

REPUBBLICA ITALIANA



**Regione Emilia-Romagna**

**BOLLETTINO UFFICIALE**

---

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA REGIONE - VIALE ALDO MORO 52 - BOLOGNA

---

**Parte seconda - N. 150**

---

**Anno 46**

**6 agosto 2015**

**N. 203**

---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2015, N. 1056

**Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie**

## REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2015, N. 1056

**Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie**

## LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Visti:

- il D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in particolare l'art. 15 quinquies, che fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;

- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;

- l'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;

- l'articolo 1, comma 283 della suddetta legge n. 266/2005, che ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale, che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dalla stessa legge;

## Considerato:

- che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

- che l'anzidetta Intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9;

Vista l'Intesa del 28 marzo 2006 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 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;

Vista la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni

in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

Vista l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;

Vista la Legge n. 135 del 7 agosto 2012 sulle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e in cui tra l'altro, si favorisce la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere;

Vista la Legge n. 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (art. 2 Decreto n. 158/12) e per il riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie anche attraverso la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere;

Visto l'articolo 41, comma 6, del D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private;

Vista l'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" e all'art. 21 "Attività intramoenia";

## Viste:

- la propria deliberazione n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" con la quale si è provveduto a:

- adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa;

- stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria e l'eventuale IRCCS di riferimento, predisponessero il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della conferenza territoriale sociale e sanitaria;

- la propria deliberazione n. 73/2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06" con la quale si è provveduto a definire le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", per disciplinare le procedure per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni;

- la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2 "Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;
  - la propria deliberazione n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" con la quale sono state date disposizioni alle Aziende USL di integrare il programma attuativo aziendale, disponendo, al fine di ottimizzare il raggiungimento dei risultati attesi, lo stanziamento di un finanziamento ad hoc, ed è stato dato il mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale con il compito di valutare le attività svolte dalle singole Aziende in tema di liste di attesa;
  - la propria deliberazione n. 748/2011 "Linee guida CUP" in recepimento delle Linee guida nazionali;
  - la propria deliberazione n. 925/2011 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" con la quale:
    - è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010;
    - sono state date disposizioni alle Aziende USL per l'elaborazione e l'avvio di un Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa sia per la parte di specialistica ambulatoriale che per la degenza;
    - sono stati approvati dal Tavolo tecnico regionale, e sostenuti economicamente, i Programmi attuativi aziendali di tutte le Aziende sanitarie;
  - la propria deliberazione n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal D.L. n. 158 del 13/9/2012 a seguito della quale è stata effettuata la ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio della libera professione intramoenia e del volume delle prestazioni erogate nell'ultimo biennio; e si è ribadita la necessità del monitoraggio dell'attività libero-professionale rispetto all'attività istituzionale in modo che il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
  - la propria deliberazione n. 704/2013 "Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TC e RM" con la quale sono state definite analiticamente le condizioni di erogabilità delle TC osteoarticolare;
  - la propria deliberazione n. 1621/2013, circolari applicative n. 158950 del 2/7/2013, 231682 del 10/6/2014 (e successive integrazioni) attraverso le quali si indirizzano le aziende sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di pubblicazione delle liste di attesa sia sul versante dell'attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale;
  - la propria deliberazione n. 1735/2014 "Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014" in cui al paragrafo "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche" si indicano le azioni prioritarie, che le Aziende sanitarie dovranno attuare con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contenere i tempi di attesa;
  - la circolare n. 21 del 10/11/2014 (nota prot. 0420632/2014) in cui, in applicazione della propria deliberazione n. 1735/2014, di cui sopra, le Aziende hanno elaborato i Programmi straordinari per il contenimento dei tempi di attesa;
  - la propria deliberazione n. 901/2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015" in cui tra gli obiettivi di mandato per le Aziende sanitarie assumono rilievo quelli inerenti la facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero di cui al paragrafo 1.1 dell'Allegato A (IV);
- Tenuto conto che:
- il programma di mandato della Giunta (X Legislatura) è caratterizzato da un forte impegno per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero e che a tal fine sono state fornite precise indicazioni alle direzioni generali e obiettivi specifici alle aziende sanitarie per la programmazione del 2015;
  - tutte le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, hanno adottato un programma straordinario per migliorare significativamente i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte dello specialista in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici;
  - tutte le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e IRCCS hanno quindi adottato le seguenti azioni:
    1. *incremento della capacità produttiva attraverso:*
      - i. l'estensione degli orari di attività nelle giornate feriali
      - ii. l'apertura di sabato e di domenica degli ambulatori in particolare per l'erogazione delle prestazioni più critiche
      - iii. la ridefinizione degli ambiti territoriali in cui devono essere assicurati i tempi di attesa
      - iv. l'attivazione dei Percorsi di garanzia
      - v. l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dei tempi di attesa;
    2. *sviluppo di protocolli interaziendali per fissare precisi criteri per la prescrizione della giusta prestazione e corretta priorità in relazione al quesito diagnostico;*
    3. *verifica appropriatezza prescrittiva* su tutte le prestazioni; in particolare diagnostica pesante (RM e TC);
    4. *presa in carico clinica da parte dello specialista* e prenotazioni in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici e attivazione di Day Service ambulatoriali in caso di pazienti complessi;
    5. *costituzione team multidisciplinare* per la gestione di tutte le criticità, controllare le attività e monitorare azioni e risultati.
- Considerato che la Regione ha inoltre responsabilizzato le Direzioni aziendali (ed in particolare quelle Sanitarie):
- inserendo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa nella delibera di programmazione annuale e nella delibera con gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali;
  - vincolando prioritariamente il riconoscimento di incentivazioni economiche al raggiungimento dei risultati in tema di governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

Rilevato che a seguito delle azioni messe in campo dall'inizio della X Legislatura, dall'analisi dei risultati delle rilevazioni prospettiche dei tempi di attesa si evidenzia un complessivo miglioramento tra aprile 2014 ad aprile 2015, dal momento che le prestazioni garantite entro i tempi standard sono infatti cresciute del 43%;

Ritenuto che le Aziende oltre che proseguire nell'adozione di tutti gli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari, sono tenute a monitorare la libera professione, un regime di erogazione che, pur rappresentando un'opportunità per il cittadino e per il professionista, deve essere legato esclusivamente ad una libera scelta e non essere alimentato dai lunghi tempi di attesa in regime istituzionale;

Rammentato inoltre che Aziende sono autorizzate a sospendere l'attività libero-professionale in quelle specialità che in regime istituzionale hanno tempi di attesa più lunghi rispetto alla libera professione;

Viste:

- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche, ed in particolare l'art. 37, comma 4;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 recante "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali fra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche;

- la propria deliberazione n. 193 del 27/2/2015 di nomina del Direttore Generale "Sanità e Politiche Sociali".

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

delibera:

per le motivazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente richiamate,

1. di disporre che ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, **realizzi gli interventi per il contenimento dei tempi di attesa** secondo le tempistiche e gli obiettivi descritti nell'**Allegato 1**, (parte integrante della presente deliberazione);

2. di istituire, dall'adozione del presente atto, con la collaborazione delle Aree Vaste, un **Osservatorio Regionale per i tempi di attesa** con la composizione e il mandato come definiti nell'**Allegato 2** (parte integrante della presente deliberazione), con lo scopo di monitorare nelle diverse Aziende sanitarie le azioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa, i volumi di attività erogati nei regimi istituzionali e in libera professione intramoenia;

3. di confermare la necessità di utilizzare a livello aziendale e regionale, tutti gli strumenti finalizzati al governo dei tempi di attesa indicati negli atti normativi sopra richiamati;

4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT.

**ALLEGATO 1****Obiettivi per l'anno 2015 e 2016****A Strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali***1 Identificazione del Responsabile Unitario dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.*

La delibera 1735/2014 indicava la necessità che le Aziende sanitarie attivassero un Team operativo multidisciplinare di controllo che assicurasse il presidio, il monitoraggio e la verifica dell'efficacia delle misure adottate in tema di accessibilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Risulta ora indispensabile identificare una figura di responsabilità interaziendale, in capo all'Azienda territoriale, garantendo altresì un forte coordinamento interaziendale laddove più Aziende insistano sugli stessi territori. Al Responsabile dovrà essere affidata l'esclusiva gestione della istituzione e modifica delle agende specialistiche e dei DAY service. Il Responsabile, verificati gli estremi di necessità, sospende la libera professione per le prestazioni che non rispettano le condizioni di equilibrio nel rapporto con l'attività istituzionale, di cui alla DGR 925/2011.

Obiettivo: Nomina del Responsabile.

Tempi: entro il 1 settembre 2015.

*2 Utilizzo di uno strumento informatico di evidenza dell'offerta e delle attese in tempo reale (applicazione DGR 748/11 Linee Guida CUP).*

E' necessario l'utilizzo di uno strumento informatico che aggiorni quotidianamente le Direzioni generali ed il Responsabile Unitario per l'accesso della situazione relativa alle liste di attesa in modo da permettere un adattamento tempestivo dell'offerta, che incida sulle criticità ed una corretta conoscenza degli andamenti. La scelta dello strumento informatico dovrà tenere conto delle esperienze già in essere, prevedendo anche il riuso di applicativi già utilizzati in alcune Aziende sanitarie.

Parallelamente verrà sviluppato dalla società in house CUP 2000 un applicativo, evoluzione del sistema di rilevazione delle performance aziendali – MAPS, per la valutazione settimanale delle performance aziendali, per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Obiettivo: Sviluppo e adozione degli applicativi.

Tempi: entro 1 ottobre 2015.

*3 Sistema incentivante.*

Come indicato nella delibera di programmazione e di finanziamento del 2015 (DGR 901/2015), l'obiettivo di facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è prioritario. Per il 2015 il sistema incentivante per le Direzioni Strategiche, e coerentemente per i Responsabili delle aree professionali coinvolte, dovrà tenere conto prioritariamente dei risultati ottenuti sulla riduzione dei tempi di attesa.

Obiettivo: Indice di performance  $\geq 90\%$  per le prestazioni di primo accesso e urgenze differibili.

Tempi: entro 31 dicembre 2015 per le Direzioni generali e per i Responsabili Unitari dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali. Per questi ultimi il 50% della retribuzione di risultato è vincolato al raggiungimento dell'obiettivo.

Per l'anno 2016 per tutte le articolazioni di responsabilità coinvolte.

## **B Appropriatelyzza**

4 L'Intesa sottoscritta il 2 luglio 2015 fra Governo e Regioni sulle misure di razionalizzazione ed efficientamento del Servizio Sanitario Nazionale prevede al capitolo B1 l'adozione di un provvedimento che definisca le condizioni di erogabilità ed appropriatezza per le prestazioni a rischio di inappropriatelyzza. Tale provvedimento sarà oggetto di una rapida diffusione dei contenuti tecnici.

Allo stato attuale si ribadisce la necessità di applicare in modo sistematico le indicazioni già fornite a livello regionale relativamente alla corretta modalità prescrittiva, con particolare riferimento alla ricerca semantica ex-post delle condizioni appropriate di erogabilità sulle prescrizioni di RM e TAC osteoarticolari, anche al fine di individuare cluster di prescrittori inappropriati.

L'Azienda USL, qualora dal controllo risulti che un medico abbia prescritto a carico del SSN prestazioni che non rispondano ai criteri di appropriatezza sopraelencati, dopo aver richiesto al medico le ragioni della mancata osservanza, ove ritenga insoddisfacenti le motivazioni rese, adotta i provvedimenti di competenza.

Obbiettivo: valutazione delle condizioni appropriate di erogabilità su una percentuale pari almeno al 50% delle prescrizioni di RM e TAC osteoarticolari erogate nel 4° trimestre 2015.

Tempi: entro 31 dicembre 2015.

### *5 Sviluppo delle professionalità.*

Al fine di garantire un miglioramento delle capacità di presa in carico, di semplificazione e facilitazione dei percorsi, di potenzialità di completamento diagnostico in ambito ambulatoriale, è utile avviare percorsi, già realizzati in alcune realtà, che identifichino responsabilità unitarie per specialità e professionisti che erogano le prestazioni afferenti a quella specialità, coinvolgendo in meccanismi di afferenza simil-dipartimentale, gli specialisti convenzionati interni, esterni e gli specialisti ospedalieri.

Obbiettivo: coinvolgimento dei professionisti di almeno due specialità in ogni ambito provinciale.

Tempi: entro 30 novembre 2015.

### *6 Sviluppo e consolidamento dei percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica.*

La prenotazione dei controlli – ravvicinati o a distanza, senza limite temporale – da parte della struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino è tassativa. Tale modalità prenotativa si attua attraverso l'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione anche allo scopo di garantire il ritorno della refertazione elettronica al medico di medicina generale.

Le Aziende istituiscono percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica anche in carico agli ambulatori delle Case della Salute, rafforzando l'integrazione multiprofessionale e dotando, ove necessario e possibile, tali ambulatori di strumenti di telemedicina ed ecografia di base.

Per i pazienti più complessi si ribadisce l'importanza dello sviluppo dei percorsi di Day Service Ambulatoriale, definiti e approvati dal Responsabile di cui al punto 1, anche ai fini di trasferire in regime ambulatoriale le prestazioni ritenute inappropriate in regime di ricovero.

Obbiettivo 1 – incremento del numero di prescrizioni effettuate dalla struttura (UO/Amb) che ha in carico il cittadino rispetto all'anno precedente.

Obbiettivo 2 – incremento del numero di pazienti con patologia cronica seguiti negli ambulatori delle Case della Salute nel 2015 rispetto al 2014, e 2016 rispetto al 2015.

## **C Sistemi di prenotazione**

7 *Al fine di facilitare l'accesso* al cittadino è importante utilizzare tutti i canali prenotativi previsti dalla DGR 748/11 (sportello, telefono, CUP WEB, operatori sanitari, farmacie territoriali).

Le modalità di prenotazione nell'ambito di ciascun canale prenotativo devono essere uniformi in tutte le Aziende sanitarie.

In particolare in caso di prenotazione telefonica, risultano fondamentali i seguenti elementi:

- Accesso alla prenotazione telefonica tramite un Numero verde ben visibile nel portale aziendale
- Possibilità di prenotare telefonicamente tutte le tipologie di prestazioni di primo accesso e le urgenze ove non in accesso diretto
- Informazione chiara circa il set di prestazioni che è possibile prenotare telefonicamente e le modalità di accesso prenotabili
- Comunicazione dei tempi di risposta previsti durante l'attesa telefonica, garantendo lo standard di 5 minuti
- Formazione dedicata agli addetti al call-center.

Attraverso il servizio del Numero verde Regionale (800033033) la Regione Emilia-Romagna ha creato una sistema centralizzato che oltre a fornire una serie di informazioni inerenti i servizi sanitari regionali, è in grado di collegare gli utenti a tutti i call-center di prenotazione aziendali, rendendo possibile la prenotazione telefonica anche da questo numero.

Prenotazione on-line tramite CUPWEB.

La Regione ha attivato un servizio di prenotazione on-line ([www.cupweb.it](http://www.cupweb.it)), per il quale tutte le Aziende sanitarie della regione devono essere interfacciate.

Tale applicativo è accessibile a tutti i cittadini e consente di verificare disponibilità e tempi di attesa, prenotare, disdire o spostare appuntamenti per le prestazioni sanitarie che l'Azienda ha messo a disposizione. Al termine della prenotazione è anche possibile collegarsi direttamente all'applicativo di pagamento on-line e concludere tutte le operazioni necessarie.

Le stesse funzionalità dal 2016 saranno accessibili anche mediante "app" su dispositivi mobili (smartphone e tablet).

Le Aziende sanitarie sono tenute ad allargare l'offerta di prestazioni disponibile su CUPWEB in modo da avvicinarsi quanto più possibile alla disponibilità di sportello.

Obiettivo: per le prenotazioni telefoniche attivazione di un numero verde aziendale.

Tempi: 15 settembre 2015.

Obiettivo: programma di formazione per operatori di call center.

Tempi: avvio dal 1° ottobre 2015.

Obiettivo: prenotabilità tramite CUPWEB almeno di tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa.

Tempi: entro 31 dicembre 2015.

#### **D Sistemi per ridurre le mancate presentazioni**

8 *La mancata presentazione* degli utenti per prestazioni già prenotate continua a costituire un fenomeno rilevante. Si ritiene necessario garantire un livello per quanto possibile omogeneo di supporto all'utenza, nella fase che precede la presentazione, affinché la prenotazione non venga "dimenticata".

Oltre a garantire che gli utenti ricordino gli appuntamenti già fissati tramite i meccanismi di promemoria, oltre che di recall per le prestazioni più critiche e/o a maggior consumo di risorse, occorre creare le condizioni perché sia loro possibile disdire le prenotazioni già effettuate e che da tali disdette si originino effettivi posti liberi da utilizzare per altri utenti. I sistemi aziendali devono pertanto indicare univocamente agli utenti la modalità attraverso la quale disdire

l'appuntamento. Tale messaggio deve essere riportato nella documentazione della prenotazione e negli eventuali messaggi di recall. Di tali disdette deve essere tenuta traccia e tali informazioni devono costituire il presupposto per la applicazione del ticket alle prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti ticket.

Obiettivo: definizione da parte di ciascuna Azienda di procedura specifica per comunicare chiaramente ai cittadini le modalità di recall, di disdetta e di eventuale pagamento del malus, per garantire ad ognuno la fruizione di un diritto.

Tempi: entro il 31 dicembre 2015.

### **E Miglioramento della capacità produttiva**

#### *9 Semplificazione delle codifiche nelle agende di primo accesso.*

Da parte di ciascuna Azienda è necessario, soprattutto nelle realtà di grandi dimensioni, semplificare radicalmente il numero di agende di prenotazione che per la stessa specialità presentano frammentazioni legate a specifici ambiti/quesiti diagnostici. Al fine di utilizzare appieno la potenzialità produttiva, le agende di prestazioni di primo accesso devono essere strutturate per specialità e non per singolo ambito/quesito diagnostico.

Obiettivi e tempi: eliminazione delle agende sub-specialistiche che non saturano tutta la loro offerta entro il 31/12/2015 e di tutte le altre entro il 31 marzo 2016.

#### *10 Presa in carico della struttura delle prestazioni inserite nelle agende di II livello.*

Una diretta conseguenza della semplificazione delle agende di cui al punto precedente è che eventuali prestazioni di II livello per le quali precedentemente esisteva una agenda dedicata, debbano essere erogate con presa in carico diretta da parte della struttura, senza che il paziente debba ripassare da CUP.

Tempi: entro il 31 dicembre 2015.

#### *11 Incremento delle prestazioni di primo accesso offerte dai sistemi CUP nelle strutture pubbliche e accesso diretto ai punti prelievo.*

Se da un lato la gestione diretta della presa in carico dei pazienti cronici rappresenta una modalità, appropriata ed efficiente, di gestione dei loro percorsi, la dispersione dell'offerta pubblica in numerosi rivoli rende le nostre organizzazioni meno capaci di rispondere entro i tempi standard al bisogno dei cittadini. Pertanto, la gran parte delle prestazioni deve essere inserita in agende trasparenti e direttamente fruibili. Deve essere attivato inoltre l'accesso diretto ai punti prelievo come possibilità concreta per l'utente, in ogni distretto.

Obiettivi e tempi: Inserire almeno l'80% delle prestazioni di primo accesso a sistema CUP in tutte le strutture pubbliche per le agende disponibili da novembre 2015.

#### *12 Utilizzo finalizzato al recupero delle liste di attesa della quota derivante dalla applicazione del 5% prevista dall'art. 2 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189.*

Il fondo ex 5%, stimabile a livello regionale in € 5.000.000,00, previa informazione alle OOSS, deve essere finalizzato alle attività di recupero dei tempi di attesa per le prestazioni critiche. Tale utilizzo deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggior criticità.

Obiettivi e tempi: pianificazione dell'utilizzo dei fondi aziendali, anche in riferimento alle annualità pregresse eventualmente non utilizzate, entro 1 settembre 2015.

#### *13 Utilizzo pieno delle potenzialità produttive.*

Garanzia dell'apertura degli ambulatori istituzionali per le prestazioni critiche nelle intere giornate dal lunedì al venerdì.

Il pieno utilizzo delle capacità produttive delle strutture deve essere perseguito nell'ambito di una pianificazione aziendale ad hoc che riconsideri i piani di attività delle equipe e l'utilizzo delle tecnologie in modo da garantire, per le prestazioni che presentano tempi di attesa, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili nell'arco dell'intera giornata in ogni ambito territoriale di garanzia.

Obiettivi e tempi: pianificazione dell'utilizzo delle strutture e revisione dei piani di attività entro 1 ottobre 2015.

Attivazione per le prestazioni critiche delle aperture al sabato e alla domenica.

Per le prestazioni critiche che mantengono a settembre 2015 un indice di performance inferiore al 90% le Aziende prevedono un ulteriore allargamento dell'offerta nelle giornate di sabato e domenica e nelle ore serali dei giorni feriali anche nel privato accreditato.

Obiettivi e tempi: pianificazione dal 1 settembre 2015.

#### *14 Overbooking dinamico.*

Le Aziende controllano puntualmente il fenomeno delle mancate presentazioni in modo da prevedere un livello di overbooking medio che sia adeguato a quello attualizzato delle prestazioni non erogate.

Obiettivo: rendiconto annuale del numero di appuntamenti disdettati e numero di prestazioni in overbooking.

Tempi: 30 settembre 2015.

#### *15 Attivazione di prestazioni di libera professione a committenza aziendale a tariffa calmierata.*

Attivazione di disponibilità dedicate ad utenti non esenti ed erogate in regime libero-professionale dai professionisti con il pagamento di una tariffa equivalente alla compartecipazione prevista. Le attività di cui al presente punto, fatto cento l'erogato attuale, si applicano soltanto alle ulteriori e incrementali prestazioni. Va previsto che il 90% di tale tariffa calmierata per le visite e l'80% per le prestazioni strumentali venga suddiviso fra i professionisti che erogano le prestazioni. Per questa tipologia di libera professione a tariffa calmierata, l'adesione dei singoli professionisti potrà essere volontaria, da definire con specifici accordi aziendali che ne prevedono l'erogazione anche nelle giornate di sabato e domenica. I piani aziendali sono concordati con il livello regionale.

Tempi: avvio per le visite specialistiche che presentano criticità dal 1° ottobre 2015.

#### *16 Agende di garanzia nelle strutture pubbliche.*

Il meccanismo delle agende di garanzia già testato con buoni risultati nelle strutture private può essere valutato anche nell'ambito delle strutture pubbliche. Tale possibilità non può prescindere da una specifica analisi di costo/beneficio e può essere integrata con l'overbooking dinamico.

Obiettivi e tempi: attivazione percorsi entro ottobre 2015.

**F Attività libero professionale**

17 *Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia.*

Su tale tema si sono succedute nel tempo numerose indicazioni nazionali e regionali. Per affrontare efficacemente il tema dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche è necessario che tali disposizioni trovino una puntuale applicazione, secondo modalità omogenee per tutto l'ambito regionale.

Ciascuna Azienda in caso di superamento del rapporto tra attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, attua il blocco immediato dell'attività libero professionale.

Tempi: settembre 2015

18 *Finalizzazione delle attività riconosciute come attività aggiuntiva al miglioramento della accessibilità alle prestazioni specialistiche.*

Almeno il 35% degli importi dedicati al riconoscimento di attività aggiuntiva devono presentare una finalizzazione alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni critiche. L'impiego di tali importi deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggiore criticità. La stima dell'importo disponibile per questo obiettivo è di € 5.000.000,00.

Tempi: Ottobre 2015.

**G Utilizzo piattaforme informatiche**

19 in coerenza con la DGR 901/2015, andranno utilizzati tutti gli *strumenti informatici utili al corretto percorso prescrizione-prenotazione-refertazione* delle prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso:

- ✓ Utilizzo sistematico degli strumenti informatici relativi alla prescrizione. Con DGR 930/2013 che recepisce il D.M. 2/11/2011 e D.L. 179/2012, la Regione ha previsto che entro la fine del 2015 il 90% delle prescrizioni siano dematerializzate. Le Aziende finalizzano tale obiettivo, affinché tutti i medici prescrittori, compresi gli specialisti, siano posti nelle condizioni di prescrivere in modalità dematerializzata.
- ✓ Collaborazione al percorso di messa a regime della scheda sanitaria individuale dei MMG. Le Aziende dovranno fornire il supporto tecnologico ed infrastrutturale necessario per attivare la SSI, prioritariamente ai medici di famiglia che operano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche.  
L'obiettivo per il 2015 è quello di attivare la SSI per il 100% dei medici sperimentatori.
- ✓ Soluzioni applicative che consentano agli specialisti di accedere alle agende di prenotazione presenti sul sistema CUP con profili dedicati al fine di poter gestire operativamente i percorsi di presa in carico dei pazienti, e la prenotazione diretta dei controlli.

Le Aziende inoltre entro il 31 dicembre 2015 devono adeguare le loro infrastrutture tecnologiche, relative ai servizi di refertazione digitale, all'invio del referto digitale su prestazione di diagnostica per immagini, con l'obiettivo di concludere l'attivazione dei servizi di refertazione digitale sul totale delle strutture che eseguono prestazioni di diagnostica per immagini con invio alla rete SOLE dei relativi referti digitali in misura del 100%.

20 *Utilizzo delle refertazioni in remoto.*

Nell'ambito delle politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche e dell'avvicinamento del paziente al sistema di cura e di assistenza, le iniziative di sviluppo della telemedicina, nel rispetto delle linee guida nazionali e delle norme di accreditamento locali, sono necessarie soprattutto negli ambiti dove sono dimostrate la mancanza di alternative altrettanto efficaci, e nei casi che permettono un reale miglioramento della qualità assistenziale. Alcune prestazioni come l'ECG di base o spirometrie, all'interno dei percorsi di follow-up di patologie croniche o per fini di certificazione del MMG (es. certificati sportivi non agonistici) possono beneficiare della telerefertazione.

Per alcuni esami radiologici lo sviluppo del teleconsulto può migliorare la qualità prestazionale e ridurre l'esposizione a radiazioni ionizzanti.

Tempi: verifica 31 dicembre 2015.

#### **H Azioni a valenza esterna**

##### *21 Accordi regionali con il privato accreditato.*

Le Aziende sono tenute a dare applicazione locale alle intese che verranno sottoscritte a livello regionale con le associazioni del privato accreditato in materia di riconversione di parte del budget per i ricoveri ospedalieri in attività specialistica finalizzata al miglioramento dei tempi di attesa ed in materia di recupero della mobilità passiva per Risonanza Magnetica.

Tempi: ottobre 2015.

##### *22 Stipula di accordi inter-regionali sulla mobilità sanitaria.*

Sulla base delle indicazioni contenute nel Patto per la salute verranno stipulati appositi accordi con le Regioni confinanti, anche al fine di favorire condizioni di reciprocità nella erogazione dei servizi alla persona.

**ALLEGATO 2****Osservatorio regionale per i tempi di attesa****Composizione:**

In rappresentanza delle Aziende sanitarie:

- 1 Direttore sanitario per ciascuna Area Vasta
- 1 Responsabile unitario dell'accesso per ciascun Ambito territoriale (AUSL, AOSP, IRCCS)

In rappresentanza della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali e per l'Integrazione:

- Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale
- Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera
- Collaboratori regionali dei Servizi che hanno competenze in materia di accesso alle prestazioni sanitarie.

**Mandato:**

l'Osservatorio effettua la valutazione ogni due mesi in particolare:

- ✓ verifica l'applicazione della presente deliberazione
- ✓ effettua il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa
- ✓ effettua il monitoraggio dei tempi di attesa attraverso l'analisi delle rilevazioni regionali (MAPS, ASA, estemporanee)

Inoltre l'Osservatorio elabora due relazioni annuali sui risultati ottenuti in ciascun Ambito Territoriale, con particolare riferimento dello stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa, delle prestazioni ancora critiche e delle proposte di interventi correttivi da condividere con le Aziende sanitarie. Propone inoltre azioni innovative in materia di accessibilità.