

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 3
N. DEL**

14541 19 DIC. 2014

Oggetto: Adozione del Piano Attuativo di Area Vasta 3 (PAAV3) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA) ai sensi della DGRM n.1 del 07/01/2014 e determine ASUR/DG n.280/2014 e n.312/2014.

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 3**

- . - . -

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;

VISTA l'attestazione del Dirigente del Servizio Bilancio e del Servizio Controllo di Gestione;

- D E T E R M I N A -

- *Di approvare*, in ottemperanza a quanto disposto con le determine ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 e n.312 del 16/05/2014, il "Piano Attuativo dell'Area Vasta n.3 per il contenimento dei Tempi di Attesa" (di seguito "PAAV3"), allegato al presente atto del quale forma parte integrante e sostanziale.
- *Di dare atto* che, con Determina del Direttore AV3 n.1169 dell'11/10/2014 sono stati individuati: il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, il Referente per la Gestione dei Tempi di Attesa ed i membri del Comitato Tecnico/Gruppo di Lavoro di AV per il PAAV e per la gestione dei TdA.
- *Di dare atto* che, per quanto non disciplinato nel PAAV3, si rinvia alle vigenti direttive nazionali, regionali ed aziendali in materia di gestione delle liste e contenimento dei tempi di attesa.
- *Di dare atto* che il PAAV3 potrà essere aggiornato in relazione al variare dell'organizzazione ed anche sostanzialmente rivisto alla luce della verifica del suo impatto sull'organizzazione nell'ambito dell'AV3.

- *Di trasmettere* il presente atto al Direttore Generale ASUR, alle Direzioni Sanitarie e Amministrative Ospedaliere e Territoriali, ai Direttori dei Distretti Sanitari di Civitanova M., Macerata e Camerino, al Direttore URP, Qualità e ALPI, per opportuna conoscenza, per quanto di competenza e per il successivo inoltro ai Direttori delle UU.OO. interessate.
- *Di dare atto* che la presente determina non comporta oneri di spesa a carico di questa Area Vasta;
- *Di dare atto* che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. n. 26/96 e s.m.i..
- *Di trasmettere* il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

IL DIRETTORE AREA VASTA n. 3
(Dott. Pierluigi Gubbinelli)

Per il parere infrascritto:

SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SERVIZIO BILANCIO

Vista la dichiarazione espressa dal Responsabile del Procedimento, si attesta che dalla presente determina non deriva alcuna spesa.

Il Dirigente U.O.C. Controllo di Gestione
(Paolo Gubbinelli)

Il Dirigente U.O.C. Contabilità e Bilancio
(Paolo Gubbinelli)

La presente determina consta di n.55 pagine di cui n.49 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
DIREZIONE AMMINISTRATIVA P.U.O.

□ Normativa di riferimento

- 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/DG 424/07 *"Recepimento ed attuazione dei contenuti della DGRM 494/2007: piano attuativo aziendale"*;
 - Determina ASUR/DG n.530/2008 *"Attuazione dei contenuti della DGRM n.494/2007: Revisione del PAA in materia di gestione delle liste di attesa"*;
 - Legge 120/2007;
 - DGRM n. 751 del 02.07.2007 Accordo integrativo regionale (AIR) allegato A;
 - DGRM 972/2011 *"L.12/07/2007 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 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 tempi 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.986 del 07/08/2014 "DGR 1750 del 27/12/2013 "LR n.13 del 20/06/2003 – Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014" – modificazioni ed integrazioni"
- DGRM n.1012 dell'08/09/2014 "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."

☐ Motivazione

La Regione Marche, con DGRM n.01 del 07/01/2014, ha adottato 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.

Per tale ragione, con Determine ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 e n.312 del 16/05/2014 è stato dato avvio al processo per la stesura del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA).

In ossequio a tali atti, l'Area Vasta 3 ha adottato la determina n.1169 dell'11/10/2014, individuando nel Dr.Gianni Turchetti, Direttore del Distretto Sanitario di Civitanova Marche, il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, il soggetto deputato a svolgere le funzioni di supporto al Direttore di Distretto e di Area Vasta in detta materia, raccordandosi anche con le diverse articolazioni organizzative della AV stessa. Il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, come definito dalla Direzione Generale deve ricoprire a tutti gli effetti il compito di Responsabile della verifica del rispetto delle prescrizioni recanti la dizione I Visita o Controllo ed il rispetto delle classi di priorità (U,B,D,P). Inoltre, sempre con il predetto atto, è stato individuato nel Direttore UOC DAPUO AV3, Alberto Cacciamani, il Referente per la Gestione dei Tempi di Attesa ed istituito un Comitato Tecnico (Gruppo di Lavoro TdA) per effettuare l'attività descritta nei succitati atti Regionali ed Aziendali e per monitorare l'andamento delle liste di attesa.

Con nota Prot.16851 del 06/08/2014, altresì, la Direzione Generale ASUR ha fornito ulteriori indicazioni in merito alle azioni da porre in essere immediatamente anche a prescindere dal consolidamento dei dati dell'ARS in merito

agli effettivi tempi d'attesa.

È sulla base di tali indicazioni e delle Direttive Aziendali che l'Area Vasta n.3 ha elaborato il Piano Attuativo di Area Vasta che viene recepito con il presente atto.

Il piano, come da indicazioni della Direzione Generale, è stato redatto nelle more della pubblicazione dei dati Regionali sulle liste di attesa e quindi, potrà essere integrato e dettagliato maggiormente alla luce di tali elementi, nonché aggiornato in relazione alle future ridefinizioni del fabbisogno.

La Direzione Amministrativa del Presidio Unico Ospedaliero, come da mandato della Direzione di AV (giusta Determina n.1169/2014), ha predisposto una bozza del Piano che è stata oggetto di confronto e discussione con il Comitato Tecnico per il PAAV nella riunione del 25 Novembre 2014: il testo proposto è il risultato finale della condivisione all'unanimità da parte del Comitato Tecnico.

Per quanto sopra esposto

SI PROPONE

- *Di approvare*, in ottemperanza a quanto disposto con le determine ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 e n.312 del 16/05/2014, il "Piano Attuativo dell'Area Vasta n.3 per il contenimento dei Tempi di Attesa" (di seguito "PAAV3"), allegato al presente atto del quale forma parte integrante e sostanziale.
- *Di dare atto* che, con Determina del Direttore AV3 n.1169 dell'11/10/2014 sono stati individuati: il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, il Referente per la Gestione dei Tempi di Attesa ed i membri del Comitato Tecnico/Gruppo di Lavoro di AV per il PAAV e per la gestione dei TdA.
- *Di dare atto* che, per quanto non disciplinato nel PAAV3, si rinvia alle vigenti direttive nazionali, regionali ed aziendali in materia di gestione delle liste e contenimento dei tempi di attesa.
- *Di dare atto* che il PAAV3 potrà essere aggiornato in relazione al variare dell'organizzazione ed anche sostanzialmente rivisto alla luce della verifica del suo impatto sull'organizzazione nell'ambito dell'AV3.
- *Di trasmettere* il presente atto al Direttore Generale ASUR, alle Direzioni Sanitarie e Amministrative Ospedaliere e Territoriali, ai Direttori dei Distretti Sanitari di Civitanova M., Macerata e Camerino, al Direttore URP, Qualità e ALPI, per opportuna conoscenza, per quanto di competenza e per il successivo inoltro ai Direttori delle UU.OO. interessate.
- *Di dare atto* che la presente determina non comporta oneri di spesa a carico di questa Area Vasta;
- *Di dare atto* che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 4 della Legge 412/91 e dell'art. 28 della L.R. n. 26/96 e s.m.i..
- *Di trasmettere* il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i..

IL RESP. SPECIALISTICA AMBULATORIALE
COORDINATORE COMITATO TECNICO PAAV

(Dr Gianni Turchetti)



IL DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa *Loredana Riccio*)

IL DIRETTORE
Direzione Amministrativa P.U.O.
(*A. Cacciamani*)

Parere del dirigente di Area Dipartimentale

- ☐ Favorevole
☐ Favorevole con il seguente commento:

- ☐ Negativo per le seguenti motivazioni:

- ALLEGATI -

Allegato 1) Piano Attuativo dell'Area Vasta n.3 per il contenimento dei Tempi di Attesa.



PIANO ATTUATIVO AREA VASTA N.3

per il contenimento dei Tempi di Attesa

Comitato Tecnico (costituito con Determina DAV3 n.1169 del 11/10/2014)

- *Dr. Gianni Turchetti*, Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, con funzione di coordinamento;
- *Alberto Cacciamani*, Referente per la gestione dei Tempi di Attesa;
- *Dr.ssa Maria Rita Mazzocanti*, Direttore Medico P.O. Macerata;
- *Dr.ssa Giovanna Faccenda*, Direttore Medico P.O. Camerino;
- *Dr. Massimo Palazzo*, Direttore Medico P.O. Civitanova Marche;
- *Dr.ssa Maria Rita Paolini*, Direttore Medico Distretto di Camerino;
- *Dr.ssa Donella Pezzola*, Direttore Medico Distretto di Macerata;
- *Dr. Gianni Turchetti*, Direttore Medico Distretto di Civitanova;
- *Dott.ssa Loredana Riccio*, Dirigente Amministrativo D.A.P.U.O. AV3;
- *Dott.ssa Donatella Uncinetti Rinaldelli*, Resp. Direzione Amm.va Territoriale;
- *Dott. Fabrizio Trobbiani*, Direttore Amm.vo URP, Qualità e ALPI AV3;
- *Dott. Luigi Tartabini*, Direttore Sistemi Informativi AV3;
- *Paolo Gubbinelli*, Direttore Controllo di Gestione AV3.

Coordinatore Dr. Gianni Turchetti

INDICE

Premessa	pag. 3
Introduzione	pag. 5
Riferimenti Normativi	pag. 6
Indicazioni Regionali	pag. 8
Organizzazione AV3	pag. 9
Esperienze pregresse sviluppate	pag. 11
Piano Attuativo AV: definizione e elementi sostanziali	pag. 14
Azioni Organizzative a sostegno del PAAV: Specialistica Ambulatoriale e Ricoveri Ospedalieri	pag. 15
Ruolo dei Produttori Esterni e "step" del Piano Operativo AV3	pag. 16
Analisi del fenomeno "Liste di Attesa"	pag. 17
Azioni per il Governo della Domanda	pag. 18
Azioni per il Governo dell'Offerta	pag. 24
Miglioramento della Qualità dei Flussi Informativi	pag. 27
Elenco Allegati	pag. 28

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.

Nel corrente anno, inoltre, la Regione ha rivisto 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.

Per tale ragione, con determine ASUR/DG n.280 del 07/05/2014 e n.312 del 16/05/2014 è stato dato avvio al processo per la stesura del Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei Tempi di Attesa (TdA), che sarà definito e declinato in coerenza con i n.5 Piani Attuativi delle Aree Vaste (PAAV).

Inoltre, con nota Prot.16851 del 06/08/2014, la Direzione Generale ASUR ha fornito ulteriori indicazioni in merito alle azioni da porre in essere immediatamente anche a prescindere dal consolidamento dei dati dell'ARS in merito agli effettivi tempi d'attesa.

In ossequio alle disposizioni sopra richiamate, la Direzione AV3 ha adottato la determina n.1169 dell'11/10/2014, con la quale si è proceduto ad individuare nel Dr Gianni Turchetti il Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, che svolgesse funzioni di supporto al Direttore di AV ed alle Direzioni Mediche ed Amministrative del P.O.U., Distrettuali e Territoriali, raccordandosi con le diverse articolazioni organizzative dell'AV3, nel merito della materia di cui trattasi e che ricoprisse a tutti gli effetti il compito di Responsabile della verifica del rispetto delle prescrizioni recanti la dizione 1^ Visita o Controllo ed il rispetto delle Classi di Priorità (U, B, D, P).

Con il medesimo atto l'AV3 individuava quale Referente per la Gestione dei Tempi di Attesa il Direttore UOC DAPUO, Alberto Cacciamani, ed istituiva un Comitato Tecnico per effettuare l'attività descritta nei succitati atti regionali ed Aziendali, così composto:

Comitato Tecnico per il PAAV3

- *Dr Gianni Turchetti*, Direttore Medico Distretto di Civitanova e Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, con funzione di Coordinamento;
- *Alberto Cacciamani*, Referente per la gestione dei Tempi di Attesa;
- *Dr.ssa Maria Rita Mazzocanti*, Direttore Medico P.O. Macerata;
- *Dr.ssa Giovanna Faccenda*, Direttore Medico P.O. Camerino;
- *Dr. Massimo Palazzo*, Direttore Medico P.O. Civitanova Marche;
- *Dr.ssa Maria Rita Paolini*, Direttore Medico Distretto di Camerino;
- *Dr.ssa Donella Pezzola*, Direttore Medico Distretto di Macerata;
- *Dott.ssa Loredana Riccio*, Dirigente Amministrativo D.A.P.U.O. AV3;
- *Dott.ssa Donatella Uncinetti Rinaldelli*, Resp. Direzione Amm.va Territoriale AV3;
- *Dott. Fabrizio Trobbiani*, Direttore Amm.vo URP, Qualità e ALPI AV3;
- *Dott. Luigi Tartabini*, Direttore Sistemi Informativi AV3;
- *Paolo Gubbinelli*, Direttore Controllo di Gestione AV3.

INTRODUZIONE

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;
(Allegato 1. "PRODUZIONE E CONSUMI PRESTAZIONI DGRM 1040/2011" AV3 ANNI 2011 - 2012 - 2013)
- ✓ 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

- 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/DG 424/07 "Recepimento ed attuazione dei contenuti della DGRM 494/2007: piano attuativo aziendale";
- Determina ASUR/DG n.530/2008 "Attuazione dei contenuti della DGRM n.494/2007: Revisione del PAA in materia di gestione delle liste di attesa";
- Legge 120/2007;
- DGRM n. 751 del 02.07.2007 Accordo integrativo regionale (AIR) allegato A;
- DGRM 972/2011 "L.12/07/2007 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;
- DGRM n. 1345 del 30/09/2013 „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.986 del 07/08/2014 "DGR 1750 del 27/12/2013 "LR n.13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2014" - modificazioni ed integrazioni";
- DGRM n.1012 dell'08/09/2014 "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";
- DGRM n.1219 del 27/10/2014 "Modifica DGRM n.1345/2013 concernente il riordino delle reti cliniche e della DGRM n.551/2013 concernete la definizione dei parametri per la riduzione delle strutture complesse e semplici degli enti del SSR.

INDICAZIONI REGIONALI

Con la DGRM n.1/2014 sono state definite le azioni correttive da porre in essere per i prossimi anni:

- Ottimizzazione delle rilevazioni ex ante ed ex post dei Tempi di Attesa;
- Ottimizzazione degli strumenti di controllo sia a livello Regionale che delle singole AV ed Aziende, con definizione di Reports periodici di controllo;
- Ottimizzazione degli strumenti quali ricorso alle prestazioni orarie aggiuntive, overbooking, pulizia delle liste, etc...;
- Predisposizione di un Piano di informazione e comunicazione ai cittadini sui tempi di attesa e degli indici di performance nell'ottica della completa trasparenza del sistema e di coinvolgimento dell'utenza.

e sono state definite le aree di maggiore criticità che diverranno obiettivo prioritario di intervento.

(Allegato 2. VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI STRUMENTALI ED ALTRI ESAMI SPECIALISTICI OGGETTO DI MONITORAGGIO REGIONALE - pagg.5 e 6 Determina ASUR/DG n.312 del 16/5/14).

ORGANIZZAZIONE

La Direzione dell'AV3 individua il Referente per la gestione dei Tempi di Attesa che supporterà l'Ufficio di Coordinamento Aziendale formalizzato presso l'ASUR, nel ruolo di indirizzo, monitoraggio e valutazione di competenza della DG ASUR.

La Direzione dell'AV è responsabile, per il tramite dei Distretti, della rilevazione del fabbisogno locale e della definizione del sistema dell'offerta, rispetto ai bisogni, della declinazione degli obiettivi e piano di azioni, nonché del monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti in AV e, quindi, del contributo al pieno sviluppo del Piano Aziendale ASUR.

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.

I Direttori dei Distretti, inoltre, provvedono a verificare l'appropriatezza delle richieste dei MMG 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.

(necessita la costruzione di un "vero e proprio sistema dell'appropriatezza" che, inizi a partire dal livello distrettuale, attraverso gli organismi del Pool di Monitoraggio e dell'Ufficio Coordinamento delle Attività Distrettuali - UCAD)

La Direzione dell'AV3 ha individuato e nominato un Responsabile della Specialistica Ambulatoriale, che svolgerà le sue funzioni di supporto al Direttore di Distretto ed AV, anche raccordandosi con le diverse articolazioni organizzative dell'AV stessa. È 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).

La Direzione dell'AV3 ha individuato e nominato un Referente per la gestione dei Tempi di Attesa, che supporti l'Ufficio di Coordinamento Aziendale, formalizzato a livello di Direzione Generale ASUR, e collabori con il Tavolo di Monitoraggio regionale, di cui alla DGRM n.1/2014.

Il Direttore di AV, per le funzioni complessive di governo e monitoraggio dei Tempi di Attesa nonché per la formulazione del PAAV, si avvale di un Comitato Tecnico composto dai Direttori di Distretto, dai Direttori Medici P.O.U., dal Responsabile della Specialistica, dal Referente per la gestione dei Tempi di Attesa, dal Responsabile del Controllo di Gestione,



dal Responsabile del Sistema Informativo dell'AV, dal Dirigente Amm.vo P.U.O., dal Dirigente Amm.vo del Territorio, dal Responsabile ALPI e URP.

La funzione di coordinamento del Comitato è svolta dal Responsabile della Specialistica.

Inoltre, il Collegio di Direzione dell'AV3 rappresenta un ulteriore momento di confronto:

- Nella programmazione di 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.

ESPERIENZE PREGRESSE SVILUPPATE

Si citano alcuni tra i progetti e le precedenti esperienze sperimentati nell'ambito delle ex ZZTT 8, 9 e 10.

- ex ZT 9 di Macerata: con Determine del Direttore n.225/2009 e n.305/2010 i Medici dell'UCAD dei Distretti di Macerata e Tolentino hanno condiviso con i Direttori dei Distretti e con i Direttori delle UUOO di Diagnostica per Immagini, di Neurologia e del Dipartimento Medico, del Presidio Ospedaliero di Macerata, percorsi per prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di governare l'erogazione di alcune prestazioni specialistiche per la garanzia ed il rispetto dei tempi di attesa e dell'appropriatezza prescrittiva per le urgenze differibili.
- ex ZT 9 di Macerata: con il "Piano Attuativo Zonale in materia delle Liste di Attesa", adottato con Determina del Direttore di Zona n.670 del 24/12/2008, vengono censite le esperienze poste in essere in materia di liste di attesa, con "Modelli Sperimentali" approvati con Determina del Direttore ZT9 n.552 del 29/10/2008. Si riportano di seguito quelle relative a: "VISITA RADIOTERAPICA PRETRATTAMENTO", alla "PET" ed alle "PRESTAZIONI RADIOLOGICHE":

VISITA RADIOTERAPICA PRETRATTAMENTO

L'U.O. di Radioterapia gestisce direttamente tutte le prime visite, in particolare la prenotazione per la prima visita viene presa direttamente dal medico radioterapista, registrata sia su agenda cartacea che su apposito registro cartaceo fornito dalla Direzione Medica del P.O. con pagine numerate e progressive, anche allo scopo di rendere trasparente il meccanismo cronologico dell'inserimento nella lista di attesa. La prenotazione per la prima visita e l'inserimento nel registro della lista di attesa sono, pertanto, due atti effettuati contemporaneamente dal medico radioterapista.

La prenotazione viene effettuata previa illustrazione (solitamente telefonica) del caso clinico da parte del medico (generalmente specialista: oncologo, chirurgo generale o di organo, pneumologo, dermatologo, ematologo ecc.) di riferimento del paziente, raramente la prenotazione viene effettuata previa visione di documentazione portata dal paziente o da suo familiare direttamente nei locali della Radioterapia senza appuntamento.

L'appuntamento per la prima visita (come l'inizio del successivo trattamento radioterapico) vengono fissati in base a criteri di priorità individuati a livello regionale con apposito documento condiviso dagli specialisti radioterapisti.

E' evidente che, a parità di priorità clinica, si tiene conto della priorità temporale, rappresentata dalla data di inserimento nell'apposito registro della lista di attesa.

Inoltre il Direttore dell'U.O. di Radioterapia, dott. Alfredo Proietti, ha redatto, a livello di area vasta, un documento che esplicita ulteriormente alcuni aspetti dei criteri per l'attesa sia per la prima visita che per l'inizio della radioterapia, in base alle peculiarità del bacino di utenza di riferimento, tale documento è inserito nella delibera dell'ASUR n. 424 del 26.07.2007.

PET

Esiste una lista di prenotazione basata sul criterio clinico e non temporale. Il medico curante invia un fax all'U.O. di Medicina Nucleare con l'esplicitazione del motivo dell'esame (per effetto della norma giuridica sulla radioesposizione del paziente bisogna rispettare il principio di giustificazione) indicando ad esempio: necessità di iniziare quanto prima una chemioterapia, necessità di intervenire chirurgicamente (in questo caso può essere ipotizzata una data presunta dell'intervento), controllo dopo cicli di chemioterapia (in questo caso si sa quando si inizia e quindi si può

presumere la data dell'esame), controllo dopo radioterapia o alla fine della chemioterapia (in questo caso è necessario attendere i tempi tecnici per evitare falsi positivi), esami di follow up ecc..

La procedura indicata costringe lo specialista del reparto a perdere molto più tempo rispetto al criterio temporale di prenotazione, ma di fatto si riducono di molto i test inappropriati e si riescono a gestire al meglio le liste di attesa in una diagnostica di alto costo e di disponibilità molto limitata.

PRESTAZIONI RADIOLOGICHE

Per le prestazioni di "radiologia convenzionale - contrastografica e non (rx, ecografia, mammografia ed ecografia mammaria) la prenotazione avviene seguendo il metodo tradizionale mentre per le TAC e le RMN è stata approvata una apposita procedura che prevede l'erogazione della prestazione in base alla priorità clinica. Dal mese di settembre 2007 l'U.O. di Diagnostica per Immagini ha introdotto un ulteriore modello sperimentale di gestione delle prenotazioni che, oltre a mantenere il criterio della priorità clinica, riserva una parte delle prestazioni agli utenti esterni secondo il criterio temporale.

• ex ZT 9 di Macerata: con il "Piano Attuativo Zonale in materia delle Liste di Attesa", adottato con Determina del Direttore di Zona n.670 del 24/12/2008, vengono evidenziate le "Prestazioni Critiche" e proposte le modalità atte a limitare/risolvere le problematiche rilevate. Si riporta di seguito uno stralcio del citato atto (pagg. 9 e 10). In particolare si sottolinea la proposta di liste di attesa differenziate volte a "privilegiare i residenti".

PRESTAZIONI CRITICHE

La produzione da parte della ZT 9 garantisce in massima parte il rispetto dei tempi di attesa per i propri residenti, ma essendo i tempi di attesa più favorevoli si viene a generare una migrazione di cittadini residenti sia dall'area vasta di Macerata che di Fermo che, di fatto, viene a saturare l'offerta di prestazioni presso la ZT 9 e a far aumentare tendenzialmente i tempi stessi.

Di conseguenza, per mantenere il rispetto dei tempi definiti a livello regionale dalla DGR 494/2007, la ZT 9 è costretta ad attivare attività aggiuntiva in libera professione aziendale, contratti di fornitura ad hoc con strutture private accreditate, co.co.co. e ore di specialistica SUMAI, con stanziamento di risorse non riconosciute in alcun modo a livello di finanziamento e pertanto sottratte al normale finanziamento dei LEA assicurato dal tetto di spesa assegnato.

Questo fenomeno, presente in molte realtà a livello regionale, di fatto viene a penalizzare le ZZ.TT. che maggiormente si impegnano nel fronteggiare il fenomeno delle liste di attesa attraverso il governo della domanda, la riorganizzazione dell'offerta e con investimenti importanti nel settore.

Pertanto, il piano regionale di contenimento dei tempi di attesa DGR494/2007 definisce che per le prestazioni cosiddette di base, ogni Zona Territoriale deve garantire il rispetto dei tempi di attesa come diritto esigibile per i cittadini e garantire il percorso diagnostico terapeutico attraverso la rete di Area Vasta/regione/extra-regione.

Le rilevazioni sulle prestazioni attualmente erogate a livello regionale in ciascuna Zona consentono di fornire report che indichino con chiarezza il livello di domanda proveniente da ciascuna ZT e il livello di offerta dalle stesse garantito.

Tali report sarebbe opportuno che vengano formalizzati in modo da rendere chiaro a tutti il gap esistente tra offerta e domanda: si possono assumere come offerta il dato delle prestazioni erogate dalla ZT per ciascuna specialità ("OFFERTA") e come domanda appropriata le prestazioni, per ciascuna specialità, che i residenti di una ZT effettuano complessivamente, in qualsiasi struttura regionale o extra regionale ("DOMANDA").

Si può così evidenziare il saldo, positivo o negativo, al riguardo. Per esempio si avrebbe:

PRESTAZIONE: VISITA OCULISTICA				
	Z.T. ____	Z. T. ____	Z.T. ____	Z.T. ____
DOMANDA	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
OFFERTA	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
SALDO	-/+ xxxx	-/+ xxxx	-/+ xxxx	-/+ xxxx

Per le prestazioni di base è evidente che un saldo positivo avviene con un consumo di risorse superiore a quello assegnato e finanziato, al contrario un saldo negativo comporta un mancato consumo di risorse e del relativo finanziamento che pure è stato assegnato: in assenza di correzioni, tale meccanismo penalizza fortemente chi produce di più, magari perché costretto ad aumentare la produzione per contenere i tempi di attesa, che altrimenti aumenterebbero vista l'accesso libero dei cittadini.

Proposte modalità per risolvere questo problema.

Premesso che:

- si deve fissare, per ciascuna specialità, il livello di DOMANDA adeguato sulla base della popolazione pesata che insiste nella ZT, in prima istanza determinato come somma di tutte le prestazioni che i residenti della ZT effettuano, indipendentemente dalla sede in cui la prestazione è erogata;
- si deve prevedere che in prima istanza il budget assegnato finanzi esattamente il numero di prestazioni così indicato;
- di conseguenza, il tempo di attesa da garantire per ciascuna specialità, anche ai fini degli adempimenti dei Direttori di Zona, deve essere commisurato su quel numero di prestazioni, non potendo essere imputato a responsabilità gestionale l'eventuale sfondamento conseguente ad una domanda superiore a quella ritenuta adeguata.

Ciò premesso, per ovviare alle criticità oggi esistenti si può procedere alle seguenti soluzioni:

- Le ZZ.TT. mantengono una lista di attesa unica per residenti e non; sono tenute al rispetto del tempo di attesa solo per le prestazioni che rientrano in quelle definite come Domanda adeguata; a verifica (esempio fine anno), viene loro riconosciuto il finanziamento aggiuntivo per le prestazioni, effettuate per i cittadini residenti in altre Zone /aree vaste, che hanno superato il livello definito come adeguato, ponendo il relativo costo a carico delle ZZ.TT. che hanno effettuato un numero di prestazioni inferiore a quello definito come adeguato.
- Le ZZ.TT. sono autorizzate a comporre liste di attesa differenziate in relazione al bacino di utenza (definito dalla DGR 494/07), **privilegiando i residenti**. In tal modo i non residenti si vedrebbero erogare la prestazione successivamente ai residenti e questo potrebbe favorire la scelta di chiedere la prestazione nella propria ZT. Questa ipotesi peraltro è coerente con le ipotesi che stanno venendo fuori dal gruppo ristretto nazionale per il monitoraggio dei tempi di attesa. Anche in questo caso, eventuali eccedenze di prestazioni effettuate su richiesta di non residenti, verificate alla fine dell'anno, devono essere opportunamente finanziate.
- Le ZZ.TT. sono autorizzate a comporre liste di attesa differenziate per residenti e non, ma, **previo** accordo a livello di area vasta che preveda la valorizzazione delle prestazioni effettuate per i cittadini residenti in altre Zone/Aree Vaste, si impegnano ad effettuare le prestazioni per non residenti come attività aggiuntiva (attraverso libera professione aziendale, co.co.co., ore SUMAI ecc.) garantendo in tal modo **gli stessi tempi di attesa** previsti dalle normative **anche ai non residenti**.

A dimostrazione di quanto sopra si allegano le schede delle diverse prestazioni dove sono riportati i dati relativi alla produzione ed ai consumi, anno 2007, della Z.T. n. 9 (fonte Servizio Salute Regione Marche). (All. n. 5).

Presso la Z.T. n. 9, come è facile riscontrare, le prestazioni che presentano un minimo di criticità si riferiscono in particolare a: mammografia - ecografia addome/urologica - tac/rmn. Queste criticità sono esplose come conseguenza dell'attivazione del "polo oncologico", infatti le risorse umane e tecnologiche sono, sostanzialmente, rimaste invariate.

Inoltre, nel corso dell'anno 2007, sono state attivate ulteriori attività: guardia radiologica attiva, radiologia interventistica, TAC presso il Pronto Soccorso dell'ospedale di Macerata ed un significativo incremento dell'attività radiologica per i pazienti interni.

Peraltro, come indicato in altra parte del documento, per riuscire ad erogare le prestazione in maniera appropriata e sulla base di priorità cliniche è stata attivata una apposita procedura per la gestione delle prenotazioni.

Tali criticità sono superabile se vengono adottate, da parte del Servizio Salute/Asur, quelle soluzioni sopra proposte.

PIANO ATTUATIVO DI AREA VASTA (PAAV)

DEFINIZIONE PAAV:

Il PAAV deve essere inteso come un "piano di rientro" e contiene sia l'analisi delle criticità che il dettaglio delle azioni organizzative finalizzate alla garanzia di "Tempi Certi" per i Cittadini.

Le azioni vengono esplicitate in apposito "Cronoprogramma" e costituiscono obiettivi di budget per i livelli di responsabilità e di produzione coinvolti.

Il PAAV comporta necessariamente l'analisi di dettagli tra domanda ed offerta e la disponibilità di flussi informativi che orientino la programmazione.

ELEMENTI SOSTANZIALI DEL PAAV:

- Identificazioni delle Sedi di erogazione delle prestazioni che garantiscono i tempi di attesa di cui all'All.1) della Determina ASUR/DG n.280/2014;
- Descrizione delle strategie di rimodulazione della produzione, tenendo conto dei seguenti aspetti:
 - Tipologie e Volumi previsti di prestazioni ambulatoriali (incrementali o in decremento) erogate direttamente in attività istituzionale e distinte in Prime Visite e Controlli e per Classi di Priorità (U, B, D, P);
 - Tipologie e Volumi di Produzione (incrementali o in decremento) acquisite attraverso la produzione aggiuntiva da parte di produttori interni (Art.55, c.2, CCNL 2000), distinte in Prime Visite e Controlli e per Classi di Priorità (U, B, D, P);
 - Volumi previsti di prestazioni ambulatoriali (incrementali o in decremento) erogate attraverso le AAOO, da formalizzare con specifico accordo, distinte in Prime Visite e Controlli e per Classi di Priorità (U, B, D, P);
 - 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);
 - Azioni volte a diminuire la mobilità verso altre Regioni;
 - 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;
 - Previsione di modalità di utilizzo del "Fondo Balduzzi" (di cui al Decreto 189/2012, Art.2, c.1, lett.E) che destina il 5% del compenso per ALPI a favore di interventi di prevenzione e di riduzione delle liste di attesa, mediante contrattazione di produzione aggiuntiva da parte di produttori interni (ex Art.55, c.2, CCNL 2000).

AZIONI ORGANIZZATIVE A SOSTEGNO DEL PAAV

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

SPECIALISTICA AMBULATORIALE:

- Appropriata prescrivibilità;
- Analisi della Domanda e dell'Offerta;
- Prestazioni Urgenti;
- Percorsi per Patologie Croniche e Critiche;
- Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT);
- Interventi di Facilitazione dell'Accesso;
- Regolamentazione in materia di Agende e Accesso alle prestazioni (*definizione in AV di una regolamentazione in materia di gestione delle liste di attesa, con l'adozione di un "Regolamento AV3 per la gestione delle Agende di prenotazione dell'Attività ambulatoriale" in linea con le previsioni della vigente normativa*);
- Comunicazione efficace e mirata.

RICOVERI OSPEDALIERI:

Con Determina ASUR/DG n.424/2007 è stata adottata la regolamentazione in materia di "Agende di prenotazione dei Ricoveri Ospedalieri" (Dirigente Servizio Salute n.80/SO4/2006) che prevede:

- La Classificazione dell'attività in Classi di Priorità con 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 P.O.U. il Monitoraggio e la verifica della regolamentazione di cui sopra: il PAAV deve esplicitare le risultanze dei riscontri effettuati alle indicazioni della regolamentazione e prevedere, se del caso, azioni correttive o "di miglioramento", con calendario di verifica per il 2014.

Le Direzioni Mediche Ospedaliere delle ex ZZTT afferenti l'AV3 si sono adeguate alle disposizioni ed hanno attivato le previste agende di prenotazioni.

(Allegato 3. PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO di cui alla pag.15 dell'Allegato A) alla Determina ASUR/DG n.280 del 7/5/14).

IL RUOLO DEI PRODUTTORI ESTERNI:

Per quanto concerne i rapporti con le AAOO e con le Strutture Private Accreditate, in particolare per queste ultime si prevede di definire la committenza annuale con le singole Strutture definendo le quantità individuate per ciascuna tipologia di prestazione, unitamente ai volumi/valore. Se ne prevede anche l'inserimento al CUP Unico Regionale per la prenotazione.

PIANO OPERATIVO

L'AV3 provvede a dare indicazione ai Dipartimenti/UOC/UOS/Uffici/Servizi di supporto relativamente all'immediata operatività delle indicazioni riportate nella DGRM n.1/2014 e di attivare quanto previsto nel PAAV3, anche nelle more:

- Dell'implementazione del Tavolo Regionale previsto dalla DGRM n.1/2014;
- Del perfezionamento del sistema CUP, relativamente alla differenziazione dei primi accessi dai controlli e della gestione delle agende per classi di priorità.

Nella stesura del PAAV3 si è adottato il criterio di procedere secondo 4 step:

- A. ANALISI DEL FENOMENO "LISTE DI ATTESA"
- B. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA
- C. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA
- D. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI

A. ANALISI DEL FENOMENO "LISTE DI ATTESA"

L'analisi della situazione a livello di AV3 non può che partire dalle precedenti esperienze ed organizzazioni delle ex ZZTT 8, 9 e 10.

Infatti, preso atto dei cambiamenti intervenuti sotto il profilo normativo sono stati valutati i risultati ottenuti con la pianificazione zonale, definita attraverso i "Piani Attuativi Zonali per la Riduzione delle liste di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali" approvati dalle ex ZZTT afferenti l'AV3 e, in particolare:

ex ZT 8 di Civitanova Marche:

- Determina Direttore n. 375 del 28/10/2008 "Regolamento Zonale per la gestione delle agende di prenotazione";
- Determina Direttore n. 3 del 15/01/2009 "Piano attuativo Zonale per la gestione delle liste di attesa: anno 2009";
- Determina Direttore n. 641 del 04/12/2009 "Piano attuativo Zonale per la gestione delle liste di attesa: integrazione determina 3/ZT8DZONA del 15/01/2009".

ex ZT 9 di Macerata:

- Determina Direttore n.552 del 29/10/2008 "Adozione Regolamento in materia di Gestione delle Liste di Attesa";
- Determina Direttore n.670 del 24/12/2008 "Adozione Piano Attuativo Zonale in materia di gestione delle liste di attesa";
- Determina Direttore n.618 del 25/06/2009 "Piano Attuativo Zonale in materia di Gestione delle Liste di Attesa, ex Determina n.670 del 24/12/2008 - Integrazione".

ex ZT10 di Camerino:

- Determina Direttore n.340 del 26/09/2008 "Adozione Regolamento in materia di gestione delle liste di attesa";
- Determina Direttore n.21 del 14/01/2009 "Adozione Piano Attuativo Zonale per il contenimento dei tempi di attesa";
- Determina Direttore n.505 del 15/07/2009 "Revisione del Piano Attuativo Zonale per il contenimento dei tempi di attesa".

In sintesi sono stati individuati i seguenti focus sui quali si intende concentrare l'attenzione.

- a) Censimento delle prestazioni offerte ed analisi del fabbisogno e dell'offerta per ciascuna tipologia di prestazione e distintamente per ex ZT/Sede di erogazione (Vedi Allegato 1.), che consente di centrare l'attenzione sulle principali criticità;

- b) Revisione "Regolamento Specialistica Ambulatoriale" e ridefinizione delle agende di prenotazione e predisposizione di una nuova "Regolamentazione Agende in AV3" in linea con la vigente normativa ed, in particolare, con la definizione delle classi di priorità;
- c) Ricognizione del livello di adeguatezza della strumentazione diagnostica di base. Nel rilevare che vengono effettuate le ricognizioni relativamente alla strumentazione diagnostica e che tutte le apparecchiature radiologiche dell'AV3 sono mappate e controllate e che anche i laser sono censiti, si rileva l'opportunità di dotare di una adeguata strumentazione di base diversi ambulatori "periferici" per evitare ulteriori richieste per approfondimenti diagnostici e l'inutile "ritorno" dei pazienti presso le strutture dell'AV3 con conseguente appesantimento del sistema.

B. AZIONI PER IL GOVERNO DELLA DOMANDA

L'iperprescrizione è dovuta in parte all'aumento del bisogno reale della popolazione con un tasso sempre crescente di invecchiamento ma anche a condizionamenti culturali derivanti dalla "medicina difensiva" e dalla crescente attenzione dei cittadini al proprio stato di salute.

È, pertanto, necessario porre in essere azioni atte a sollecitare la responsabilizzazione dei prescrittori per il tramite:

- Razionalizzazione e differenziazione delle Tempistiche e del Follow-up;
- Adozione Classi di Priorità;
- Valutazione del Grado di Appropriatezza delle prescrizioni.

Le principali azioni possono essere sintetizzate in:

- a) Appropriatezza prescrittiva;
- b) Autoprescrizione;
- c) Gestione delle agende di prenotazione: "recall & drop out";
- d) Definizione percorsi RAO per RMN e TAC.

a) Appropriatezza prescrittiva

L'appropriatezza prescrittiva è il più importante fattore correttivo per contenere i lunghi tempi di attesa e, soprattutto, per garantire prestazioni appropriate nei tempi e nei modi giusti.

L'appropriatezza prescrittiva ha come obiettivo quello di filtrare la domanda caratterizzata dalla "richiesta di massima" di prestazione a quella di "richiesta ottimale".

"Il SSN, infatti, non deve cercare di portare al massimo il livello qualitativo, ma di ottimizzarlo in relazione alle risorse disponibili. Il livello qualitativo ottimale è in funzione dei costi di produzione e dei benefici per l'intera popolazione di riferimento."

(Curare la qualità - Guerini 2000)

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso la sensibilizzazione dei medici prescrittori sull'importanza della distinzione tra "primo accesso" ed "accesso successivo" e sulla obbligatorietà di distinguere le classi di priorità e di indicare il quesito diagnostico.

AZIONI:

- Incontri dedicati con i MMG ed i PLS nei luoghi istituzionali: equipe territoriali, UCAD, Ordine dei Medici, Articolazione Territoriale del Comitato Aziendale per la Medicina Generale;
- Dotazione di materiale cartaceo e/o on line di facile consultazione sui "Raggruppamenti di Attesa Omogenei" (RAO) per una efficace e mirata comunicazione/informazione.

b) Autoprescrizione

La percezione soggettiva della malattia porta ad una eccessiva richiesta al medico prescrittore che difficilmente riesce a ricondurre al principio di appropriatezza.

AZIONI:

- Condivisione con la cittadinanza attraverso la stampa degli obiettivi del Piano;
- Distribuzione di materiale informativo sui percorsi sanitari e sulla correttezza delle prestazioni.

c) Gestione delle agende di prenotazione: "recall & drop out" e "gestione bonum/malum"

Definizione "in progress" di schemi, modalità e procedure condivise ed uniformi nell'ambito dell'AV3, di individuazione delle agende di prenotazione, ed adozione del nuovo regolamento per la gestione delle agende che tenga conto delle novità normative e delle esigenze peculiari del territorio ma, anche, della necessità di individuare comportamenti e standard uniformi.

In particolare:

Recall

È ormai accertato l'effetto positivo del "recall" fatto "di persona" dagli Operatori (e non con gestioni automatizzate telefoniche che non risultano essere adeguati). Negli anni precedenti, anche nell'ambito delle ex ZZTT (ad es. a Camerino per le MOC) è stato possibile verificare che la procedura del richiamo "diretto" degli Utenti prenotati da parte degli Operatori delle UUOO permette il recupero di un numero considerevole di posti in agenda: si ritiene, pertanto, di proporre l'estensione di tale procedura per le visite specialistiche e per tutte le prestazioni monitorate, ove ne sussista la possibilità in termini di risorse, con personale dedicato.

Disdetta

Ancora non è correttamente percepita dall'utenza l'importanza della disdetta in tempo utile per la riutilizzazione del posto: ed anche le azioni di recupero e la previsione di "penali" non appare efficace in quanto il fenomeno è da correlarsi ad un atteggiamento di "negligenza ed indifferenza" piuttosto che a "malafede".

Appare, quindi, necessario prevedere azioni di informazione, sensibilizzazione ma anche di definizione di procedure semplici e trasparenti per limitare il fenomeno.

Gestione del Bonum/Malum

(MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA PRESTAZIONE: la parte di seguito riportata viene "stralciata" dal PAZ ex ZT9 approvato con Determina del Direttore di Zona n.670/2008)

La normativa vigente prevede un sistema risarcitorio e sanzionatorio nel caso in cui all'utente sia impedita la fruizione delle prestazioni sanitarie (visite specialistiche e/o indagini diagnostiche strumentali), impedimento rappresentato dal superamento dei tempi di attesa massimi, garantiti a livello regionale, o nel caso in cui l'utente non si presenti nel giorno ed orario fissato per la prestazione e non dà alcuna comunicazione di annullamento o spostamento della prestazione.

In particolare il D.P.C.M. del 19 maggio 1995, che ha approvato lo schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari", prevedeva al punto 5.6 il pagamento da parte dell'azienda sanitaria di un "bonum" a titolo di risarcimento del disagio, sopportato dall'utente, per la mancata effettuazione della prestazione. Analogamente l'azienda potrà rivalersi, nei confronti dell'utente, qualora questi non si presenti o preannunci l'impossibilità a fruire della prestazione.

Con successivo Decreto Lgs. n. 124/98, art. 13 si disponeva che, sino all'entrata in vigore delle relative discipline regionali, l'assistito poteva chiedere, in caso di inosservanza del rispetto dei tempi di attesa, che la

prestazione venisse erogata in regime libero-professionale, sostenendo il solo costo della compartecipazione e ponendo a carico dell'azienda di appartenenza e dell'azienda dove era stata effettuata la prestazione la differenza tra l'effettivo costo della prestazione e l'importo pagato a titolo di compartecipazione.

La Regione Marche, con delibera di G.R. n. 1855/1998, invitava le Aziende a predisporre appositi atti deliberativi, attuativi del sistema risarcitorio, prevedendo, altresì, la stipula di particolare polizze assicurative.

L'ex Azienda USL n. 9, con delibera del Commissario Straordinario n. 161 del 23/10/2002, si riservava di adottare, con separato atto, il regolamento attuativo del sistema risarcitorio/sanzionatorio per l'impossibilità di applicare la sanzione (*malum*) a carico dell'utente, preferendo privilegiare processi atti a semplificare l'accesso alle prestazioni da parte dell'utente.

Si colloca in quest'ottica il progetto, avviato 2 anni fa circa, consistente nel richiamare gli utenti 24/48 h prima del giorno fissato per la prestazione per avere la conferma o disdetta della prenotazione. Ciò al fine di recuperare spazi, soprattutto per quelle prestazioni specialistiche, sia visite che indagini diagnostiche strumentali, caratterizzate da un elevato tempo di attesa.

L'ASUR Marche, con determina del D.G. n. 424 del 26/7/2007, nel definire il Piano Attuativo Regionale di contenimento dei Tempi Massimi di Attesa, ha fornito indicazioni sui rimborsi in caso di mancata effettuazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo, altresì il coinvolgimento delle Associazioni di Tutela dei Consumatori.

Ciò premesso pur essendo consapevoli che non esistono, allo stato attuale per carenza sia di risorse umane, sia di risorse tecnologiche avanzate, sistemi certi per poter risalire all'esatta identificazione dell'utente, né è possibile stipulare apposite polizze che assicurino il rischio per le Zone Territoriali (è infatti di difficile quantificazione il rischio da assicurare), si reputa opportuno delineare una procedura, che sarà oggetto di condivisione con le Associazioni di Tutela e con il Tribunale per i Diritti del Malato, che faciliti il percorso, sia degli utenti, sia degli stessi operatori del SSN, per l'attivazione del sistema di *bonum/malum*.

Tale sistema riguarda esclusivamente quelle prestazioni specialistiche, visite ed esami diagnostici strumentali, individuate

come critiche dall'Accordo Stato/Regioni/Province Autonome, ed oggetto di monitoraggio aziendale.

BONUM

- L'Operatore CUP nel momento in cui riceve una richiesta di prenotazione, di visita specialistica (1^a visita) o esami diagnostici strumentali, da parte dell'utente già in possesso della relativa impegnativa del MMG o PLS, **assegna la prima disponibilità** presente nel sistema presso qualunque struttura sanitaria della Zona. L'impegnativa, in primo luogo, consente all'operatore di poter identificare con certezza l'utente e permette, altresì, di verificare e completare i dati anagrafici del paziente, in particolar modo di quelli provenienti fuori Zona, e di semplificare gli adempimenti amministrativi al momento della

regolarizzazione contabile della prestazione.

- Qualora la disponibilità vada oltre il Tempo Massimo di Attesa, garantito a livello regionale e pubblicato in apposite bacheche affisse presso i punti Accettazione del P.O., dei Distretti e presso l'U.R.P., o nel caso di mancata effettuazione della prestazione nel giorno ed orario fissati, l'utente può presentare, ai sensi dell'art. 3, c. 10 del D.Lgs. n. 124/98, istanza di rimborso finalizzata al *Bonum*.

Qualora l'utente non accetti la 1^ data di disponibilità indicata dal sistema, per motivi legati alla struttura, allo specialista o alla distanza, non si potrà dar corso alla pratica di rimborso del *bonum*.

- Il rimborso, che è pari ad €. 25,82, potrà essere chiesto con un'apposita istanza, utilizzando la modulistica, secondo lo schema approvato dall'ASUR con determina del DG n. 424/2007 e reperibile presso gli Uffici Accettazione e presso l'U.R.P. della Zona, trasmessa a quest'ultimo ufficio con allegata la documentazione probatoria comprovante l'urgenza ed il disservizio. Il modello andrà utilizzato sia nel caso in cui l'utente rinunci alla prestazione, avendo diritto altresì al rimborso del ticket eventualmente pagato, sia nel caso in cui l'utente voglia ugualmente usufruire della prestazione. In tal caso la Zona dovrà riprogrammare la prestazione utilizzando una procedura preferenziale, ricorrendo eventualmente all'over booking e/o valutando anche la possibilità di far effettuare la prestazione nelle altre strutture sanitarie delle Zone limitrofe.
- Il *Bonum* è ugualmente dovuto all'utente quando il referto non venga messa a disposizione entro i tempi massimi stabiliti a livello zonale.

MALUM

- Per quanto attiene all'istituto del *Malum* l'utente che non si presenta, o che non preannunci la propria indisponibilità o impossibilità ad usufruire della prestazione, è tenuto al pagamento di una sanzione di importo corrispondente al *Bonum* (€ 25,82). Sono evidenti le difficoltà che può incontrare un'Azienda nell'affrontare tale percorso, prima fra tutte la certezza della prenotazione telefonica da parte dell'utente e la certezza che lo stesso abbia comunicato l'annullamento della prestazione (attualmente non esiste presso la Z.T. n. 9 un sistema informatico che consenta di risalire con certezza al numero di telefono chiamante e collegarlo, quindi, con l'utente interessato alla prestazione).

Si possono, allo scopo, delineare alcune soluzioni quali: l'inserimento, sul foglio di prenotazione che viene rilasciato all'utente, di un avviso che avverta lo stesso di segnalare la propria indisponibilità o l'annullamento della prenotazione,

pena l'erogazione di una sanzione, al pari degli avvisi che prevedono il pagamento integrale della prestazione in caso di mancato ritiro dei referti. Oppure l'operatore del CUP, a chiusura della prenotazione, può ricordare all'utente di segnalare la propria indisponibilità ad effettuare la prestazione o, infine, ricorrere ad un sistema di Segreteria telefonica, di facile soluzione, che consenta all'utente di segnalare la propria indisponibilità e/o all'annullamento della prestazione specialistica

ADEMPIMENTI AMMINISTRATIVI

- L'U.R.P., una volta ricevuta le richieste di rimborso del *Bonum*, istruisce la pratica provvedendo a verificare, in particolare, se la prima data, proposta dall'operatore, eccedeva il tempo massimo di attesa determinato dall'Azienda.
- Una volta verificata l'appropriatezza della richiesta, viene predisposta la liquidazione del rimborso.

- Nel caso, invece, del *Malum* con cadenza mensile vengono rilevate le prestazioni non effettuate, ancorché prenotate, e che non hanno potuto essere utilizzate per altri utenti in attesa. Per tali prestazioni viene inviata all'utente apposita comunicazione di mancata presentazione alla visita e/o esame prenotato, con contestuale richiesta di addebito del *malum*.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE

Pur riconoscendo le difficoltà di identificare con certezza gli utenti che prenotano telefonicamente è necessario studiare e predisporre forme di sensibilizzazione della popolazione al problema delle liste di attesa.

Prima fra tutte è quella di un diretto e stringente coinvolgimento delle Associazioni di Tutela, in particolare il Tribunale per i Diritti del Malato ma, soprattutto quello di un maggior coinvolgimento dei "primi prescrittori", cioè i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta.

In particolare presso gli studi medici possono essere affissi manifesti che facciano capire il funzionamento delle liste di attesa, della necessità che gli utenti, qualora intendano rinunciare alle prestazioni, abbandonino il posto ad altri utenti oppure ricorrendo a campagne periodiche sulle testate giornalistiche locali che ricordino agli utenti di disdire, se non più necessaria, la prenotazione presa.

d) Definizione percorsi RAO per RMN e TAC.

È stato attivato un del percorso di condivisione del "Progetto Radiologia per aumentare l'appropriatezza della richiesta, ridurre le liste di attesa e ridurre la mobilità passiva verso le strutture convenzionate extraregionali". Il progetto prevede l'attivazione di classi di priorità per le prestazioni di RMN e TAC, ed è stato discusso e proposto dai Dirigenti delle Radiologia di Camerino, Civitanova Marche e Macerata che hanno messo a punto apposite Schede RAO (Allegato 8).

AZIONI:

- Prevedere procedure di "recall" per le visite specialistiche e per tutte le prestazioni monitorate, con personale operante all'interno delle UUOO ovvero, ove ne sussista la possibilità in termini di risorse, con personale dedicato;
- Sensibilizzare gli Utenti circa l'importanza della disdetta in tempo utile per la riutilizzazione del posto attraverso la distribuzione di materiale informativo vario;
- Estendere il range di mezzi da utilizzare con un progetto URP dedicato. Diffusione per la disdetta di un indirizzo mail a cui far recapitare il n. di prenotazione da annullare. L'URP avrà cura, in tempo reale, di passare la comunicazione al gestore delle agende CUP.

C. AZIONI PER IL GOVERNO DELL'OFFERTA

L'AV3 procederà nella direzione dell'efficientamento del sistema, dell'incremento mirato dell'offerta e di una azione di comunicazione e informazione attraverso azioni specifiche di seguito riportate "per grandi linee", che dovranno essere ulteriormente declinate per rendere correttamente operative ed adeguate alle esigenze del territorio.

- *Efficientamento del sistema, attraverso:*
 - Riduzione della frammentazione ospedaliera e dei punti di erogazione e differenziazione di offerta per i pazienti ricoverati e non;
 - Utilizzo massimale delle strumentazioni;
 - Utilizzo differenziato delle strumentazioni di qualità più elevata per le patologie ad alta complessità;
 - CUP (gestione del re-call, gestione disdette, analisi del fenomeno drop-out);
 - Coerenza con il Sistema ICT Regionale e Nazionale.
- *Ricorso a forme di incremento mirato dell'Offerta, attraverso:*
 - Programmazione delle Prestazioni Aggiuntive;
 - Overbooking;
 - Privati Accreditati.
- *Comunicazione ed Informazione, attraverso:*
 - Responsabilizzazione dei Pazienti;
 - Promozione dei servizi dell'AV e agevolazione all'accesso.

PROGETTI DI SVILUPPO DELL'OFFERTA NELL'AV3:

La consapevolezza che la riduzione dei tempi di attesa non si accompagna quasi mai ad un aumento dell'offerta in ore di specialistica convenzionata o ore di specialistica ospedaliera, ci porta ad orientarci verso l'ottimizzazione dell'offerta esistente.

I dati rilevati dei tempi di attesa saranno "letti" ed interpretati alla luce dei seguenti criteri di ottimizzazione, al fine di porre in essere azioni correttive:

a) Rimodulazione delle Agende

La rimodulazione delle agende nasce dalla necessità di visualizzare nelle agende di prenotazione CUP la prenotazione breve (B) e Differita (D) perché da questi percorsi di priorità vengono calcolati i tempi di attesa.

Il percorso già attivato nell'AV3, peraltro, oltre ad organizzare le agende tenendo conto delle "classi di priorità" di cui alla DGRM 1040/2011 di seguito citate:

- Prestazioni "Urgenti" (da effettuarsi entro 72 ore);
- Prestazioni "Brevi" (da effettuarsi entro 10 giorni);
- Prestazioni "Differibili" (da effettuarsi entro i termini previsti dalle apposite tabelle allegate alla DGRM n.1040/2011, 30/90 giorni);
- Prestazioni "Programmabili" (da effettuarsi entro 6 mesi).

prevede l'impostazione delle agende di prenotazione secondo una configurazione, impostata con apposite "Schede RAO" (riportane in *Allegato al presente Piano*) che vengono definite dai Direttori/Responsabili UU.OO., che attengono:

- A) Scheda RAO "Visite/Controlli" (*Allegato 4.*);
- B) Scheda RAO "Prestazioni Diagnostica" (*Allegato 5.*);
- C) Scheda RAO "Urgenze" (percorsi per gestione urgenze) (*Allegato 6.*);
- D) Scheda RAO "Follow Up" (*Allegato 7.*).

In particolare, la Scheda D), in riferimento a quanto previsto dalla DGRM n.1 del 07/01/2014, dalla DGRM n.986 del 07/08/2014 e dalle disposizioni della Direzione Generale ASUR impartite con nota Prot.25007 del 10/11/2014, prevede l'attivazione, entro il 31/12/2014, di "slot" dedicati per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up, nell'ambito delle agende relative all'Oncologia, Diabetologia, Nefrologia e Cardiologia. Ciò potrà consentire di distinguere, oltre che il 1° accesso dagli accessi successivi, anche questi ultimi (che possono essere richiesti dallo Specialista o dal MMG PLS) dai "controlli successivi" relativi alla presa in carico da parte del singolo Sanitario/Struttura (i soli "titolati" a procedere alla specifica richiesta e/o prenotazione).

Con questa generale rimodulazione, di interesse regionale, sarà possibile ottimizzare l'offerta considerando:

- Adeguamento dei tempi di scaglionamento del personale convenzionato a quello ospedaliero;
- Riallineamento dei produttori di prestazioni caratterizzati da un basso livello di efficienza (eccesso di offerta) con riallocazione o riconversione;
- Accorpamento delle sedi e maggiore utilizzo orario (12 ore die).

Analogamente a quanto già avvenuto in altre AAVV, si ipotizza la sperimentazione di un modulo riepilogativo dell'attività ambulatoriale giornaliera ove vengano evidenziati i tassi di

utilizzo delle prestazioni offerte dalle agende CUP e l'evidenziazione di eventuali "sottoutilizzi" nelle prenotazioni e nella presentazione degli utenti a visita.

b) Aumento dell'offerta

Solo dopo aver opportunamente rimodulato l'offerta CUP si potrà procedere all'aumento dell'offerta tenendo conto dei seguenti parametri:

- Prestazioni aggiuntive da parte del produttore interno;
- Prestazioni aggiuntive da parte degli Specialisti convenzionati (AIR art.5), *con specifica anche dell'Urgenza Differibile della Specialistica*;

se non sufficiente:

- Prestazioni erogate in regime di ALPI;
- Acquisto prestazioni da AO;
- Acquisto prestazioni da strutture accreditate/convenzionate (adeguata e mirata definizione della committenza).

In particolare:

- Programma di prestazioni aggiuntive (Art.55, c.2, CCNL 2000) mediante utilizzo delle risorse provenienti dal c.d. "FONDO BALDUZZI". Il programma sarà mirato al superamento del "tempo di latenza" fra tempi programmati e tempi attuali di attesa, per i RAO più critici, affinché questi possano divenire operativi rapidamente e non "dalla prima agenda libera". Con équipes di professionisti individuati sulla base delle discipline interessate saranno contrattati volumi e sedute ambulatoriali aggiuntive rispetto a quelle programmate in attività istituzionale.

D. MIGLIORAMENTO DELLA QUALITA' DEI FLUSSI INFORMATIVI

File C

Il flusso C rappresenta il dato ufficiale di produzione della specialistica ambulatoriale. La sua qualità è determinante ai fini della valutazione delle prestazioni erogate e richiede una registrazione puntuale ed attenta che non ha attualmente raggiunto buoni livelli di qualità.

Allo scopo, la DAPUO di Macerata da anni procede alla verifica a campione del corretto inserimento dei dati risultanti dalle prescrizioni sanitarie con specifici progetti e, dal corrente anno, tale azione viene prevista in AV. Ciò consente di poter rilevare e correggere eventuali anomalie e differenti modalità/procedure di codifica e inserimento, intervenendo anche con azioni mirate su particolari settori (ad es: per il 2014 ci si è concentrati sulla Radiologia).

AZIONI:

- Sollecitare il personale addetto al puntuale caricamento dei dati nel flusso C;
- Procedere a verifiche trimestrali dei dati inviati alla Regione per le prestazioni monitorate e analisi delle criticità con conseguenti azioni migliorative.

Collegamento di sistemi RIS con i sistemi CUP-Cassa

- Verificare i processi informativi attraverso i quali la prenotazione CUP si interfaccia con il sistema RIS al fine di creare una pre-accettazione radiologica: allo scopo, per il 2014, si procederà ad interfacciare il controllo inserimento dati delle impegnative a campione con l'inserimento delle stesse anche nel sistema "Elefante".

ELENCO ALLEGATI

Allegato 1. PRODUZIONE E CONSUMI PRESTAZIONI DGRM 1040/2011 AV3 ANNI 2011 - 2012 - 2013;

Allegato 2. VISITE SPECIALISTICHE, PRESTAZIONI STRUMENTALI ED ALTRI ESAMI SPECIALISTICI OGGETTO DI MONITORAGGIO REGIONALE -
pagg.5 e 6 Determina ASUR/DG n.312 del 16/5/14;

Allegato 3. PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY E PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO di cui alla pag.15 dell'Allegato A) alla Determina ASUR/DG n.280 del 7/5/14;

Allegato 4. SCHEDA RAO "Visite/Controlli";

Allegato 5. SCHEDA RAO "Prestazioni Diagnostica";

Allegato 6. SCHEDA RAO "Urgenze" (percorsi per gestione urgenze);

Allegato 7. SCHEDA RAO "Follow Up";

Allegato 8. SCHEDE RAO TAC CRANIO ENCEFALO, RM ENCEFALO CRANIO E RM ADDOME.

ANNO 2011 - PRODUZIONE E CONSUMI AREA VASTA N. 3											
PRESTAZIONI DRGM 1040/2011		A.V. 3 - PRODUZIONE 2011					A.V. 3 - CONSUMI 2011				
N°	DESCRIZIONE	ZT 8	ZT 9	ZT 10	Totale Produz. A.V. 3	CONSUMI ZT 8	CONSUMI ZT 9	CONSUMI ZT 10	Totale Consumi A.V. 3		
1	Visita cardiologica	5.189	7.081	2.842	15.112	5.804	6.294	2.883	14.981		
2	Visita chirurgia vascolare	1	305	0	306	191	296	62	549		
3	Visita endocrinologica	924	2.532	2.323	5.779	1.541	2.127	2.172	5.840		
4	Visita neurologica	1.647	1.810	702	4.159	2.402	1.851	970	5.223		
5	Visita oculistica	9.536	12.925	7.222	29.683	10.449	12.018	4.682	27.149		
6	Visita ortopedica	3.517	3.210	1.480	8.207	3.694	3.133	1.418	8.245		
7	Visita ginecologica	5.516	4.427	1.300	11.243	4.726	4.551	1.069	10.346		
8	Visita otorinolaringoiatrica	6.252	6.208	1.746	14.206	5.803	5.253	2.052	13.108		
9	Visita urologica	1.735	2.219	659	4.613	1.847	1.881	746	4.474		
10	Visita dermatologica	4.960	11.703	2.680	19.343	6.963	9.053	2.517	18.533		
11	Visita fisiatrica	1.375	3.004	631	5.010	1.467	3.061	580	5.108		
12	Visita gastroenterologica	896	176		1.072	755	325	99	1.179		
13	Visita oncologica	171	1.566	1.548	3.285	473	1.089	1.362	2.924		
14	Visita pneumologica	515	1.767	266	2.548	1.192	1.045	376	2.613		
15	Mammografia	3.993	4.636	1.473	10.102	4.568	4.681	1.168	10.417		
16	TC senza e con contrasto Torace	1.298	1.940	1.233	4.471	1.566	1.996	994	4.556		
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	437	71	12	520	337	164	18	519		
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	427	55	17	499	330	130	23	483		

19	TC senza e con contrasto Addome completo	764	1.626	1.133	3.523	1.140	1.692	861	3.693
20	TC senza e con contrasto Capo	1.024	1.571	666	3.261	1.223	1.578	627	3.428
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco	482	524	302	1.308	577	589	259	1.425
22	TC senza e con contrasto Bacino	23	33	44	100	28	45	36	109
23	RMN Cervello e tronco encefalico	1.226	916	298	2.440	1.206	1.163	416	2.785
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	216	184	1	401	294	226	180	700
25	RMN Muscoloscheletrica	2.205	597	585	3.387	1.905	1.812	921	4.638
26	RMN Colonna vertebrale	2.795	753	843	4.391	2.187	1.911	963	5.061
27	Ecografia Capo e collo	1.617	3.455	1.242	6.314	2.237	3.070	1.187	6.494
28	Ecocolordoppler cardiaca	1.320	3.359	1.675	6.354	2.097	2.990	1.500	6.587
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	2.179	4.205	924	7.308	2.270	3.166	994	6.430
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	2.034	6.775	914	9.723	2.790	5.187	1.043	9.020
31	Ecografia addome	4.660	10.464	3.378	18.502	6.845	9.144	3.095	19.084
32	Ecografia Mammella	2.869	3.704	1.647	8.220	3.749	3.746	1.544	9.039
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	1.581	3.293	1.078	5.952	2.095	2.926	567	5.588
34	Colonscopia	1.067	2.544	992	4.603	1.385	2.474	860	4.719
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	174	37	11	222	159	61	17	237

36	Esofagogastroduodenosco pia	1.699	2.270	880	4.849	1.689	2.249	735	4.673
37	Elettrocardiogramma	6.615	11.161	4.020	21.796	8.049	9.616	4.162	21.827
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	619	2.070	959	3.648	928	1.654	919	3.501
39	Elettrocardiogramma da sforzo	527	2.185	525	3.237	935	1.550	560	3.045
40	Audiometria	2.093	2.198	525	4.816	1.996	1.880	610	4.486
41	Spirometria	1.888	5.310	170	7.368	2.601	2.998	1.052	6.651
42	Fondo Oculare	478	1.255	226	1.959	522	1.098	205	1.825
43	Elettromiografia	3.883	4.894		8.777	4.649	3.163	1.181	8.993
TOTALE		92.427	141.018	49.172	282.617	107.664	124.936	47.685	280.285

ANNO 2012 - PRODUZIONE E CONSUMI AREA VASTA N. 3

PRESTAZIONI DRGM 1040/2011		A.V. 3 - PRODUZIONE 2012					A.V. 3 - CONSUMI 2012			
N°	DESCRIZIONE	Z.T. 8	Z.T. 9	Z.T. 10	Totale Produz. A.V. 3	Z.T. 8	Z.T. 9	Z.T. 10	Totale Consumi A.V. 3	
1	Visita cardiologica	4.872	7.281	2.258	14.411	5.855	6.126	2.357	14.338	
2	Visita chirurgia vascolare	0	314	4	318	230	317	76	623	
3	Visita endocrinologica	1.221	1.938	2.594	5.753	1.780	1.591	2.448	5.819	
4	Visita neurologica	1.536	1.998	520	4.054	2.332	1.852	853	5.037	
5	Visita oculistica	9.621	11.885	6.105	27.611	10.616	11.041	3.922	25.579	
6	Visita ortopedica	3.793	2.969	1.453	8.215	3.651	2.961	1.295	7.907	
7	Visita ginecologica	4.820	4.692	915	10.427	4.364	4.387	810	9.561	
8	Visita otorinolaringoiatrica	6.286	6.203	1.424	13.913	5.651	5.094	1.670	12.415	
9	Visita urologica	1.873	2.202	688	4.763	1.866	1.851	757	4.474	
10	Visita dermatologica	5.395	11.543	1.831	18.769	6.975	8.748	2.039	17.762	
11	Visita fisiatrica	1.295	3.043	611	4.949	1.394	3.081	593	5.068	
12	Visita gastroenterologica	870	200		1.070	736	332	115	1.183	
13	Visita oncologica	422	2.373	1.614	4.409	689	1.574	1.440	3.703	
14	Visita pneumologica	502	1.859	270	2.631	1.044	1.181	393	2.618	
15	Mammografia	3.947	4.476	1.230	9.653	4.376	4.515	1.158	10.049	
16	TC senza e con contrasto Torace	1.294	2.053	1.283	4.630	1.614	2.088	1.042	4.744	
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	320	65	15	400	256	131	30	417	
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	297	39	20	356	233	99	28	360	

19	TC senza e con contrasto	904	1.537	1.103	3.544	1.219	1.659	878	3.756
	Addome completo								
20	TC senza e con contrasto	1.081	1.499	612	3.192	1.250	1.476	598	3.324
	Capo								
21	TC senza e con contrasto	455	480	280	1.215	483	536	251	1.270
22	Rachide e speco verteb.								
22	TC senza e con contrasto								
	Bacino	20	46	26	92	28	53	23	104
	RMN Cervello e tronco								
23	encefalico	1.053	928	419	2.400	1.177	1.226	514	2.917
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	208	164	79	451	299	258	189	746
25	RMN Muscoloscheletrica	1.850	291	486	2.627	1.875	1.509	850	4.234
26	RMN Colonna vertebrale	2.331	871	826	4.028	2.033	1.973	1.032	5.038
27	Ecografia Capo e collo	1.605	3.896	1.139	6.640	2.214	3.297	1.167	6.678
28	Ecocolordoppler cardiaca	1.327	3.356	1.285	5.968	2.250	2.933	1.258	6.441
	Ecocolordoppler dei tronchi								
29	sovr aortici	2.160	3.407	397	5.964	2.179	2.570	661	5.410
	Ecocolordoppler dei vasi								
30	perifarici	1.660	5.335	698	7.693	2.334	4.302	767	7.403
31	Ecografia addome	4.452	9.829	2.815	17.096	6.388	8.344	2.730	17.462
32	Ecografia Mammella	2.882	3.796	1.337	8.015	3.589	3.846	1.415	8.850
	Ecografia Ostetrica -								
33	Ginecologica	1.347	4.183	827	6.357	2.104	3.300	521	5.925
34	Colonscopia	1.090	2.470	881	4.441	1.325	2.329	797	4.451
	Sigmoidoscopia con								
35	endoscopio flessibile	153	41	16	210	140	55	20	215
36	Esofagogastroduodenoscopia	1.761	2.328	881	4.970	1.811	2.259	697	4.767
37	Elettrocardiogramma	6.471	11.885	3.326	21.682	8.348	9.942	3.616	21.906
38	Elettrocardiogramma	687	1.798	882	3.367	875	1.552	862	3.289
39	Elettrocardiogramma da	424	2.400	471	3.295	986	1.650	484	3.120
40	Audiometria	2.096	2.440	468	5.004	2.026	1.967	577	4.570
41	Spirometria	2.137	4.324	212	6.673	2.488	2.634	669	5.791

42	Fondo Oculare	512	1.109	185	1.806	573	1.017	173	1.763
43	Elettromiografia	3.943	4.724		8.667	4.937	3.054	1.022	9.013
	TOTALE	90.973	138.270	42.486	271.729	106.593	120.710	42.797	270.100

ANNO 2013 - PRODUZIONE E CONSUMI AREA VASTA N. 3

PRESTAZIONI DRGM 1040/2011		A.V. 3 - PRODUZIONE 2013					A.V. 3 - CONSUMI 2013			
N°	DESCRIZIONE	Z.T. 8	Z.T. 9	Z.T. 10	Totale Produz. A.V. 3	Z.T. 8	Z.T. 9	Z.T. 10	Totale Consumi A.V. 3	
1	Visita cardiologica	5.778	7.908	2.620	16.306	7.082	6.967	2.808	16.857	
2	Visita chirurgia vascolare	0	289	6	295	303	338	105	746	
3	Visita endocrinologica	1.094	1.398	1.953	4.445	1.788	1.332	1.916	5.036	
4	Visita neurologica	2.276	3.443	69	5.788	3.131	2.971	372	6.474	
5	Visita oculistica	8.275	12.031	7.300	27.606	9.317	11.072	4.653	25.042	
6	Visita ortopedica	7.392	8.781	2.233	18.406	7.596	8.002	1.793	17.391	
7	Visita ginecologica	7.599	6.282	1.471	15.352	6.538	5.740	1.396	13.674	
8	Visita otorinolaringoiatrica	8.089	8.855	1.356	18.300	6.950	7.339	2.026	16.315	
9	Visita urologica	3.135	4.487	667	8.289	3.343	3.592	991	7.926	
10	Visita dermatologica	4.941	13.260	1.996	20.197	7.093	9.334	2.668	19.095	
11	Visita fisiatrica	1.366	2.717	662	4.745	1.472	2.737	621	4.830	
12	Visita gastroenterologica	654	1.313	0	1.967	1.087	1.305	291	2.683	
13	Visita oncologica	543	4.024	1.479	6.046	1.105	2.155	1.483	4.743	
14	Visita pneumologica	1.038	3.109	242	4.389	1.833	1.960	480	4.273	
15	Mammografia	4.581	4.377	1.001	9.959	4.861	4.650	1.295	10.806	
16	TC senza e con contrasto	1.566	2.714	1.143	5.423	1.946	2.564	1.045	5.555	
17	Addome superiore	211	87	15	313	162	113	33	308	
18	Addome inferiore	147	42	16	205	119	57	20	196	

19	TC senza e con contrasto	1.283	1.964	1.088	4.335	1.535	2.001	917	4.453
	Addome completo								
20	TC senza e con contrasto	3.598	4.976	1.739	10.313	3.783	4.559	1.603	9.945
	Capo								
21	TC senza e con contrasto	735	436	280	1.451	704	519	261	1.484
22	Rachide e speco vertebrale								
	TC senza e con contrasto								
23	Bacino	61	44	26	131	57	56	24	137
	RMN Cervello e tronco								
	encefalico	1.280	1.472	486	3.238	1.451	1.519	480	3.450
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	209	246	122	577	305	287	188	780
25	RMN Muscoloscheletrica	1.923	659	513	3.095	1.887	1.462	908	4.257
26	RMN Colonna vertebrale	2.836	1.500	856	5.192	2.434	2.417	1.126	5.977
27	Ecografia Capo e collo	2.403	4.254	1.491	8.148	2.876	3.697	1.510	8.083
28	Ecocolordoppler cardiaca	1.425	3.754	1.797	6.976	2.645	3.314	1.802	7.761
29	Ecocolordoppler dei tronchi								
	sovr aortici	2.478	3.811	649	6.938	2.715	2.810	936	6.461
	Ecocolordoppler dei vasi								
30	periferici	1.959	5.205	946	8.110	2.690	4.111	953	7.754
31	Ecografia addome	8.370	14.106	4.254	26.730	10.597	12.254	3.898	26.749
32	Ecografia Mammella	3.879	4.123	1.503	9.505	4.726	4.364	1.767	10.857
33	Ecografia Ostetrica -								
	Ginecologica	1.384	4.685	835	6.904	2.458	3.530	619	6.607
34	Colonscopia	1.506	3.019	1.078	5.603	1.683	2.863	886	5.432
35	Sigmoidoscopia con								
	endoscopio flessibile	183	35	24	242	152	68	27	247
36	Esofagogastroduodenoscopia	1.890	2.656	1.064	5.610	1.974	2.657	877	5.508
37	Elettrocardiogramma	13.770	19.699	8.417	41.886	16.634	17.221	8.493	42.348

38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	869	1.986	1.002	3.857	1.239	1.611	941	3.791
39	Elettrocardiogramma da sforzo	612	2.659	494	3.765	1.371	1.825	551	3.747
40	Audiometria	2.469	2.473	422	5.364	2.292	2.155	530	4.977
41	Spirometria	3.251	4.829	261	8.341	3.628	3.287	865	7.780
42	Fondo Oculare	509	1.111	173	1.793	567	1.045	159	1.771
43	Elettromiografia	3.907	3.477	0	7.384	4.753	3.008	971	8.732
		121.474	178.296	53.749	353.519	140.882	154.868	55.288	351.038



Numero	312	Pag.	5
Data	16 MAG. 2014		

- ALLEGATI -

Allegato 1) Bis -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 e/o prima prestazione diagnostica 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	45
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	10	45
3	Visita endocrinologica	89.7	19	10	45
4	Visita neurologica	89.13	32	10	45
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	10	45
13	Visita oncologica	89.7	64	10	30
14	Visita pneumologica	89.7	68	10	45

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	88.38.2-8838.38.1	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	90
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	10	90
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 -	10	90
32	Ecografia Mammella	88.76.1	10	60
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.73.1 - 88.73.2	10	90
34	Altri esami Specialistici	88.78 - 88.78.2	10	90
35	Colonscopia	45.23 - 45.25 -	giorni	giorni
36	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	10	90
37	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	10	60
38	Elettrocardiogramma	89.52	10	60
39	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	10	60
40	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43	10	60
41	Audioimetria	95.41.1	10	60
42	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2	10	90
43	Fondo Oculare	95.09.1	10	60
44	Elettromiografia	93.08.1	10	90



Numero	318
Data	16 MAG. 2014
Pag.	6

4. Il ruolo dei produttori esterni

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	
50	Interventi chirurgici tumore Prostate	60.5	Categoria 174
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	185
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 153 - 154
53	By pass aortocoronarico	36.10	Categoria 182
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endarterectomia 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	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Cherioterapia (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 DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Con la Determina 424/07 è stata adottata la regolamentazione in materia di agende d prenotazione del 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.

E 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 UOOC (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:



Numero	280
Data	- 7 MAG. 2014

A) SCHEDA RAO VISITE/CONTROLLI

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE – ATTUALE CONFIGURAZIONE
(1^ Visita Specialistica e Controlli Successivi)

Allegato A) pag.1

STRUTTURA:

U.O. / BRANCA SPECIALISTICA:

AGENDA: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

DESCRIZIONE:

RESPONSABILE:

UNITA' EROGANTE:

[illegible]

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESP. LE SANITARIO U.O.



A) SCHEDA RAO VISITE/CONTROLLI

Allegato A) pag.2

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE - NUOVA CONFIGURAZIONE PROPOSTA

(1^ Visita Specialistica e Controlli Successivi)

*da compilarsi a cura del Responsabile dell'U.O. o Suo Delegato

STRUTTURA: _____ U.O. / BRANCA SPECIALISTICA: _____

RESPONSABILE: _____ UNITA' EROGANTE: _____

prestazioni		Lunedì			Martedì			Mercoledì			Giovedì			Venerdì			Sabato				
		dalle	alle	n. prest.	T.M.	dalle	alle	n. prest.	T.M.	dalle	alle	n. prest.	T.M.	dalle	alle	n. prest.	T.M.	dalle	alle	n. prest.	T.M.
1° accesso	B	m																			
		p																			
	D	m																			
		p																			
	P	m																			
		p																			
accesso successivo	m																				
	p																				

Legenda: B = Breve - D = differita - P = programmata / m = mattina - p = pomeriggio

Legenda: B = Breve - D = differita - P = programmata / m = mattino p = pomeriggio

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESPONSABILE SANITARIO U.O.

B) SCHEDA RAO PRESTAZIONI DIAGNOSTICA

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE - ATTUALE CONFIGURAZIONE

(Prestazioni di Diagnostica Strumentale)

Allegato B) pag.1

STRUTTURA:

U.O. / BRANCA SPECIALISTICA:

AGENDA: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

RESPONSABILE:

UNITA' EROGANTE:

[illegible]

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO U.O.

B) SCHEDA RAO PRESTAZIONI DIAGNOSTICA

Allegato B) pag.2

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE – NUOVA CONFIGURAZIONE PROPOSTA

(Prestazioni di Diagnostica Strumentale)

** da compilarsi a cura del Responsabile dell'U.O. o Suo Delegato*

STRUTTURA: _____

U.O. / BRANCA SPECIALISTICA: _____

Prestazione: 1 ☐ Ecografia Mammaria 2 ☐ Mammografia 3 ☐ RMN Colonna 4 ☐ RMN Cervello e tronco encefalico 5 ☐ RMN muscolo scheletrica

RESPONSABILE: _____

UNITA' EROGANTE: _____

prestazioni	Lunedì			Martedì			Mercoledì			Giovedì			Venerdì			Sabato		
	dalle	alle	T.M. n. prest.	dalle	alle	T.M. n. prest.	dalle	alle	T.M. n. prest.	dalle	alle	T.M. n. prest.	dalle	alle	T.M. n. prest.	dalle	alle	T.M. n. prest.
B	m																	
	p																	
D	m																	
	p																	
P	m																	
	p																	

Legenda: B = Breve -- D = differita - P = programmata / m = mattino p = pomeriggio

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO U.O.

C) SCHEDA RAO URGENZE

Allegato C)

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE PER VISITE SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE URGENTI

STRUTTURA:

U.O. / BRANCA SPECIALISTICA:

RESPONSABILE:

UNITA' EROGANTE:

PARTE 1^: ATTUALE CONFIGURAZIONE

[illegible]

PARTE 2^: PROPOSTA (da compilarsi a cura del Responsabile U.O. o Suo Delegato)

[illegible]

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESP. LE SANITARIO U.O.

10. ID) SCHEDA RAO FOLLOW UP

SCHEDA DEFINIZIONE AGENDE – FOLLOW UP

(Accessi successivi da presa in carico di pazienti cronici)

**da compilarsi a cura del Responsabile dell'U.O. o Suo Delegato*

STRUTTURA:

DESCRIZIONE:

RESPONSABILE:

BRANCA – SPECIALITA': ☐ Oncologia ☐ Diabetologia ☐ Nefrologia ☐ Cardiologia

UNITA' EROGANTE:

[illegible]

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO DI STRUTTURA

IL DIRIGENTE RESP.LE SANITARIO U.O.

ALLEGATO 8

TC CRANIO-ENCEFALO		
	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	<< PAROLE CHIAVE>> INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
URGENTE	INVIARE IN PS	Sospetto evento cerebro-vascolare acuto(24-48 ore), sospetto espanso endocranico, cefalea acuta(la più violenta della mia vita)
TIPO 1	3 gg	1) TIA (compresa l'amnesia globale transitoria) verificatosi da oltre 48 ore 2) Deterioramento acuto-subacuto in paz. con neoplasia nota (m.d.c.) 3) Esiti di trauma con deterioramento neurologico. 4) Vertigine persistente. 5) Episodio anamnestico di cefalea atipica negli ultimi tre mesi. 6) Cefalea atipica di recente di recente insorgenza
TIPO 2	30 gg	1) Cefalea persistente con EO negativo 2) Demenza o deterioramento cognitivo. 3) follow up di patologia vascolare o espansiva
TIPO 3	ATTESA PROGRAMMATA	- Sospetta atrofia cerebrale - Altre condizioni cliniche

DA CONCORDARE
SU
PRESCRIZIONE
SPECIALISTICA

RM ENCEFALO CRANIO		
	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	<< PAROLE CHIAVE>> INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
URGENTE	INVIARE IN PS	PAROLE CHIAVE NON INDICATE. VALUTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO SU RICHIESTA DEL MEDICO CURANTE IN EVIDENZA CLINICA DI PATOLOGIA
TIPO 1	10 gg	7) Amnesia globale transitoria, TC negativa 8) Episodio anamnastico di cefalea atipica (≤ 3 mesi), da sospetta ESA o trombosi venosa TC negativa. 9) Reperto dubbio in TC
TIPO 2	60 gg	1) Controllo lesioni note alla RM di n.d.d. per evolutività 2) Cefalee croniche o episodio anamnastico di cefalea atipica (≥ 3 mesi , previa consulenza neurologica) 3) Sospetta patologia espansiva ipofisaria TC neg. 4) Follow up di processi occupanti spazio ed esiti di int. Neurochirurgico 5) Follow up di SM, calo visus senza alterazioni oculari
TIPO 3	ATTESA PROGRAMMATA	- Vertigini TC neg - Follow up esiti traumatici a fini medico-legali - Sospetto neurinoma dell'VIII nervo cranico TC neg - Altre condizioni cliniche DA CONCORDARE SU PRESCRIZIONE SPECIALISTICA

				RM ADDOME
				<< PAROLE CHIAVE>> INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE			
URGENTE	INVIARE IN PS			Parole chiave non previste
TIPO 1	15 gg			1) Stadiazione di lesione espansiva, successiva ad ecografia o TC (pancreas, retto, ginecologia) 2) Identificazione di metastasi o tipizzazione di lesione focale epatica di sospetta natura mm, successiva a TC non risolutiva. 3) ColangioRM per patologia litiasica coledocica sintomatica non confermata con ecografia o TC
TIPO 2	40 gg			1) Livello di priorità non previsto
TIPO 3	ATTESA PROGRAMMATA		follow up oncologici e non	} DA CONCORDARE SU PRESCRIZIONE SPECIALISTICA



REGIONE MARCHE

Numero 1454/AV3

Data 19/12/2014

DETERMINA N. 1454/AV3 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 07/01/2014 e determine ASUR/DG n.280/2014 e n.312/2014.

PUBBLICAZIONE:

dal 19/12/2014 al 02/01/2015

ESECUTIVITA':

- La Determina è stata dichiarata immediatamente esecutiva il 19/12/2014
- La Determina è esecutiva il _____ (dopo il 10° giorno della pubblicazione)

Determina pubblicata sulla Extranet SI ☒ NO ☐

Certificato di pubblicazione

Si attesta che del presente atto è stata disposta la pubblicazione all'Albo Pretorio in data odierna, per quindici giorni consecutivi.

IL FUNZIONARIO INCARICATO

19/12/2014

Stefania Scarponi

Collegio Sindacale: inviata con nota del 19 DIC 2014
Atto soggetto al controllo della Regione: SI ☐ NO ☒

Inviato con nota n. _____ del _____