

## **PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

Il presente documento, in ottemperanza a quanto previsto dall'atto di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012, affronta ed esplicita i punti in esso contenuti e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste dall'accordo citato.

### **Articolazione del piano:**

#### **1. Allineamento tra domanda e offerta di prestazioni: aree di intervento regionali**

#### **2. Azioni per il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e diagnostiche di primo contatto da assicurare entro tempi di attesa massimi**

- a. Prestazioni da assicurare entro tempi di attesa massimi ed in ogni caso compatibili con le reali esigenze dei cittadini
- b. Prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici
- c. Piano di produzione di AV
- d. Piani attuativi aziendali
- e. Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
- f. Trasparenza delle liste di attesa
- g. Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo e doveri del cittadino
- h. Informazioni ai cittadini

#### **3. Azioni per il rispetto dei tempi di attesa per i ricoveri**

#### **4. Sorveglianza sull'attività erogata in regime di libera professione**

#### **5. Flussi informativi**

#### **6. CUP**

#### **7. ICT**

### **Appendice**

Glossario



## **1.ALLINEAMENTO TRA DOMANDA E OFFERTA DI PRESTAZIONI: AREE DI INTERVENTO REGIONALI.**

Le prestazioni di primo contatto rappresentano una parte consistente dei volumi globali erogati ma le criticità ad esse connesse devono essere affrontate in un'ottica complessiva di sistema, sia per quanto riguarda il governo della domanda che dell'ottimizzazione dell'offerta. Si ritiene pertanto necessario definire le seguenti aree di intervento regionali che verranno sviluppate a livello delle Aree Vaste e delle singole Aziende sanitarie:

1. La problematica dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali va letta all'interno dell'intero sistema della domanda e dell'offerta superando la logica della compartimentazione tra diversi setting di erogazione.
2. I tre setting Pronto Soccorso, attività in regime di ricovero, attività ambulatoriali, devono essere considerati come 'segmenti' di un unico sistema che deve condividere le stesse logiche e criteri coerenti di appropriatezza per l'accesso alle prestazioni inoltre, questo sistema deve essere in grado di adeguare, in maniera flessibile, la capacità di risposta nei diversi segmenti in relazione all'andamento della domanda, in modo da assicurare un assorbimento equilibrato delle risorse da parte dei tre comparti.
3. Analogamente l'offerta delle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto (prime visite e prime prestazioni diagnostiche), pur richiedendo strategie specifiche per assicurare la necessaria tempestività, deve essere governata all'interno del processo complessivo e quindi letta in maniera integrata con le risposte che devono essere assicurate per il controllo ed il follow up. Questo presuppone il potenziamento, da parte delle aziende sanitarie, della capacità di registrare e decodificare la domanda in ingresso per ciascuna delle diverse tipologie di flusso e, conseguentemente, di assicurare un'offerta adeguata a rispondere a ciascuna di queste in modo da mantenere il sistema in sostanziale 'equilibrio'
4. La costruzione dell'offerta di prestazioni ambulatoriali da parte dell'Azienda USL sul cui territorio insiste un'Azienda ospedaliera deve prevedere il pieno coinvolgimento dell'Azienda ospedaliera che è chiamata a contribuire anche all'offerta di prestazioni di primo contatto. Il volume di prestazioni rese dalle Aziende Ospedaliere per il canale "primo contatto" è definito di concerto con l'Azienda Unità Sanitaria Locale, sul cui territorio insiste, in un piano unico dell'offerta.
5. Le Aziende USL strutturano di norma l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali in modo tale da assicurare ai cittadini la prossimità erogativa. L'offerta di prestazioni ambulatoriali, sia rese direttamente che attraverso lo strumento degli accordi contrattuali con il privato accreditato e del piano unico dell'offerta con l'Azienda Ospedaliera (ove trattasi di Aziende USL sul cui territorio insiste un'Azienda Ospedaliera) avviene preferenzialmente all'interno di percorsi clinico assistenziali, in cui la prestazione di visita o di diagnostica strumentale è parte del processo di presa in carico del cittadino.

## **2.AZIONI PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DIAGNOSTICHE DI PRIMO CONTATTO**

### **2.a Aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche e di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali vengono fissati i tempi massimi di attesa**

Il PNGLA 2010-2012 individua un elenco di prestazioni che modifica ed integra quello individuato dal precedente Piano Nazionale eliminando le prestazioni che nella fase sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa non presentano problemi di attesa nella maggior parte delle Regioni ed aggiungendone altre che sono risultate critiche.

La Regione Toscana fissa tempi di attesa massimi regionali, mantenendo per alcune prestazioni tempi massimi di attesa più brevi rispetto a quelli definiti a livello nazionale ed introducendo alcune prestazioni di specifico interesse regionale.

Le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali di primo contatto, riportate nel successivo elenco, dovranno avvenire sulla base della attribuzione alle seguenti classi di priorità come definite dal PNGLA e così declinate a livello regionale:

U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile), da eseguire entro 15 o 30 giorni per le visite e 30 o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata) <i>(In questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e comunque inserite in un PDT)</i>

Il tempo massimo di attesa indicato per ciascuna prestazione oggetto di monitoraggio dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta per le prestazioni con classe di priorità U,B e D e nel 70% dei casi per la classe P, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale di ciascuna Azienda Sanitaria regionale.

## **CLASSI DI PRIORITA'**

In prima applicazione le classi di priorità si riferiscono specificamente alle prestazioni di primo contatto.

I criteri di priorità si basano in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

I criteri di priorità per le prestazioni di diagnostica per immagini saranno definiti a livello regionale mentre per quanto riguarda le visite specialistiche, in prima applicazione, ogni azienda declinerà propri criteri in relazione alla strutturazione della propria rete dell'offerta.

## **MODALITA' DI PRENOTAZIONE**

La modalità ordinaria di prenotazione è tramite il sistema CU,P esclusi i casi di urgenza per i quali devono essere formalizzate modalità di accesso coerenti al bisogno dell'utente.

I medici prescrittori, sia medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che specialisti, dipendenti e convenzionati, dovranno obbligatoriamente segnalare nella prescrizione su ricettario SSN:

- il quesito diagnostico che motiva la richiesta della prestazione,
- se si tratta di primo contatto (P) o contatto successivo (C), inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up. Nel caso non sia indicata nessuna delle due eventualità la prestazione sarà considerata di controllo,
- le classi di priorità, come definite in precedenza.

Ai fini della verifica dei tempi di attesa sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening, erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, per le quali la Regione ha previsto diverse modalità di offerta.

**ELENCO VISITE SPECIALISTICHE**

<b>N</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Codice Disciplina</b>	<b>Tempo max ove "differibili" (gg)</b>	<b>Livello AV/ A</b>
1	Visita cardiologia	89.7	8	15	A
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14	30	AV
3	Visita endocrinologica	89.7	19	30	AV
4	Visita neurologica	89.13	32	15	A
5	Visita oculistica	95.02	34	15	A
6	Visita ortopedica	89.7	36	15	A
7	Visita ginecologica	89.26	37	15	A
8	Visita otorinolaring.	89.7	38	15	A
9	Visita urologica	89.7	43	15	A
10	Visita dermatologica	89.7	52	15	A
11	Visita fisiatrice	89.7	56	30	A
12	Visita gastroenterologica	89.7	58	30	AV
13	Visita oncologica	89.7	64	15	A
14	Visita pneumologia	89.7	68	30	A
15	Visita chirurgia generale	89.7	9	15	A
16	Visita reumatologica	89.7	71	30	AV
17	Visita allergologica	89.7	1	30	AV

***Tutte le visite incluse in questo elenco possono essere prescritte con classe di priorità di accesso entro 10 giorni per le prestazioni il cui tempo massimo è 30 gg ed entro 7 giorni per le prestazioni il cui tempo massimo è 15 giorni, siglando la casella B sul modulo di richiesta, quando, a giudizio del medico ricorrano le condizioni per le quali una tempestiva effettuazione della prestazione condiziona, in un arco di tempo ristretto, la prognosi a breve o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.***

**ELENCO PRESTAZIONI STRUMENTALI**

<b>N</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Tempo max ove "differibili" (gg)</b>	<b>Livello AV/ A</b>
<b>Diagnostica per immagini</b>				
<b>15</b>	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2	60	A
<b>16</b>	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1	60	A
<b>17</b>	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1	60	A
<b>18</b>	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3	60	A
<b>19</b>	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5	60	A
<b>20</b>	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1	60	A
<b>21</b>	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1	60	A
<b>22</b>	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	60	A
<b>23</b>	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2	60	A
<b>24</b>	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5	60	A
<b>25</b>	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2	60	A
<b>26</b>	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1	60	A
<b>27</b>	Ecografia Capo e collo	88.71.4	30	A
<b>28</b>	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	60	A
<b>29</b>	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	60	A
<b>30</b>	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	60	A

31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	30	A
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2	30	A
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2	30	A
Altri esami Specialistici				
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42	30	A
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	30	A
36	Esofago- gastroduodenoscopia	45.13 – 45.16	30	A
37	Elettrocardiogramma	89.52	30	A
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	60	A
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43	60	A
40	Audiometria	95.41.1	60	A
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2	60	A
42	Fondo Oculare	95.09.1	60	A
43	Elettromiografia	93.08.1	60	A

***Tutte le prestazioni in questo elenco possono essere prescritte con classe di priorità di accesso entro 10 giorni, siglando la casella B sul modulo di richiesta, quando, a giudizio del medico ricorrano le condizioni per le quali una tempestiva effettuazione della prestazione condiziona, in un arco di tempo ristretto, la prognosi a breve o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.***

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda sanitaria garantisce, direttamente, o attraverso l'Azienda Ospedaliera che insiste nel proprio territorio o la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione.

Per quanto attiene i CUP di Area Vasta e i CUP interAziendali il tempo di attesa si intende garantito nel caso in cui i sistemi CUP registrino il rifiuto da parte del cittadino del primo posto libero offerto con tempo di attesa conforme ai limiti fissati.

## 2.b Prestazioni inserite in percorsi diagnostici terapeutici complessi

Al fine di garantire interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura occorre potenziare la presa in carico del paziente attraverso percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Per percorso complesso si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia. Il Piano nazionale individua come aree prioritarie di intervento quella cardiovascolare e quella oncologica, i percorsi specifici assistenziali saranno in linea con quanto previsto dalle Linee guida nazionali e verranno monitorati alla luce delle linee guida prodotte dall'Agenas per i seguenti percorsi:

- neoplasia della mammella
- neoplasia del polmone
- neoplasia del colon retto
- cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico.

Ai pazienti, dopo la prima visita specialistica garantita secondo le priorità indicate dal Piano che conferma il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (PDT), entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi, ossia 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti

Nell'arco temporale di applicazione del presente piano è inoltre prevista la sperimentazione a livello regionale del PDT per ischemia critica degli arti inferiori trattata con interventi di rivascolarizzazione (by-pass e/o angioplastica percutanea)

La gestione delle liste di attesa può trovare soluzioni adeguate individuando modalità di stretta collaborazione tra i diversi professionisti, ed in particolare tra le cure primarie e il livello specialistico, attraverso l'attuazione e la gestione programmata di protocolli diagnostici integrati. La Regione Toscana con il programma 'Medicina di iniziativa' ha definito protocolli specifici nell'ambito delle cure primarie per le principali patologie croniche, si ritiene ora opportuno procedere alla ulteriore definizione del percorso del paziente nel momento in cui emerge la necessità di coinvolgere il livello specialistico. Verranno definite con atto successivo le modalità con cui procedere al monitoraggio di due ulteriori percorsi diagnostico terapeutici rispettivamente per lo scompenso cardiaco ed il diabete complicato.

**Nella logica della estensione del concetto di "presa in carico" per uno specifico problema clinico, il modello Day Service, sia esso Ospedaliero che Territoriale, consente l'organizzazione logica ed efficiente del percorso diagnostico. Nel territorio regionale sono già presenti esperienze di Day service che hanno fornito risultati positivi, verrà emanato in tempi rapidi un atto di indirizzo che definirà le caratteristiche specifiche di questo setting assistenziale in ambito regionale.**

## **2.c Piano di produzione di Area Vasta per le prestazioni ambulatoriali oggetto del PRGLA**

Il livello di pianificazione e di programmazione di Area Vasta rappresenta uno degli elementi portanti del sistema sanitario toscano, il sistema si è consolidato negli ultimi anni ed attualmente si ritiene possibile assegnare a questo livello una funzione specifica per il governo dei tempi di attesa.

Ciascun Area Vasta definisce annualmente un Piano di produzione di Area Vasta per il contenimento dei tempi di attesa che dovrà essere ratificato con uno specifico atto da ricondurre a “le intese ed accordi” previsti per la corretta attuazione degli strumenti di programmazione regionale, in ottemperanza a quanto disposto dalla Legge Regionale n. 40/2005 e, precisamente, dall'art.8 commi 3 e 4.

Ogni Area Vasta deve produrre annualmente, entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di applicazione, un accordo avente come oggetto il Piano di produzione di tutte le prestazioni ambulatoriali sia di primo contatto che di controllo per le tipologie di prestazioni contemplate dal Piano regionale per il Governo delle liste di attesa. L'accordo dovrà essere recepito dalle singole aziende contestualmente all'approvazione del Piano Attuativo Aziendale.

Di seguito gli elementi sostanziali che devono essere declinati nel Piano di Produzione di Area Vasta:

1. l'identificazione delle sedi di erogazioni delle prestazioni “a più elevato livello specialistico” e delle prestazioni “di base”;
2. i volumi delle prestazioni ambulatoriali, distinti per tipologia di prestazione e per primo contatto e successivo, previste dal piano di produzione annuale di ogni singola Azienda sanitaria, così identificate:
  - a. tipologie e volumi previsti di prestazioni ambulatoriali erogate direttamente,
  - b. tipologie e volumi previsti di prestazioni ambulatoriali erogate tramite l'Azienda Ospedaliera, da formalizzare con specifico accordo,
  - c. tipologie e volumi di previsti di prestazioni ambulatoriali erogate tramite le strutture private accreditate, da formalizzare con specifico accordo,
  - d. tipologie e volumi previsti di prestazioni erogate a livello di Area Vasta, identificando le sedi;
3. le modalità di raccordo condivise per monitorare i tempi d'attesa nelle diverse sedi di erogazione dell'Area Vasta;
4. le modalità con cui viene assicurato il governo delle liste di attesa ed in particolare: l'analisi periodica dell'andamento dei tempi d'attesa attraverso la reportistica regionale, l'attivazione delle diverse Aziende per rimodulare l'offerta in relazione all'andamento della domanda e dei tempi di attesa;
5. la visibilità tra le Aziende dell'Area Vasta, nelle more della rivisitazione del sistema CUP regionale, delle agende di prenotazione per alcune prestazioni prioritarizzate: RMN, TAC, Ecocolordoppler, ecografia ricomprese nell'elenco delle prestazioni per le quali sono previsti tempi massimi di attesa;
6. le sedi che garantiranno il rispetto dei tempi massimi delle prestazioni ambulatoriali stabiliti a livello di Area Vasta.

## 2.d Piano attuativo e piano di produzione aziendale

### PIANO ATTUATIVO AZIENDALE

Entro 60 giorni dall'emanazione del Piano regionale le singole Aziende sanitarie devono procedere all'approvazione formale del piano attuativo Aziendale

Nel rispetto delle scadenze sopra indicate si dovrà procedere:

1. alla predisposizione del piano temporale per la definizione dei criteri di priorità per le visite specialistiche individuate dal Piano regionale;

2. alla elaborazione dei criteri di priorità per l'accesso alle visite specialistiche secondo il piano temporale e alla realizzazione di specifiche iniziative di consensus con i prescrittori. Gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono le seguenti:

- a. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
- b. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
- c. tendenza al peggioramento a breve;
- d. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- e. implicazioni sulla qualità della vita;
- f. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- g. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

3. al progressivo adeguamento del sistema di prenotazione informatizzato per le prestazioni prioritarizzate;

4. alla messa a punto di un sistema di reporting che evidenzia gli esiti della verifica dell'utilizzo appropriato dei criteri di accesso alle prestazioni e alla predisposizione del piano di feedback sull'utilizzo appropriato delle priorità di accesso nei confronti dei prescrittori;

6. alla regolamentazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa;

7. alla predisposizione del programma di formazione dei medici prescrittori rispetto alle nuove regole per la richiesta delle prestazioni;

8. alla individuazione delle azioni per garantire la piena applicazione della delibera GRT n.1038 del 2005 ed il monitoraggio dei livelli di applicazione;
9. alla definizione delle modalità con cui assicurare la diffusione e l'accesso dei cittadini alle informazioni sui tempi di attesa utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili compresi i siti Web;
10. alla individuazione delle azioni poste in essere per garantire qualità e completezza ai flussi informativi regionali per il monitoraggio dei tempi di attesa;
11. alla declinazione delle azioni programmate per aderire agli indirizzi regionali per la riorganizzazione del sistema CUP;
12. alla messa a punto delle azioni per aderire alle linee di indirizzo regionali per lo sviluppo di iniziative ICT;
13. alla regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione rispetto a:
  - la definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale;
  - i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica e le misure da intraprendere qualora non siano rispettati i volumi prestazionali concordati;
  - la modalità e i tetti prestazionali che l'Azienda individua come limite per attivare il ricorso alle tipologie di attività libero-professionale di cui ai commi 3 e 5 dell'art. 2 del DPCM 27 marzo 2000, nonché dall'art. 14, commi 5 e 6, del contratto collettivo nazionale di lavoro sottoscritto il 3 novembre 2005.

Il piano attuativo Aziendale dovrà inoltre contenere azioni specifiche per il miglioramento dell'appropriatezza tra cui:

- a. l'introduzione dell'obbligo di esplicitazione del quesito diagnostico per la richiesta di accertamenti di diagnostica per immagini e di visite specialistiche sia di tipo ambulatoriale che in regime di ricovero, anche mediante l'utilizzo della codifica ICD9-CM in accordo con le indicazioni regionali, e la regolamentazione dei comportamenti da assumere in caso di non indicazione dello stesso;
- b. la definizione di criteri guida condivisi per la richiesta delle indagini di diagnostica per immagini a maggior rischio di inappropriata sia per quanto riguarda le richieste ambulatoriali dei medici di medicina generale e degli specialisti che le richieste in regime di ricovero e da PS, in modo da assicurare comportamenti coerenti;
- c. un piano di formazione sulle linee guida per il corretto utilizzo della diagnostica per immagini ed in particolare di quella 'pesante';
- d. il miglioramento del trasferimento di informazioni tra setting territoriali ed ospedalieri rispetto agli accertamenti diagnostici eseguiti nell'ambito dello sviluppo dei sistemi ICT in particolare per quanto attiene al fascicolo sanitario;

- e. la promozione di iniziative di comunicazione per il coinvolgimento della popolazione sulle tematiche dell'utilizzo 'corretto' delle prestazioni diagnostiche, in collaborazione con le SDS;
- f. l'eventuale introduzione, anche in via sperimentale, di meccanismi contrattuali per il governo del 'consumo' di prestazioni di diagnostica per immagini e delle visite specialistiche da parte della medicina generale.f deve essere riformulato e ricomprendere tutti i professionisti o comparti ove si rilevi assorbimento anomalo di risorse.

I programmi attuativi Aziendali verranno valutati dal Tavolo regionale per il Governo dei tempi di attesa che ne esaminerà la coerenza con le indicazioni del presente piano e assicurerà il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate.

## **PIANO DI PRODUZIONE AZIENDALE**

Annualmente ogni azienda sanitaria deve procedere a;

1. la determinazione dei fabbisogni di prestazioni ambulatoriali in considerazione delle liste di attesa rilevate nel proprio territorio;
2. l'approvazione formale del piano di produzione per le prestazioni ambulatoriali oggetto del PRGLA, redatto in conformità alle indicazioni soprariportate, da aggiornare annualmente,entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di applicazione, rispetto alla determinazione del fabbisogno di prestazioni in relazione alle liste di attesa rilevate nel proprio territorio e recependo il Piano di Produzione di Area Vasta.

## **2.e Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**

La problematica dell'appropriatezza viene affrontata con un atto specifico al quale si rimanda.

## **2.f La trasparenza delle liste di attesa**

La vigilanza sistematica delle situazioni di sospensione della prenotazione e dell'erogazione delle stesse è uno strumento per assicurare la massima trasparenza nei confronti del cittadini.

In attuazione del comma 282 art. 1 legge finanziaria 2006 che fa divieto di sospendere le attività di prenotazione, viene ribadito quanto già previsto dalla citata DGR 245/2000, ove specificamente al punto 4) veniva esplicitato "l'impegno da parte delle Aziende per l'eliminazione di sistemi di accesso tramite liste chiuse e per l'emersione di tale fenomeno attraverso il monitoraggio delle situazioni critiche".

Con il presente atto si fa obbligo ai Coordinatori di Area Vasta di presentare, semestralmente una relazione nella quale riportare i risultati di una verifica sistematica in merito alla eventuale presenza di agende non correttamente gestite.

Verranno attivate ulteriori modalità di controllo per il monitoraggio delle sospensioni indebite della prenotazione di prestazioni ('chiusura' delle agende) i cui risultati verranno utilizzati anche per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi di attività assegnati alle aziende per il contenimento dei tempi di attesa.

Nei casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è "inevitabile" perché legata a motivi tecnici dovranno essere adottate le indicazioni fornite prodotte dall'AGENAS come linee di indirizzo per le Aziende Sanitarie della Regione Toscana.

## **2.g Diritti in caso di superamento dei limiti di tempo e doveri del cittadino**

Vengono riconfermate le indicazioni che la Regione Toscana ha precedentemente adottato per assicurare il diritto dell'utente ad effettuare entro i tempi massimi stabiliti dalla classe di priorità alcune prestazioni ambulatoriali di primo contatto.

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non renda disponibile la prestazione in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti, verificata l'appropriatezza dell'indicazione della priorità di accesso, viene riconosciuto all'utente un risarcimento economico di 25 euro.

Il diritto dell'utente ad ottenere le prestazioni specialistica o diagnostico strumentale entro i tempi previsti è esigibile nella sola Azienda unità sanitaria locale di residenza.

Il rifiuto della prenotazione proposta, entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere risarcitorio.

L'utente che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto, non si presenti all'appuntamento non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione; analogamente l'utente che, dopo avere usufruito di una qualsiasi prestazione specialistica o diagnostico-strumentale, non provveda a ritirare il referto diagnostico, è comunque tenuto - ove non l'abbia già precedentemente corrisposto - al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione.

## 2.h Informazione ai cittadini

La Regione intende potenziare l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa sia nei confronti del cittadino/utente che dei soggetti coinvolti nell'attività di gestione delle liste stesse.

L'informazione e la comunicazione verso il cittadino deve essere realizzata attraverso specifiche campagne informative, gli URP Aziendali, la carta dei servizi e i siti web Aziendali. Questi ultimi in particolare devono essere il principale strumento informativo e, per tale motivo, dovranno essere aggiornati tempestivamente.

Le informazioni devono contenere i tempi massimi delle prestazioni indicate dal Piano Regionale e le strutture sanitarie in cui tali tempi devono essere garantiti. Si dovrà prevedere inoltre la pubblicazione di report di monitoraggio contenenti le informazioni utili all'utente.

I Programmi attuativi Aziendali dovranno prevedere strumenti di comunicazione che permettano l'instaurazione di un rapporto continuo con i cittadini e le loro rappresentanze, finalizzato non solo a fornire un'informazione corretta sulle scelte adottate dall'Azienda, ma soprattutto ad instaurare un rapporto che nel tempo renda possibile un confronto sistematico sull'andamento dei fenomeni connessi alle liste di attesa.

I piani di comunicazione dovranno essere oggetto di consultazione delle associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti.

### 3. AZIONI PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA IN REGIME DI RICOVERO

Il Piano conferma quanto stabilito dalla normativa regionale vigente ed in particolare per quanto riguarda i ricoveri di chirurgia programmata la deliberazione n.638/2009 “Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero-professionale” che individua il tempo massimo di attesa di 90 giorni per tutti gli interventi chirurgici programmati . Per l’attuazione della direttiva sono stati condivisi a livello regionale i “criteri clinici” delle classi di priorità e i relativi tempi di attesa.

Dovranno essere successivamente condivise procedure di controllo dell’appropriatezza dell’uso delle classi di priorità e la revisione periodica delle stesse, con il coinvolgimento dei professionisti e attraverso l’audit clinico.

Già con la DGR n. 649/ giugno 2003 del la Regione Toscana ha attivato la fase iniziale di un processo complessivo di revisione dei modelli di accesso alla prestazione di ricovero. Con quel provvedimento sono stati forniti le linee di intervento alle strutture di ricovero, con l’attuale piano si individua la necessità di un aggiornamento nel rispetto delle “Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri programmabili” del Mattone “Tempi di Attesa” e nello specifico di procedere a:

- a) completamento dei processi per la individuazione del catalogo delle prestazioni di ricovero.
- b) omogeneizzazione sul territorio regionale delle agende previste dalle disposizioni nazionali;
- c) rilevazione della classe di priorità attribuita al singolo utente come informazione specifica nel tracciato dei dati della scheda nosologica regolamentata nel manuale dei flussi DOC.

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate si applica quanto previsto dall’Accordo dell’11 luglio 2002 e PNCTA 2006-2008.

#### PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	

#### **4.SORVEGLIANZA SULL'ATTIVITA' EROGATA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE**

Relativamente all'attività erogata in regime libero professionale occorre ripercorrere quanto disposto dalla normativa nazionale e regionale in materia di organizzazione e monitoraggio.

Nel ricordare, quindi, che l'esercizio dell'attività libero professionale non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, che è subordinato al pieno ed efficace svolgimento dei compiti istituzionali e, quindi, che deve essere sempre assicurato un corretto ed equilibrato rapporto in termini di volume di attività, orario e rispetto dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie dovranno prevedere nei propri Programmi attuativi dei meccanismi di verifica strutturati e continuativi articolati in programmi di verifica e controllo delle prestazioni erogate in regime libero professionale, previo confronto con il livello regionale.

Nei richiamati programmi di verifica e controllo si dovrà prevedere che:

- il volume di prestazioni, prese singolarmente o nel loro insieme, erogate in libera professione da una struttura non possa mai essere superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;
- i volumi massimi dell'attività in libera professione siano definiti dall'Azienda, nell'ambito della negoziazione annuale di budget, solo successivamente alla contrattazione dei volumi complessivi della attività istituzionale finalizzata al rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dalla Regione;
- in sede di verifica di Budget, sulla base dell'andamento dei volumi e delle condizioni negoziate e del conseguimento degli obiettivi di riduzione dei tempi di attesa, l'Azienda possa ricontrattare per ciascun dirigente, o per la struttura nel suo complesso, l'offerta delle prestazioni erogabili in libero professione al fine di riequilibrarne i volumi con quelli istituzionali;
- sia impegno Aziendale, ove non attivati, la definizione dei percorsi differenziati per le prenotazioni in libera professione (che devono, comunque, avvenire tramite il CUP Aziendale), oppure, ove già in essere, sia previsto il loro completamento ed ottimizzazione;

Per quanto attiene, invece, le prestazioni erogate in regime libero professionale in favore dell'Azienda, così come normato dall'art. 55, comma 2, del CCNL della Dirigenza 08/06/2000, si precisa che, sebbene possano essere un ulteriore strumento di governo delle liste di attesa, esse possono essere richieste "in via eccezionale e temporanea" ai Dirigenti dell'Azienda. Pertanto l'eccezionalità e temporaneità della richiesta dovrà essere evidenziata negli atti Aziendali che saranno, comunque, trasmessi alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale- Settore Servizi alla Persona in Ospedale, ai fini del controllo e monitoraggio.

## 5. FLUSSI INFORMATIVI

A livello regionale è attivo un sistema di monitoraggio sistematico dei tempi di attesa mediante uno specifico flusso mensile trasmesso dalle Aziende sanitarie alla Regione Toscana.

A livello nazionale sono effettuati monitoraggi ex ante ed ex post del fenomeno liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali, il monitoraggio delle attività di ricovero, il monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ed il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali è effettuato attraverso 2 modalità:

- **modalità ex post**, rilevato attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale che con D.G.R. 1128/2010 ha completato il processo di implementazione delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio.
- **modalità ex ante** è basata sul flusso informativo “*Monitoraggio dei Tempi di Attesa (TAT)*” e sulle rilevazioni ad hoc effettuate in un periodo indice stabilito a livello Nazionale e secondo metodi di monitoraggio definiti da AgeNaS.

Sulle prestazioni ambulatoriali sono inoltre attivi 2 ulteriori monitoraggi:

- monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni con cadenza semestrale e condotto secondo metodi e contenuti definiti dal Ministero della Salute.
- monitoraggio dell'**attività libero professionale intramuraria** basato su rilevazioni ad hoc effettuate in un periodo indice stabilito a livello Nazionale e secondo metodi di monitoraggio definiti da AgeNaS

Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa utilizza il flusso SDO prevede tutte le informazioni necessarie al monitoraggio già dal 2009 (D.G.R. 1069/2008).

## 6.CUP

L'Intesa Stato- Regioni del 29 aprile 2010 concernente il "Sistema CUP – Linee guida nazionali" ha definito le linee guida di riferimento nazionali per la realizzazione e/o evoluzione di sistemi CUP che permettano di realizzare un sistema di prenotazione a valenza regionale.

Le indicazioni contenute nelle linee guida sono orientate a rendere possibile la prenotazione "allargata e incrociata" di prestazioni attraverso soluzioni che mirino "in un contesto di CUP interaziendale a valenza regionale, a rendere disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti di accesso del Sistema CUP, indifferentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda Sanitaria...."

La Regione Toscana ha avviato da oltre un decennio un percorso rivolto alla promozione e allo sviluppo di sistemi informatici di prenotazione, percorso che è evoluto nel corso degli anni e che attualmente prevede " il superamento dei sistemi CUP attivi presso le diverse Aziende Sanitarie in modo da realizzare un'architettura di tipo distribuito con un centro organizzativo in ogni AV, così che ogni Azienda Sanitaria continui a gestire in piena autonomia i dati di disponibilità delle proprie strutture e, nel contempo, sia in grado di interagire con le altre ASL per acquisire ulteriori servizi."

Si afferma quindi la necessità di realizzare sistemi CUP in una prospettiva regionale e si struttura inoltre un sistema di monitoraggio sistematico sia dell'utilizzo dello strumento CUP mediante uno specifico flusso mensile trasmesso dalle Aziende sanitarie al Settore competente della Regione Toscana.

## **7.ICT: Iniziative per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina**

Obiettivo generale per il Sistema Informativo Sanitario della Toscana è il passaggio da una rete informativa prevalentemente 'interna' alla struttura organizzativa e professionale del Servizio Sanitario della Toscana e dei soggetti ad esso correlati ad un sistema di conoscenza e servizi condivisi, aggiornati, qualificati ed efficaci operativo tra tutti i soggetti coinvolti nel sistema per la salute della Toscana.

La necessità di una copertura globale del territorio e di una distribuzione efficiente della qualità dei servizi anche nelle aree disagiate rendono la telemedicina uno degli strumenti potenzialmente di maggior rilievo per aumentare l'efficienza del sistema, riducendo le latenze assistenziali, razionalizzando la dislocazione dei servizi, ripartendo le risorse tra centri specialistici e tra questi e il territorio. La scelta programmatica di sviluppare i servizi alla persona nel contesto di riferimento sociale e familiare impongono che alla capacità organizzativa ed operativa dei presidi del SSR sia affiancata la possibilità di erogare prestazioni a distanza, mantenendo fissa la qualità del servizio e i costi di esercizio delle strutture.

Si conferma e si rafforza quindi la necessità di utilizzo dell'infrastruttura di comunicazione digitale costituita per la Regione Toscana dalla Rete Telematica regionale disciplinata dalla Legge Regionale nr.1/2004 e dalle reti di accesso aziendali nonché dal TIX (Tuscany Internet eXchange) ovvero il centro servizi per la Regione Toscana ed il territorio e i cui servizi sono realizzati utilizzando l'architettura di Cooperazione Applicativa – CART, implementazione toscana del Sistema Pubblico di Connettività regionale – SPCcoop.

In previsione della riemissione massiva della Tessera Sanitaria e in considerazione dell'avvio del progetto regionale inerente la Carta Sanitaria Elettronica (CSE) e l'istituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), uno dei principali progetti del PSR 2008-2010, è stata distribuita a tutti i cittadini toscani nel corso dell'anno 2010 la TS-CNS ed è stato istituito il Fascicolo Sanitario Elettronico con Legge Regionale n.65/2009.

Oltre alla CSE, impegni specifici del Sistema Informativo Sanitario della Toscana riguardano lo sviluppo dell'anagrafe sanitaria regionale, lo sviluppo della medicina convenzionata e l'integrazione della modalità di comunicazione delle informazioni in ambito socio-sanitario dalla modalità a flussi alla modalità ad eventi.

Si riconferma, infine, l'impegno specifico per il perfezionamento del progetto regionale I.D.I.T. (Informatizzazione della Diagnostica di Immagine).

## APPENDICE

*Si precisa che, per quanto non in contrasto, rimangono in vigore gli atti già adottati dalla Regione toscana e, specificatamente:*

- DGRT n. 143/2006
- DGRT. n. 867/2006
- DGRT. n. 81/2007
- DGRT. n. 638/2009
- DGRT. n. 578/2009

## GLOSSARIO

### PRESTAZIONE DI PRIMO CONTATTO

Si intende per prestazione di primo contatto quella prestazione che:

- a) innesca la presa in carico dell'assistito rispetto ad un determinato bisogno assistenziale
- b) di norma viene richiesta da un prescrittore esterno (tipicamente medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, ecc.)
- d) può concludersi con la soddisfazione del quesito diagnostico mediante la refertazione, ma può attivare anche ulteriori prestazioni che si rendono necessarie per soddisfare il bisogno dell'assistito

Nell'ambito del monitoraggio dell'accuratezza delle richieste saranno considerate primo contatto tutte le visite prescritte come tali e non precedute, nel corso dei sei mesi precedenti, da un'altra visita effettuata in ambito aziendale nella stessa specialità indipendentemente dalla struttura erogatrice. Nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad una riacutizzazione del quadro clinico.

### PRESTAZIONE DI CONTATTO SUCCESSIVO O DI CONTROLLO

Si intende per prestazione di secondo accesso quella prestazione che

- a) viene richiesta dal sanitario che ha preso in carico il paziente con la prestazione di primo contatto
- b) deve essere prenotata direttamente dal sanitario che ha preso in carico il paziente con la prestazione di primo contatto
- c) è necessaria per poter rispondere al quesito diagnostico originario
- d) rientra in un ciclo di prestazioni espressamente connesse tra loro
- e) costituisce un controllo a tempo determinato o a tempo indeterminato definito dallo specialista

## **CLASSE DI PRIORITA'AMBULATORIALE**

**CLASSE U** =Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza)

**CLASSE B** =Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. (situazione di attenzione)

**CLASSE C** =Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. (situazione di routine)

**CLASSE P** =Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. (situazione dilazionabile)