residua un importo di €.16.444,97 che si prevede di utilizzare per implementare le situazioni più critiche.

FONDO BALDUZZI		
IMPORTI STANZIATI, USATI E RESIDUO FONDO		
ANNO di riferimento	Atto	Importo Fondo Annuale
2013	Det. n. 490/AV3 del 24/4/2014	€ 212.810,34
2014	Det. n. 527/AV3 del 12/5/2015	€ 181.357,56
2015	Det. n. 605/AV3 del 1/6/2016	€ 181.323,88
2016	Det. n. 671/AV3 del 19/5/2017	€ 164.309,00
2017	Det. n. 544/AV3 del 20/4/2018	€ 150.540,77
TOTALE FONDO BALDUZZI		€ 890.341,55
TOTALE FONDO BALDUZZI UTILIZZATO		€ 586.721,84
TOTALE FONDO BALDUZZI RESIDUO		€ 303.619,71
PREVISIONE UTILIZZO 2° SEM 2018		€ 287.174,75
RESIDUO		€ 16.444,97

L'AV3, fino ad esaurimento della disponibilità del Fondo, attiverà, **entro il 31 Dicembre 2018** (punti 22 e 23 CP) slot aggiuntivi differenziati per prestazioni critiche (si prevede per almeno 7 prestazioni critiche e con almeno 5 disponibilità settimanali), utilizzando il F. Balduzzi. Gli slot potranno riguardare sia i primi accessi con ogni classe di priorità, tra le 43 prestazioni sottoposte a monitoraggio, sia le prestazioni di "presa in carico", con svolgimento fuori orario di servizio privilegiando orari di non utilizzo degli spazi/apparecchiature (es. Sabato/Domenica; fasce 18,00-24,00).



Tutte le agende generate utilizzando il fondo Balduzzi sono contrassegnate con la dicitura "Balduzzi". Si prevede il totale utilizzo del Fondo già determinato.

4. Interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di Libera Professione Intramoenia.

La Regione, con la DGRM 106 del 23/02/2015, ha già fornito disposizioni in merito alla definizione dei piani aziendali e delle procedure interne per la determinazione dei volumi di attività istituzionale di specialistica ambulatoriale SSN e i volumi di attività libero professionale intramuraria ex.art. 1, comma 5, L. n.120/2007 e s.m.i.

Fermo restando che tutti i dirigenti medici delle singole UU.OO. devono concorrere al raggiungimento dei volumi di attività istituzionali e che occorre procedere alla quantificazione ed al rispetto dei volumi delle prestazioni specialistiche in attività istituzionale e ALPI, ciò sarà inserito negli obiettivi di Budget delle UU.OO. dell'AV3 e dei singoli dirigenti medici (punti 24 e 25 CP).

Gli interventi da mettere rispetto alla libera professione intramoenia saranno oggetto, **entro il 30 Novembre 2018**, di atti specifici successivi.

Nel Piano della Libera Professione AV3 (Piano Volumi di Attività Istituzionale-ALPI per il triennio 2018-2020), in corso di definizione, saranno indicati gli interventi/sanzioni da applicare in caso di mancato rispetto dei volumi e delle modalità di erogazione concordati e dei tempi massimi di attesa previsti; **entro il 31 Ottobre 2018** (punto 26 CP).

I volumi di attività resi in modalità istituzionale sono monitorati sia per Unità Operativa sia per singolo dirigente medico, attraverso idonei sistemi di rilevazione. I risultati del monitoraggio sono oggetto di specifica reportistica.

In base ai piani le Direzioni generali, verificato il perdurare di lunghi tempi di attesa e accertato il mancato rispetto dei volumi e delle modalità di erogazione concordati per l'attività istituzionale, provvederanno, per i dirigenti/équipe coinvolti, a sospendere l'attività libero professionale fino al rientro dei tempi nei valori standard fissati, che costituiscono un diritto del cittadino.

L'eventuale sospensione dell'ALPI va attuata sulla base del monitoraggio mensile del Controllo di gestione aziendale, di cui sarà data informativa alla Commissione Paritetica nell'ambito delle sue attività di verifica.

Entro il 31 Ottobre 2018 si procederà alla verifica e, ove opportuno/necessario, all'eventuale sostituzione/nomina dei membri della Commissione Paritetica dell'AV3 (punto 27 CP).

5. Integrazione delle attività di specialistica ambulatoriale erogate dal privato a tariffa corrispondente al Ticket

L'AV3 **entro il 30 Settembre 2018** si adeguerà alle disposizioni ASUR per le aree vaste per esenti ticket e non esenti (punto 28 CP) ed agli accordi che l'ASUR definirà con il privato convenzionato finalizzato all'integrazione delle attività di specialistica ambulatoriale con la fornitura, al costo ticket, per i pazienti non esenti, di ulteriori prestazioni tra quelle più critiche relativamente al rispetto dei tempi d'attesa e alla contestuale "calmierazione" delle tariffe per i pazienti esenti ticket (n punto 29 CP).

**FACILITAZIONE DELL'ACCESSO DEI CITTADINI E
MIGLIORAMENTO DELLA GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE.**

1. Ampliamento delle possibilità di prenotazione

L'AV3 seguirà le indicazioni della Regione in merito all'avvio di altre possibilità di prenotazione di prestazioni ambulatoriali per agevolare i cittadini nelle procedure e per snellire le attese telefoniche al CUP e agli sportelli. In particolare:

- a. Avvio, a partire da settembre/ottobre, di una app per smartphone e tablet, disponibile per vari dispositivi, per verificare la disponibilità di luoghi per le visite ed esami, prescritti con la ricetta dematerializzata, prenotare le prestazioni ed effettuare il pagamento online;
- b. Accordo con le farmacie convenzionate per l'avvio della possibilità di prenotazione presso le farmacie stesse;
- c. Accordo con i MM.MM.GG. sulla possibilità di prenotazione diretta a CUP delle prestazioni prescritte.

2. Trasparenza delle agende di prenotazione

Obiettivo primario è la gestione trasparente e la totale visibilità delle agende di prenotazione da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese, includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime di ALPI.

Al fine di poter governare l'intero sistema che regola le liste di attesa non si può prescindere dalla gestione trasparente delle agende che devono essere tutte visibili al CUP regionale, anche se riservate e non prenotabili.

L'AV3 provvederà quindi, entro il 31 Dicembre 2018:

- a verificare che tutte le agende (primi accessi e controlli) istituzionali e in ALPI, siano presenti a CUP regionale e visibili (ad eccezione delle PIC che sono a CUP ma visibili solo agli autorizzati) – (punto 31 CP);
- a semplificare il numero di agende con quesiti diagnostici o tematici. Le agende con quesiti diagnostici, per percorsi di cui alle reti cliniche, saranno visibili (ad eccezione della PIC che sono a CUP ma visibili solo agli autorizzati) – (punto 32 CP).

3. Regole generali di gestione delle agende

Sono in fase di definitiva elaborazione le linee guida per la predisposizione delle agende, sviluppate in collaborazione con i referenti dei back-office delle aziende. Le suddette linee guida saranno poi approvate in via conclusiva dal GOR.

Per quanto riguarda la gestione delle agende si precisa che:

- Le agende sono tutte configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate ad accessi successivi per la definizione del quesito diagnostico, a quelle per accessi successivi finalizzati a controlli e follow up.



- I calendari delle agende non vengono chiusi. Di norma le agende sono lanciate, in modo automatico, senza una scadenza precisa, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, possibili in particolare per i “Controlli successivi”. In nessun caso avviene il lancio di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa con durata limitata nel tempo (es: Balduzzi).
- Nel caso di eventi straordinari per cui si determini una sospensione delle attività, per i cittadini prenotati, saranno predisposte sedute aggiuntive entro i tempi previsti dalla classe di priorità, per recuperare le prestazioni non effettuate. Gli assistiti vengono richiamati per la comunicazione della nuova data di effettuazione della prestazione.

L'AV3 garantisce, nel rispetto anche delle eventuali ulteriori indicazioni che saranno fornite nel merito:

- **entro 31 Ottobre 2018**, di provvedere ad informare e formare tutti gli operatori CUP in merito alle regole generali di gestione delle agende (punto 33 CP);
- **entro 31 Novembre 2018**, di provvedere alla comunicazione ufficiale per attivare il recall automatico da parte del CUP per tutte le prenotazioni relative ai primi accessi e per visite successive ai primi accessi delle 43 prestazioni monitorate (punto 36 CP);
- **entro 31 Dicembre 2018**, di provvedere alla comunicazione ai cittadini dell'attivazione del numero CUP dedicato alle disdette (punto 34 CP).

Sarà infine dato seguito a quanto approfondito e normato dalla Regione nel merito del principio del bonus/malus (punto 35 CP).

4. Attivazione del meccanismo di overbooking

Nell'attesa della predisposizione delle linee guida aziendali, l'AV3 procede nell'analisi del dato “drop out” per l'individuazione delle agende, per ospedale e per distretto, su cui attivare la funzionalità dell'overbooking secondo la reale quota degli appuntamenti disattesi (punto 37 CP). Conseguentemente, **entro il 30 Settembre 2018**, le agende individuate, saranno modificate e si provvederà all'inserimento dell'opzione overbooking (punto 38 CP).

L'AV3 ha attivato e mantiene operativi i tavoli di confronto e monitoraggio come previsto dalla DGRM 149/2014 (punto 40 CP).

L'AV3 rispetta tutte le indicazioni regionali e Aziendali in merito alla pubblicazione dei dati relativi ai TdA nel sito aziendale, alla sezione “Amministrazione trasparente - Servizi erogati – Liste di attesa” (punto 41 CP).