

**DETERMINA DEL DIRETTORE GENERALE
ASUR
N. DEL**

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

**IL DIRETTORE GENERALE
ASUR**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo, ciascuno per quanto di rispettiva competenza;

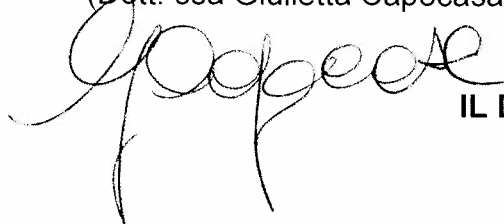
- D E T E R M I N A -

1. di adottare il presente atto in ottemperanza alla DGRM n.1/2014 che prevede, come adempimento per l'ASUR, l'adozione del Piano Attuativo Aziendale (PAA);
2. di adottare l'allegato A) come parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. che i contenuti del predetto allegato A) costituiscono le indicazioni per la formulazione dei Piani Attuativi di Area-Vasta (PAAV);
4. che il Piano Attuativo Aziendale (PAA) sarà successivamente definito e declinato in coerenza con i 5 Piani Attuativi delle Area-Vasta (PAAV);
5. che nelle che nell'AV1 e nell'AV2 il programma di Committenza nei confronti delle AAOO/INRCA deve essere coerente con il PAAV;
6. di dare atto che dalla presente Determina non devono derivare spese per il bilancio aziendale;

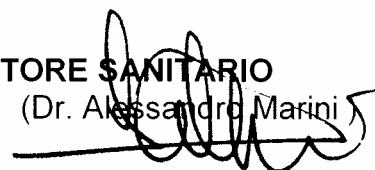
7. di trasmettere il presente atto al Dirigente del Servizio Salute, ai Direttori delle Aree-Vaste, ai Direttori delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
10. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m..

Ancona, sede legale ASUR


IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. ssa Giulietta Capocasa)



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr. Alessandro Marini)



IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Gianni Genga)



- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
(DIREZIONE SANITARIA)

Normativa di riferimento

- ❑ Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro: Area Dirigenza Medico -veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale. Parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999, art.55, comma 2;
- ❑ Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'Area della Dirigenza medico – veterinaria del S.S.N.: parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999, art. 54; parte normativa quadriennio 2002/2005 e parte economica biennio 2002-2003 che, ai sensi e per gli effetti del citato art. 15 quinquies della L.502 /92, disciplinano il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, anche al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa;
- ❑ DGR N. 568 del 15-05-2006 “Linee guida per la gestione delle liste d’attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali”;
- ❑ Legge 23 dicembre 2005 n. 266;
- ❑ Intesa Stato -Regioni del 28-3-2006 sul piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005;
- ❑ D.G.R. n. 843 del 17/07/2006 “Recepimento e prima attuazione dell’intesa tra il Governo , le Regioni e la Provincie autonome di Trento e di Bolzano del 28/03/2006, sul piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005” ;
- ❑ Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.80/SO4 del 20 dicembre 2006: Linee - guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili. Annullamento del decreto n. 77/SO4 del 12.12.2006;
- ❑ DGR n. 494 del 21/05/2007 “Integrazione alla DGR 843/2006 “Recepimento e attuazione delle indicazioni contenute nell’intesa tra il Governo , le Regioni e la Provincie autonome di Trento e di Bolzano del 28/03/2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa ;per il triennio 2006/2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA”;
- ❑ Determina ASUR 424/07 “Recepimento ed attuazione dei contenuti della DGRM 494/2007: piano attuativo aziendale;
- ❑ Determina 530 /2008;
- ❑ Legge 120/2007;
- ❑ DGRM n. 751 del 02.07.2007 Accordo integrativo regionale (AIR) allegato A;
- ❑ DGRM 972/2011 “l.1207207 art 1 comma 2- Linee di indirizzo per la revisione dei piani aziendali per il passaggio al regime ordinario dell’attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza medica del SSN”
- ❑ 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 1040/2011- "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. 266/2005 ed approvazione del piano regionale di governo delle liste di attesa";
- Nota ex Dipartimento per la Salute ed i Servizi Sociali n. 21158/2012;
- Dm 18 ottobre 2012 "Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale;
- DGRM n.735/2013;
- DRRM n.1345/2013;
- DGRM 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".

Motivazione:

L'esperienza condotta

Con la Determina 424/07 l'ASUR ha proceduto all'adozione di un primo Piano Attuativo Aziendale (PAA) sulla base del quale si è proceduto alla stesura di un programma operativo che ha individuato quale priorità il superamento della frammentazione della responsabilità organizzativa e gestionale tra area territoriale e area ospedaliera ed ogni Zona Territoriale ha proceduto a formalizzare un referente unico per la specialistica ambulatoriale.

Relativamente alla metodologia di approccio alle prestazioni critiche sono stati individuati come elementi centrali i volumi di produzione delle singole prestazioni, i flussi di mobilità intra ed extra regionali e l'organizzazione di percorsi assistenziali.

L'opera svolta nell'analisi delle prestazioni critiche si è sostanziata quindi nel tradurre la criticità di una prestazione in percorsi assistenziali appropriati.

In tale contesto l'inserimento dello sviluppo dei percorsi assistenziali nei Piani Annuali di Lavoro (PLA) dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha rappresentato un elemento essenziale. Le fasi operative del PAA, definite con un cronoprogramma, sono state inserite nella proposta di obiettivi per le Direzioni di

Zone e si è operato a livello zonale per garantire la coerenza dei Piani di Lavoro Annuali dei Medici di Medicina Generale con i contenuti del Piano stesso .

Per quanto ha atteso alla gestione delle liste di attesa per il ricovero programmato, si è proceduto all'avvio di un tavolo con le Direzioni Mediche di Presidio per la regolamentazione applicativa dei registri di prenotazione ricoveri (Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.80/SO4 del 20 dicembre 2006-“ Linee guida per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili”).

Altro elemento di sviluppo ha riguardato l'attuazione delle azioni relative alla comunicazione aziendale con l'avvio di un tavolo con i Responsabili /Referenti degli Uffici Relazioni con il Pubblico Zonali e la definizione di uno specifico programma di lavoro. Si è proceduto, inoltre, alla informazione sui contenuti dell'atto con le Associazioni di Tutela, le Organizzazioni Sindacali Confederali, le OOSS della dirigenza e del comparto con l'impegno di adottare riunioni strutturate per favorire il confronto e monitoraggio sulle azioni del PAA.

Con la Determina 530/2008 si è proceduto a recepire la rete dei referenti zonali ed a definire, adottare e diffondere i regolamenti per la gestione delle liste di attesa. Rispetto invece alla definizione delle azioni di rientro dei TdA sulle prestazioni ogni Zona territoriale ha formalizzato:

- le regole amministrative per la gestione delle liste di attesa (calendari, modalità di gestione della mancata effettuazione della prestazione, ecc);
- la gestione delle urgenze;
- la segmentazione della domanda sulla base di criteri clinici (è stato prodotto un repertorio aziendale con le esperienze messe in atto dalle singole Zone);
- la modalità di integrazione dell'offerta pubblica con quella privata accreditata;
- i sistemi di monitoraggio zonali.

Il PAA 2008 aveva previsto delle aree, coordinate a livello aziendale, su specifiche aree di criticità: screening per l'ecografia dell'anca nel neonato ed i profili pre-operatori sui quali sono stati sviluppati ed attuati percorsi di appropriatezza clinica. Nell'ambito del predetto piano si è resa omogenea la gestione della prenotazione dei ricoveri programmati e si è proceduto con il supporto delle Direzioni Mediche di Presidio ad una ripetuta azione di verifica circa lo stato di applicazione del registro di prenotazione nelle Unità Operative Chirurgiche nonché alla definizione di regolamentazioni uniformi nella gestione di alcune specifiche situazioni che determinavano una forte alterazione dei tempi di attesa registrati tramite i flussi informativi (in particolare in ambito urologico).

Elementi di criticità del percorso

Lo sviluppo del percorso avviato con i due PAA ha evidenziato alcune criticità di fondo nell'approccio alla problematica delle liste di attesa:

1. la mancanza di una funzione di presidio e coordinamento unico della specialistica ha rappresentato un elemento di forte criticità nello sviluppo del percorso.
 - *E' necessario attivare una funzione di presidio e coordinamento che deve garantire un momento di sintesi e di risposta reale alla problematica.*
2. La tematica delle liste di attesa pur essendo una priorità di sistema non viene affrontata con strumenti forti che permettano il governo aziendale a partire da una definizione specifica del sistema delle responsabilità all'interno delle AAVV. Inoltre, in sede di negoziazione di budget, la declinazione operativa delle azioni di governo delle liste di attesa deve corrispondere ad una assegnazione di obiettivi specifici ai Direttori di Distretto, di Macro area ospedaliera ed ai Direttori delle UOC, nonché a coloro che vengono individuati con funzioni specifiche nel diagramma delle responsabilità.
 - *È imprescindibile che il tema del governo della liste di attesa venga declinato negli strumenti che indirizzano l'azione delle diverse articolazioni di AAVV ed unità operative in modo da consentire ai referenti di poter operare in un contesto fortemente orientato al presidio e riconduzione della problematica nell'ambito degli obiettivi che il sistema si pone, in maniera coerente e sinergica con il sistema delle responsabilità.*
3. La contrattazione regionale con i MMG/PLS di cui alla DGRM 751/2007 in tema di priorità e appropriatezza clinica prevede di rimandare ad un successivo documento le modalità applicative delle stesse, individuando come sede istituzionale di confronto il Comitato Regionale per la Medicina Generale.
 - *L'obbligatorietà dell'inserimento della classe di priorità nella ricetta deve avere una sede di confronto sia culturale che sindacale e che necessariamente deve coinvolgere tutti i prescrittori convenzionati e dipendenti. La non declinazione in termini operativi di quanto predetto e l'automatico "declassamento" della richiesta della prestazione in classe P (senza limiti di tempo) vanifica la garanzia di diritti esigibili da parte dei cittadini come, peraltro, l'indiscriminata prassi di apporre classi di urgenza che urgenza non sono.*
4. La programmazione della produzione di prestazioni critiche, richiede una più forte affermazione del principio della responsabilità di ciascuna Area Vasta per la popolazione residente. Si registra, in molte situazioni organizzative, un carente rapporto tra bisogno e offerta, ciò contribuisce a significativi flussi di mobilità tra le AAVV e tra queste e le altre regioni.
 - *E' necessario definire il vincolo di verifica della adeguatezza delle produzione di area vasta rispetto al bisogno espresso dalla popolazione ed in un contesto di coerenza di sistema.*
5. La implementazione del CUP ha consentito di omogeneizzare i modelli, le modalità di programmazione e le procedure di gestione delle agende, "conformando" e standardizzando la struttura dell'offerta e semplificando e favorendo la comunicazione ai cittadini.
 - *Va implementato il modello organizzativo del CUP inteso come strumento fondamentale di presidio del sistema di offerta omogeneo e coerente rispetto ai bisogni.*

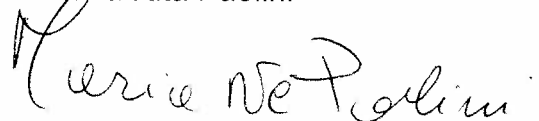
Per quanto predetto si propone:

1. di adottare il presente atto in ottemperanza alla DGRM n.1/2014 che prevede, come adempimento per l'ASUR, l'adozione del Piano Attuativo Aziendale (PAA);
2. di adottare l'allegato A) come parte integrante e sostanziale del presente atto;

3. che i contenuti del predetto allegato A) costituiscono le indicazioni per la formulazione dei Piani Attuativi di Area-Vasta (PAAV);
4. che il Piano Attuativo Aziendale (PAA) sarà successivamente definito e declinato in coerenza con i 5 Piani Attuativi delle Area-Vasta (PAAV);
5. che nelle che nell'AV1 e nell'AV2 il programma di Committenza nei confronti delle AAOO/INRCA deve essere coerente con il PAAV;
6. di dare atto che dalla presente Determina non devono derivare spese per il bilancio aziendale;
7. di trasmettere il presente atto al Dirigente del Servizio Salute, ai Direttori delle Aree-Vaste, ai Direttori delle Aziende Ospedaliere e dell'INRCA;
8. di dare atto che la presente determina non è sottoposta a controllo ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
9. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.;
10. di dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo a norma dell'art.28, comma 6, della L.R. 26/96 e s.m..

Il Responsabile del Procedimento

Dott.ssa Maria Rita Paolini



- ALLEGATI -

- ALLEGATO A

INDICE

Premessa

1. L'organizzazione
2. Il Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle liste d'attesa
 - 2.1 Il Piano Attuativo di Area vasta
 - 2.2 Le azioni organizzative a sostegno dei PAAV
 - 2.2.1 L'appropriatezza prescrittiva
 - 2.2.2 l'analisi della domanda e della offerta
 - 2.2.3 Le prestazioni urgenti
 - 2.2.4 I percorsi per patologie croniche
 - 2.2.5 I Percorsi diagnostico terapeutici (PDT)
 - 2.2.6 Gli interventi per la facilitazione dell'accesso
 - 2.2.7 La regolamentazione in materia di agende e accesso alle prestazioni
 - 2.2.8 La comunicazione
3. I ricoveri ospedalieri
4. Il ruolo dei produttori esterni
 - 4.1 Le Aziende Ospedaliere/INRCA
 - 4.2 Le strutture private accreditate
5. Le liste di attesa e gli strumenti gli contrattuali
 - 5.1 Il Piano Attuativo di Area Vasta e la libera professione

Allegato 1)

Visite specialistiche oggetto di monitoraggio regionale

Premessa

L'ASUR ha costantemente operato declinando a livello organizzativo gli atti di indirizzo regionali. L'applicazione di quanto contenuto nelle pregresse regolamentazioni aziendali non è stata uniforme nelle ex ZT/AAVV in virtù della estrema variabilità delle diverse situazioni di partenza e pertanto si sono avuti risultati diversificati.

Così come, la mancata "manutenzione" ed aggiornamento del sistema CUP regionale, soprattutto in relazione alla evoluzione del sistema di offerta, ha comportato un non sufficiente presidio di tale strumento fondamentale per il governo centrale di tutta la tematica.

La definizione del nuovo assetto aziendale in riferimento alla istituzione delle AAVV ed alla ridefinizione degli ambiti distrettuali rende possibile delineare, nel breve, una strategia che, salvaguardando e valorizzando la necessaria flessibilità locale, consente di costruire un quadro di coerenza aziendale al fine di garantire diritti maggiormente esigibili per i cittadini.

1. L'organizzazione

Il primo livello di un programma di intervento in materia di liste di attesa è basato sulla chiara definizione delle responsabilità nonché nell'utilizzo coerente degli strumenti direzionali (obiettivi di budget, attività istituzionale, progetti aziendali, libera professione aziendale).

Alla Direzione Generale dell'ASUR spetta il ruolo di indirizzo, monitoraggio e valutazione delle specifiche azioni sviluppate a livello delle AAVV, affinché sia mantenuta la necessaria coerenza di finalità, struttura di offerta e modalità omogenee di gestione delle liste di attesa al fine di garantire ai cittadini adeguata risposta alla domanda ed equità di condizioni di accesso ai servizi.

A livello della Direzione Generale sarà formalizzato un **Ufficio di Coordinamento Aziendale**, che si raccorda con il Tavolo di Monitoraggio regionale di cui alla DGR1/2014, con il compito di supportare la Direzione Generale stessa nel ruolo di indirizzo, monitoraggio e valutazione avvalendosi anche dei referenti individuati dalle Direzioni delle AAVV.

È compito della Direzione Generale la valutazione del sistema di reporting aggregato e per AV messa a punto dall'ARS, che permetta alle Direzioni di AAVV il monitoraggio puntuale delle criticità presenti e la programmazione delle azioni necessarie al superamento delle stesse.

Sarà cura della Direzione Generale garantire la disponibilità dei dati sul sito aziendale e di AV in coerenza con la normativa sulla trasparenza.

Le Direzioni delle AAVV sono responsabili, tramite i Distretti, della rilevazione del fabbisogno locale e della definizione del sistema dell'offerta, rispetto ai bisogni, della declinazione degli obiettivi e piano azioni, nonché del monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti in AV e quindi del contributo al pieno sviluppo del Piano Aziendale.

I Direttori di Distretto sono responsabili della programmazione della committenza sia nei confronti della produzione interna (strutture ospedaliere e territoriali), che esterna

(AAOO/INRCA, strutture private in accordo di fornitura) al fine della organizzazione della produzione adeguata alla domanda rilevata.

Spetta, inoltre, ai Distretti la verifica dell'appropriatezza delle richieste della Medicina Generale attraverso gli organismi a ciò deputati ed a tal fine i Distretti devono dare l'avvio alla costituzione dei Pool di Monitoraggio come definito nell'AIR. Tali responsabilità trovano evidenza nel contratto individuale dei Direttori di Distretto.

“L'AIR (DGRM 751/2007) riporta testualmente :*“Condizione necessaria per la realizzazione di crescenti livelli di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni della Medicina Generale è la costruzione di un vero e proprio sistema dell'appropriatezza. Tale sistema partendo dal livello distrettuale attraverso gli organismi del Pool di Monitoraggio, dell' ufficio di coordinamento delle Attività Distrettuale (UCAD)”*”.

In ogni Area Vasta dovrà essere individuato e nominato un **Responsabile della Specialistica ambulatoriale**, che svolgerà le Sue funzioni fondamentali di supporto al Direttore di Distretto ed AV, anche raccordandosi con le diverse articolazioni organizzative della AV stessa.

E' compito di detto responsabile la verifica del rispetto delle prescrizioni recanti la dizione 1° Visita o Controllo ed il rispetto delle classi di priorità (U,B,D,P)

Per le funzioni complessive di governo e monitoraggio dei tempi di attesa nonché per la formulazione del PAAV il Direttore di AV si avvarrà di un **Comitato Tecnico** composto dai Direttori di Distretto, dal Direttore Medico del Presidio Unico Ospedaliero, dal Responsabile della Specialistica, dal Responsabile del Controllo di Gestione, dal Responsabile del Sistema Informativo di AV, dal Dirigente Amministrativo del Presidio Unico Ospedaliero, dal Dirigente Amministrativo del Territorio, dal Responsabile della Libera Professione, dal Dirigente Amministrativo dell'URP.

Il Direttore di AV assegnerà al Responsabile della Specialistica la funzione di coordinamento.

Il Collegio di Direzione dell'AV rappresenta un momento di confronto:

- nella programmazione delle azioni finalizzate al governo delle liste di attesa;
- nella valutazione di congruità delle azioni che saranno messe in atto a sostegno della produzione;
- sull' adeguatezza dei volumi da assicurare;
- sulla congruità delle azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa e nella definizione delle soluzioni organizzative.

2. Il Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle liste d'attesa

Il PAA finale è la risultanza dell'insieme dei singoli PAAV che devono essere formalizzati dalle Direzioni dell'AAVV ed inviati alla Direzione Generale, entro 60 giorni dall'approvazione del presente atto.

2.1 Il Piano Attuativo di Area Vasta

Il PAAV deve essere inteso come un piano di rientro e deve contenere sia l'analisi effettuata sulle criticità che il dettaglio delle azioni organizzative finalizzate alla garanzia di tempi certi per

i cittadini. Tali azioni, esplicitate in un apposito cronoprogramma, devono costituire gli obiettivi di budget per i livelli di responsabilità e di produzione coinvolte.

Per redigere il PAAV è necessario effettuare l'analisi di dettaglio tra domanda ed offerta e la disponibilità dei flussi informativi consentirà di indirizzare il percorso di discussione e di orientare la programmazione.

Gli elementi sostanziali nella definizione del PAAV sono:

- l'identificazione delle sedi di erogazioni delle prestazioni che garantiscono i tempi di attesa di cui all'allegato 1). L'identificazione delle sedi di erogazione deve tenere conto degli ambiti di garanzia per le singole prestazioni (la scelta dell'ambito territoriale di garanzia deve essere fatta sulla base delle caratteristiche di complessità della prestazione, evitando ambiti di garanzia troppo ampi per prestazioni di base);

- la descrizione delle strategie di rimodulazione della produzione a partire da quelli sotto elencati:

a) tipologie e volumi previsti di prestazioni ambulatoriali (incrementali o in decremento) erogate direttamente in attività istituzionale, distinte in prime visite e controlli e per classi di priorità (U,B,D,P)

b) tipologie e volumi di produzione (incrementali o in decremento) acquisita attraverso produzione aggiuntiva da parte di produttori interni (Art. 55 comma 2 CCNL), distinte in prime visite e controlli e per classi di priorità (U,B,D,P);

c) volumi previsti di prestazioni ambulatoriali (incrementali o in decremento) erogate attraverso le AAOO/INRCA (da formalizzare con specifico accordo) distinte in prime visite e controlli e per classi di priorità (U,B,D,P);

d) tipologie e volumi di prestazioni ambulatoriali (incrementali o in decremento) erogate tramite le strutture private accreditate (da formalizzare con specifico accordo) distinte in prime visite e controlli e per classi di priorità (U,B,D,P);

e) azioni per diminuire la mobilità verso altre regioni;

f) predisposizione di un piano per il riallineamento produttivo per quelle attività caratterizzate da bassi livelli di efficienza ed insoddisfacente rapporto costo/efficacia riferito ai propri produttori allo scopo di massimizzare l'utilizzo delle apparecchiature;

g) previsione della modalità di utilizzo del fondo di cui al decreto 189/2012 art 2 comma 1 lettera E (trattenuta del 5% del compenso del libero professionista in attività libero professionale a favore degli interventi di prevenzione e di riduzione delle liste di attesa).

2-2 Le Azioni organizzative a sostegno del PAAV

2.2.1. L'appropriatezza prescrittiva

Ai fini dell'analisi di appropriatezza, va posta particolare attenzione alle modalità prescrittive, prevedendo l'obbligatorietà in ogni richiesta della distinzione tra prima visita o controllo, del quesito diagnostico, della terapia in atto e dell'indicazione della classe di priorità relativa all'erogazione della prestazione.

L'azione di verifica della appropriatezza prescrittiva va estesa anche ai professionisti ospedalieri con funzioni di garanzia delle Direzioni Mediche di Presidio.

È necessaria la definizione di criteri/linee guida condivisi a partire dalle indagini diagnostiche più critiche per i TA, quali le RNM osteoarticolari, TAC c e tb, scintigrafie, EMG, ecocardiogrammi, ecocolordoppler, ecografia, sia per quanto riguarda le richieste dei MMG/PLS e degli specialisti che delle richieste in regime di ricovero, in modo da assicurare comportamenti coerenti.

2.2.2 Analisi della domanda e della offerta

Per redigere il PAAV è necessario effettuare una analisi di dettaglio tra domanda ed offerta ed esplicitare le azioni per il rientro entro tempi certi.

L'analisi deve rendere espliciti:

- a) La valutazione del fabbisogno;
- b) La pianificazione della produzione da parte delle équipe delle strutture proprie, della produzione del privato accreditato;
- c) La valutazione dei volumi di attività messi a disposizione del CUP rispetto alla produzione complessiva delle équipe/UO;
- d) La distinzione dei volumi di attività suddivisi per classi di priorità e suddivisi per prima visita e controllo;
- e) La descrizione degli ambiti di garanzia per la singola prestazione. (la scelta dell'ambito territoriale di garanzia deve essere fatta sulla base delle caratteristiche di complessità della prestazione, evitando ambiti di garanzia troppo ampi per prestazioni di base);
- f) La valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni e l'individuazione delle azioni per il miglioramento dell'appropriatezza;
- g) La descrizione delle strategie di modulazione temporale della produzione.

Il piano attuativo di Area Vasta, inoltre, deve esplicitare:

- a) La produzione ordinaria in strutture proprie e in committenza e dati di mobilità;
- b) La produzione incrementale che viene acquisita attraverso produzione aggiuntiva da parte di produttori interni (art. 55 comma 2 AACCN);
- c) La produzione commissionata ai produttori esterni (AO/INRCA, Privati);
- d) La predisposizione di piani specifici per il riallineamento produttivo relativamente ad attività caratterizzate da bassi livelli di efficienza ed insoddisfacenti rapporti costo/efficacia riferiti ai propri produttori;
- e) Le modalità di utilizzo del fondo di cui al Decreto 189/2012 art. 2 comma 1 lettera e (trattenuta del 5% del compenso del Libero professionista in attività libero professionale a favore degli interventi di prevenzione e di riduzione delle liste di attesa);
- f) Una prima definizione delle strutture che riescono a mantenere i tempi di attesa definiti dalla DGRM 1040/2011 (allegato A).

2.2.3 Le prestazioni urgenti

Le UUOO di Pronto Soccorso (PS) vengono spesso utilizzate come accesso al sistema per prestazioni specialistiche di tipo U e B ma anche per prestazioni programmate, ciò interferisce

con l'ordinaria funzionalità: i percorsi delle prestazioni specialistiche per le quali è prevista la urgenza, sulla base di accordi espliciti tra specialistici e MMG/PLS diretti dal Direttore di Distretto e DMO, non debbono comunque coinvolgere le UUOO di Pronto Soccorso, come già esplicitamente escluso dalla DGR 1040/20118.

L'analisi di questa criticità va inclusa nella implementazione dei PAAV e vanno individuate le soluzioni organizzative che facilitino percorsi appropriati come:

- la definizione dei percorsi organizzativi per garantire l'accesso alle prestazioni specialistiche attraverso le classi di priorità (le U e B devono trovare risposte organizzative diverse);
- i percorsi ambulatoriali per i pazienti portatori di patologie croniche (BPCO, Diabete, Scopenso, ecc.), sia per il follow-up che in fase di riacutizzazione e ciò nell'ambito della definizione per le stesse di PDTA;
- l'implementazione delle "Casa della Salute".

Il progetto di riordino sancito con la DGRM 735/2013 prevede, congiuntamente con il riordino del sistema dell' Emergenza Urgenza, la riconversione dei piccoli ospedali in "Casa della Salute" e più in generale lo sviluppo di tale modello di rimodulazione della rete sanitaria territoriale, come punto nodale del riordino del sistema sanitario regionale; questa rimodulazione farà sì che le Cure Primarie assumano sempre più una articolazione organizzativa e funzionale tale da configurarsi sempre di più come punto di presa in carico della cronicità, di primo soccorso e di prevenzione.

La Casa della Salute, con la presenza della Continuità Assistenziale, dovrà garantire un ciclo assistenziale H 24 che, come effetto positivo, dovrà diminuire gli accessi inappropriati al PS e favorire un incremento dell'appropriatezza organizzativa.

2.2.4 I percorsi per le patologie croniche e critiche

L'approccio alle patologie croniche e critiche si deve sviluppare non centrando l'attenzione sulla singola prestazione ma sull'intero percorso assistenziale in risposta ad uno specifico problema di salute.

È necessario quindi tradurre la criticità di una prestazione in un percorso assistenziale che include la prestazione stessa. In ogni AV deve essere garantita dagli specialisti la prescrizione diretta con contestuale prenotazione per i pazienti cronici sottoposti a follow-up per le patologie diabetologica, oncologica, cardiologica e nefrologica (vedi DGR 1/2014).

In ogni AV si deve procedere alla individuazione dei problemi che necessitano priorità di intervento per impatto sulla popolazione, entità del rischio per la salute, appropriatezza della prestazione e costruire insieme con i MMG/PLS e gli specialisti/ dipendenti/ convenzionati/ privati accreditati il percorso di presa in carico assistenziale.

In tale contesto l'inserimento dello sviluppo dei percorsi assistenziali deve necessariamente essere inserito nei Piani Annuali di Lavori (PLA) dei MMG, tale passaggio rappresenta un elemento essenziale per garantire le necessarie coerenze di sistema.

2.2.5 I percorsi diagnostico terapeutici (PDT)

Lo sviluppo del punto precedente, che può impattare in maniera determinante nella gestione delle liste di attesa, deve trovare soluzioni organizzative adeguate individuando modalità di stretta collaborazione tra i professionisti con l'attivazione dei PDT intesi come una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevedono la partecipazione integrata sia dei professionisti che delle strutture.

La DGRM 1345/2013 "Riordino delle Reti cliniche" prevede:

pag. 4 "...punto 3)organizzazione in rete dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) ...; punto b) razionalità nella costruzione dei PDTA, in particolare per quanto riguarda la patologia oncologica, la cerebrovascolare ed il trauma maggiore....."

In ogni caso deve essere garantito il rispetto dei PDTA ed i tempi di attesa previsti definiti con appositi atti regionali.

Per quanto attiene i pazienti inseriti nei percorsi screening dovrà essere evitata la prestazione di prima visita se non insorgono sintomi clinici che la impongono.

2.2.6 Gli interventi per la facilitazione dell'accesso

È necessario che le AAVV mettano in atto tutti gli interventi organizzativi finalizzati alla facilitazione dell'accesso e che consentano il miglioramento delle performance delle liste di attesa, fra questi vanno menzionate le attività da effettuarsi in Day Service, inteso quale modello di coordinamento dell'attività ambulatoriale, finalizzato alla presa in carico di pazienti che richiedono un intervento diagnostico o diagnostico-terapeutico complesso, articolato, interdisciplinare, concentrato in un breve intervallo di tempo e che non richiede sorveglianza o osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.

Altro intervento per favorire l'accesso è la progressiva rimodulazione dell'attività ambulatoriale di primo livello dei Medici Specialisti anche ospedalieri in sedi diverse da quelle ospedaliere, ovvero territoriali (Casa della Salute, Poliambulatori Territoriali).

2.2.7 La regolamentazione in materia di agende e accesso alle prestazioni

Si ribadisce il rispetto delle indicazioni contenute nella Determina ASUR 530/08.

In merito alle indicazioni regolamentari si ribadisce che nel caso da una visita specialistica emerga l'esigenza di effettuare una prestazione che a sua volta richieda una preliminare valutazione specialistica, tale seconda visita non deve richiedere una ulteriore prescrizione; il primo specialista predisporrà la prescrizione della prestazione e tale prescrizione darà diritto alla valutazione specialistica.

2.2.8 La Comunicazione

Il PAAV deve contenere le modalità con le quali si provvederà alla informazione degli operatori sulle iniziative da realizzare.

La comunicazione, inoltre, deve essere rivolta ai cittadini che dovranno essere informati sui tempi di attesa, sulle strutture che li garantiscono ma deve essere rivolta anche ai doveri a partire dalle modalità di disdetta delle prestazioni, al ritiro dei referti, ecc.

La comunicazione passa anche attraverso l'obbligo di pubblicazione sui siti aziendali e per AV dei tempi di attesa come da legge sulla trasparenza

3 . I ricoveri ospedalieri

Con la Determina 424/07 è stata adottata la regolamentazione in materia di agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri (Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.80/SO4/2006) che richiede:

- la classificazione dell'attività in classi di priorità e quindi una conseguente programmazione dell'utilizzo dei blocchi operatori;
- la revisione della modulistica relativa al registro di prenotazione (con possibilità di attivare registri distinti per le diverse classi di priorità);
- la revisione della scheda di segnalazione del paziente da inserire nella lista di prenotazione da compilare al momento della visita quando si pone l'indicazione all'intervento;
- l'adozione di una modulistica da consegnare al paziente al momento dell'indicazione dell'intervento chirurgico.

È compito del Direttore Medico di Presidio il monitoraggio e verifica del rispetto della della regolamentazione di cui sopra; il PAAV deve esplicitare le risultanze dei riscontri effettuati dalle Direzioni Mediche di Presidio finalizzati alla verifica dell'adesione di tutte le UUOO (comprese quelle di area medica) alle indicazioni previste dalla regolamentazione e prevedere un calendario di verifica per il 2014 che contempli azioni di miglioramento, se necessarie.

Le indicazioni regionali al fine del rispetto dei TdA fanno riferimento alle prestazioni sotto indicate:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	- 53.10	

(1) Prestazioni erogabili in regime ambulatoriale

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

4. Il ruolo dei produttori esterni

4.1 Le Aziende Ospedaliere/INRCA

Le Aziende Ospedaliere e l'INRCA sono inquadrati come HUB della rete clinica assistenziale tuttavia nei Distretti di Ancona, Fano e Pesaro devono essere considerate come ospedali di riferimento per i cittadini residenti.

A tal fine i piani di Committenza formalizzati con le AAOO/ INRCA devono contenere:

- la definizione puntuale delle tipologie e dei volumi di attività da acquisire;
- la valorizzazione economica e gli eventuali abbattimenti;
- la definizione delle modalità di monitoraggio degli accordi;
- la valutazione dei risultati in termini di impatto sulla salute e di rapporto costo-efficacia.

4.2 Le strutture private accreditate

Le strutture private devono tendere al massimo dell'integrazione con le strutture aziendali nell'ambito delle specifiche linee produttive.

Il Piano di Produzione delle strutture private, a parità di budget, deve contenere:

- la tipologia e i volumi di prestazioni da erogare ai cittadini;
- la possibilità di rimodulazione l'offerta in modo da aumentare la reattività del sistema a esigenze puntuali e impreviste e del naturale calo delle performance nei periodi critici (ferie estive ecc);
- la verifica dell'attività erogata.

Tutto il sistema di offerta delle strutture private accreditate va inserito e gestito nel CUP regionale, secondo la programmazione definita delle AAVV.

5. Le liste di attesa e gli strumenti gli contrattuali.

La tematica delle liste di attesa deve essere declinata negli strumenti contrattuali disponibili a partire dai contratti individuali dei Direttori di Distretto, al sistema incentivante nella contrattazione del budget delle equipe, ai criteri di valutazione dei diversi livelli di responsabilità, all'attivazione dell'Art. 55 comma 2 del CCNL.

5.1 Il PAAV e la Libera Professione

Il PAAV deve dare evidenza dell'assunzione della priorità assegnata al contenimento delle liste d'attesa ed a tal fine vanno utilizzati gli strumenti contrattuali disponibili quantificando, secondo criteri più oggettivi possibili, la produzione attesa dalle diverse equipe.

Il rispetto della produzione attesa, a livello di UO e/o individuale, è anche condizione per l'esercizio della libera professione, esercitata secondo i modelli contrattualmente previsti (individuale, équipe, aziendale), nonché per la valorizzazione della stessa, quale momento di valorizzazione professionale ed opportunità per i cittadini. Il verificarsi di squilibri significativi delle liste d'attesa per le singole prestazioni, nell'attività istituzionale, rispetto a quelle dell'attività libero-professionale, sulla base della Legge n.120 /2007, come ribadito nella DGR 972/08 (accordo sindacale punto 9) vincola le AAVV alla revisione del sistema di erogazione, sino alla sospensione dell'esercizio della libera - professione per l'équipe per i casi ritenuti necessari.

Per casi particolari va analizzata anche la situazione dei singoli professionisti attraverso un'analisi di dettaglio dell'attività espletata.

La eventuale sospensione della attività libero-professionale, che non può protrarsi che per un breve periodo e comunque non più di 2 mesi, in quanto evento evidentemente eccezionale, richiama il Servizio Sanitario nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all'adeguamento dei piani di produzione alle necessità organizzative presenti localmente.

Sarà compito anche delle Direzioni di AAVV e della Azienda, valutare ed adottare anche altri strumenti contrattualmente previsti, in esercizio provvisorio.

Allegato 1) Visite specialistiche oggetto di monitoraggio regionale

Il tempo di attesa per le prestazioni specialistiche si intende soddisfatto quando le AAVV garantiscono direttamente, o attraverso le altre AAVV, o attraverso le AAOO/INRCA, che insistono nel proprio territorio, o la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, la prima visita entro il tempo massimo stabilito dalla regione, in almeno un punto di erogazione al 90% degli utenti che ne fanno richiesta.

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina	T. Max. Classe B	T. Max. Classe D
				giorni	giorni
1	Visita cardiologia	89.7	8	10	50
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	15	45
3	Visita endocrinologica	89.7	19	15	45
4	Visita neurologica	89.13	32	10	30
5	Visita oculistica	95.02	34	10	30
6	Visita ortopedica	89.7	36	10	30
7	Visita ginecologica	89.26	37	10	30
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	10	30
9	Visita urologica	89.7	43	10	30
10	Visita dermatologica	89.7	52	10	30
11	Visita fisiatrica	89.7	56	10	30
12	Visita gastroenterologica	89.7	58	15	45
13	Visita oncologica	89.7	64	10	30
14	Visita pneumologica	89.7	68	10	40

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	T. Max. Classe B	T. Max. Classe D
	Diagnostica per Immagini		giorni	giorni
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	10	90
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	10	75
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1	10	75
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3	10	75
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5	10	75
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1	10	60
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1	10	75
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	10	75
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	10	90
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	15	90
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2	10	90
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1	15	90
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4	10	75
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	10	90

29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	10	75
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	10	75
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	10	75
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2	10	90
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2	10	90
Altri esami Specialistici			giorni	giorni
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42	10	90
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	10	90
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	10	60
37	Elettrocardiogramma	89.52	10	60
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	10	60
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	10	60
40	Audiometria	95.41.1	10	60
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2	10	90
42	Fondo Oculare	95.09.1	10	60
43	Elettromiografia	93.08.1	10	90

Numero	280	Pag. 19
Data	- 7 MAG. 2014	