

PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

1 – OBIETTIVI E SCOPI DEL DOCUMENTO

Allo scopo di recepire le indicazioni contenute nella DCA n.60/2015 ovvero “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa”, il presente documento ha il compito di formulare il piano di intervento Aziendale relativamente alla problematica delle liste di attesa nell'ambito del territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria di Pescara.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

- il governo della domanda di prestazioni,
- il governo dell'offerta di assistenza;
- i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In particolare fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di «consumo sanitario», la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario, anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti, le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione.

Per tali motivi è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute.

L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

Con il presente Piano Attuativo Aziendale per il superamento dei Tempi di Attesa la ASL di Pescara recepisce integralmente il “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste di Attesa” (D.C.A. n.60/2015) e si impegna all'attuazione delle 16 linee di azione, ivi previste con la relativa tempistica;

Le prestazioni traccianti per le quali si garantisce il rispetto dei tempi massimi di attesa sono le stesse già individuate nel piano Nazionale per il Governo delle Liste di attesa 2010-2012 (Accordo Stato-Regioni del 28 Ottobre 2010).

Nell'ottica di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie adeguate ai problemi clinici presentati, nel rispetto del diritto della persona alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni, la finalità del presente piano è quello di garantire tempi di attesa congrui agli assistiti, mediante una maggiore appropriatezza della domanda e una migliore organizzazione dell'offerta, coniugando il diritto di accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie, anche in base agli adempimenti fissati dal “Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'attesa” (D.C.A. n. 60/2015).

Tra le azioni organizzative Aziendali intraprese verso i medici prescrittori, segnaliamo percorsi formativi rivolti ai MMG relativi a:



- all'utilizzo sistematico delle classi di priorità,
- alla presenza costante del quesito diagnostico,
- alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

A tal proposito la ASL di Pescara ha effettuato, in due annualità distinte, un Piano Formativo Aziendale rivolto ai Medici di Medicina Generale che operano sul territorio di competenza aziendale. Il progetto formativo ha avuto come obiettivo principale, la promozione dell'appropriatezza prescrittiva e la corretta e sistematica adozione delle classi di priorità, in coerenza di quanto contemplato nella DGR 575/2011 e in coerenza con quanto previsto nella Linea di Azione 3 del Piano Operativo. Analoga attività formativa è stata programmata per l'anno 2015-16 per i prescrittori dipendenti (Ospedale/Territorio).

2 – ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE DI ATTESA

a) La struttura Aziendale per il superamento dei Tempi di Attesa

L'Azienda ha strutturato una rete aziendale finalizzata superamento delle liste di attesa" con la nomina, con Delibera del Direttore Generale, di un Referente aziendale a cui competono le attività di "monitoraggio e gestione" dei tempi di attesa aziendali e predisposizione delle eventuali azioni correttive di concerto con:

- 1) La Direzione Sanitaria Aziendale;
- 2) I Direttori di Dipartimento;
- 3) Il Coordinatore delle Direzioni Sanitarie dei PP.OO. di Pescara, Penne e Popoli (Referente dei Progetti Obiettivo per la "riduzione delle liste di attesa");
- 4) I Responsabili di Branca;
- 5) I Direttori/Responsabili dei/delle distretti/strutture sanitarie territoriali;
- 6) I Direttori delle UU.OO. che erogano prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero;
- 7) Il Coordinatore interdistrettuale di specialistica ambulatoriale (per il territorio).

b) I Responsabili di Branca

La ASL, con nota del Direttore Sanitario Aziendale, prot. N. 335/DS del 20/08/2015, ha nominato per ciascuna branca un responsabile di riferimento delle 43 prestazioni ambulatoriali (c.d. Responsabile di Branca).

Compiti dei Responsabili di Branca sono:

- Monitoraggio periodico dei tempi di Attesa, per sede di erogazione Aziendale, delle prestazioni riconducibili alla branca di riferimento;
- Ottimizzazione delle risorse umane e tecnologiche Aziendali, volte al contenimento dei "Tempi di Attesa" per prestazioni ambulatoriali, d'intesa con il Direttore di Dipartimento e con i Direttori di U.O.C./UOSD/UOS di riferimento;
- Proposta di interventi correttivi e di miglioramento del governo delle liste d'attesa con indicazioni alla" Consulta Aziendale per il contenimento delle liste di attesa" per l'implementazione dei volumi di prestazioni erogabili mediante gli strumenti dell'Attività in regime Aggiuntivo (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 e art.31 comma 4 ACN 09/03/2010), mediante i "Percorsi di Tutela" e rimodulazione degli orari.

In proposito l'Azienda ha già provveduto, con delibera n. 807 del 20/07/2015 avente ad oggetto "Fondi riduzione liste di attesa annualità pre – anno 2009. Determinazioni", a rifinalizzare i residui



dei fondi regionali – progetti obiettivo a rilevanza nazionale ex art. 1, commi 34 e 34 bis della legge 662/96, per il contenimento delle liste di attesa.

c) Consulta Aziendale per il Contenimento delle liste di attesa

Con il presente atto si istituisce la Consulta per il contenimento delle liste di attesa con funzioni di monitoraggio e controllo di seguito specificate, che si compone dei/del:

- 1) Direttori di Dipartimento di riferimento delle U.O.C. eroganti le 43 prestazioni ambulatoriali del Piano Operativo Regionale;
- 2) Referente Aziendale per la “Gestione e Monitoraggio dei Tempi di attesa”;
- 3) Responsabile del CUP Aziendale;
- 4) “Responsabili di Branca”;
- 5) Coordinatore interdistrettuale attività specialistica ambulatoriale (per il territorio).

La Consulta Aziendale verrà convocata dal Responsabile URP, si riunirà con cadenza minima bimestrale, e avrà i seguenti compiti:

- Prendere visione con successiva valutazione critica dei Monitoraggi inerenti i “Tempi di attesa” delle prestazioni ambulatoriali erogate in ambito Aziendale;
- Rimodulare l’offerta di prestazioni sulla base dei dati di erogato e sulla base della quantificazione delle prestazioni prenotate fuori soglia rispetto ai “Tempi massimi di Attesa” (TMA);
- Valutare lo stato dell’attuazione a livello Aziendale delle 16 Linee di Azione del Piano Operativo Regionale e se necessario, disporre l’adozione di ulteriori azioni di implementazione;
- Promuovere a livello Aziendale tutte le azioni necessarie ai fini dell’integrazione nel CUP Aziendale delle agende di prenotazione degli erogatori privati accreditati di competenza territoriale;
- Promuovere percorsi formativi per ciascuna categoria di medici prescrittori ai fini della corretta applicazione delle classi di priorità per le prestazioni traccianti;
- Favorire a livello Aziendale l’adozione di Percorsi Assistenziali, con particolare riguardo a quelli oggetto di linee guida nazionali/regionali, quali strumenti di corretta gestione Aziendale dei pazienti con patologie croniche e complesse e che dovranno contenere in maniera dettagliata le modalità di relazione fra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Specialisti Ambulatoriali e singole unità Operative;
- Promuovere, attuare e verificare la comunicazione e l’informazione al cittadino inerenti l’erogazione delle prestazioni ambulatoriali, nonché l’accesso alle medesime secondo le classi di priorità e inoltre la corretta informazione sui diritti e doveri dell’utente;
- Verificare la corretta e completa applicazione del Piano Attuativo Aziendale per il contenimento delle Liste di attesa, in tutte le sue articolazioni, ambiti e competenze Aziendali, essendo questo lo strumento operativo Aziendale per la gestione della problematica del contenimento delle liste di attesa.

3 – AZIONI DI RIMODULAZIONE DELL’OFFERTA A FRONTE DI CRITICITA’

Le azioni Aziendali di rimodulazione dell’offerta in caso di criticità possono essere così definite:

- 1) Implementazione dell’offerta di prestazioni che superano i tempi massimi di attesa stabiliti dalla normativa vigente, mediante l’aumento dei volumi di prestazioni erogabili con ricorso all’attività in regime Aggiuntivo (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 e art.31 comma 4 ACN

09/03/2010. Per questa tipologia di attività dovranno essere definiti nella fase programmatica gli obiettivi predefiniti e in fase di consuntivo, gli obiettivi raggiunti;

- 2) Erogazione di prestazioni ambulatoriali "critiche" mediante l'attivazione di specifica procedura che permetta di offrire all'utente la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, (vedi Linea di Azione 13: Percorsi di Tutela), al fine di implementare l'erogazione di prestazioni che hanno tempi di attesa al di sopra dei tempi massimi previsti dalla normativa vigente;
- 3) Rimodulazione, in ambito aziendale dell'offerta ambulatoriale, di concerto con le strutture erogatrici, dell'orario di apertura degli ambulatori, del numero delle sedute, dell'utilizzo delle apparecchiature, in maniera tale da razionalizzare e ottimizzare l'offerta, rimodulando l'assetto organizzativo sulla base della mutevole domanda di prestazioni ambulatoriali, grazie anche all'interfaccia costante con i Direttori delle UU.OO. eroganti le prestazioni ambulatoriali ricomprese nella D.G.R. 575/2011, i Direttori di Dipartimento, i "Referenti di branca" designati dall'Azienda, il Responsabile del CUP Aziendale, il Referente Aziendale per la "Gestione e il Monitoraggio dei Tempi di Attesa" e il Coordinatore interdistrettuale attività specialistica ambulatoriale;
- 4) Rivalutazione dei "Piani di lavoro" delle UU.OO. o delle Strutture Territoriali interessate, attuata di concerto con i Direttori/Responsabili delle stesse, al fine di individuare margini di implementazione dell'offerta ambulatoriale, sempre nel rispetto dei tetti di spesa Aziendali per questa tipologia di attività;
- 5) Efficace contrasto del fenomeno del "Drop Out" mediante la sistematica attività di conferma della prenotazione (Recalling) con particolare attenzione per le agende critiche;
- 6) Completa separazione delle agende delle "prime visite" da quelle degli esami di "controllo", al fine di quantificare la potenzialità di erogazione Aziendale, sia delle "Prime visite" che delle "Visite di controllo". Queste ultime, gestite direttamente dallo specialista, sono programmate e quantificate dall'Azienda in coerenza con quanto contemplato nella "Linea di Azione 5" del D.C.A. n.60/2015.

4 – MODALITA' ORGANIZZATIVE IN CASO DI SOSPENSIONE DELLE PRESTAZIONI

La sospensione delle attività di erogazione viene programmata e concordata tra le strutture erogatrici e le Direzioni Sanitarie Ospedaliere di riferimento o i Direttori/Responsabili delle strutture sanitarie territoriali della ASL.

L'Azienda s'impegna a porre in essere ogni azione, procedura e attività volta a limitare al massimo i disagi per l'utenza derivanti dalla sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Le cause delle sospensioni di erogazione sono generalmente riconducibili a:

- indisponibilità temporanea del personale;
- manutenzione ordinaria e straordinaria delle apparecchiature elettromedicali;
- manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture.

Per quanto riguarda le sospensioni delle attività per cause imprevedibili (es. guasto macchina) viene posta in essere un sistematica attività di recalling degli utenti presenti nelle agende oggetto della sospensione, con ricollocamento degli stessi in una nuova lista sia presso altre strutture che erogano la medesima prestazione ed, ove possibile, l'anticipo o il posticipo degli appuntamenti presso la stessa struttura erogatrice.



Gli utenti che non è possibile contattare per via telefonica, vengono avvisati tramite sms e – quando impossibile – attraverso il “servizio telegrammi”.

L’Azienda, inoltre, ha regolarmente attivato il “monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione”, sotto la diretta responsabilità del referente aziendale per il monitoraggio e la gestione delle liste di attesa.

L’Azienda risulta essere adempiente nei riguardi dell’invio del relativo flusso informativo .

Ogni qualvolta si verifica una condizione organizzativa che determina la sospensione dell’erogazione di una prestazione, sia che la problematica alla base della sospensione sia di natura programmata o imprevista/imprevedibile, viene attivata dal CUP Aziendale una procedura di “erogazione sostitutiva”, attuata di concerto con Direttore dell’U.O. e/o con il Direttore di Dipartimento di riferimento dell’Unità Operativa. Tale procedura prevede che gli utenti in lista di attesa per la prestazione sospesa vengano ricollocati mediante l’anticipazione o la posticipazione dell’appuntamento entro un arco temporale ricompreso, di norma, tra i 7/10 giorni rispetto all’appuntamento originale.

Nel caso in cui la sospensione sia dovuta a indisponibilità, per motivi strutturali, si valuta la ricollocazione dei pazienti coinvolti presso altre agende Aziendali che erogano la medesima prestazione, anche utilizzando la mobilità temporanea del personale.

5 – PIANO DI FABBISOGNO

Al fine di valutare e quantificare l’erogazione di prestazioni ambulatoriali necessarie all’Azienda ad assicurare il rispetto dei tempi di prenotazione entro i tempi massimi di attesa (TMA) previsti dalla normativa nazionale e regionale (durante tutto il 2016 le prescrizioni con individuazione classe di priorità dovranno raggiungere il 50% di tutte le prescrizioni, con implementazione annua del 10 %) si è provveduto, in prima battuta, a quantificare, alla data del 1 Agosto 2015, il numero di prestazioni prenotate entro la soglia e quelle prenotate al di sopra della stessa. Il costo delle prestazioni è stato calcolato sulla base delle tariffe contenute nel DCA n. 12/2013.

Sulla base di tali dati si è, successivamente, provveduto a quantificare l’impegno economico che l’Azienda dovrà sostenere al fine di implementare l’offerta di specialistica ambulatoriale. Sarà compito, successivamente, della “Consulta Aziendale per il Contenimento delle liste di attesa” decidere le possibili modalità di “acquisto” di prestazioni aggiuntive necessarie al raggiungimento dell’obiettivo sopra descritto, ricorrendo ad una delle modalità previste nel DCA n. 60 del 2015.

6 – COMUNICAZIONE ED INFORMAZIONE

La diffusione e l’accesso alle informazioni di carattere sanitario relative alle erogazioni da parte dei cittadini/utenti avviene, secondo le seguenti modalità:

- a) Stampa e diffusione di appositi opuscoli informativi da parte delle UU.OO. e/o Servizi della ASL relativi a accesso, orari, servizi e prestazioni erogate che vengono diffusi nelle varie sedi ospedaliere e Territoriali della ASL, nonché alle associazioni di rappresentanza dei cittadini, associazioni di categoria, Onlus, ecc. ;
- b) Diramazione di comunicazioni agli organi di stampa, mass media locali, testate giornalistiche on line, freelance, etc. da parte del Ufficio Qualità, URP/CUP e Comunicazione Istituzionale Aziendale relative all’apertura di nuovi servizi/attività, chiusure temporanee, variazioni di tipologia delle prestazioni erogate, adesione a campagne e/o giornate di prevenzione a carattere Nazionale/Regionale, etc;
- c) Pubblicazione della Carta dei Servizi della ASL di Pescara e sua distribuzione nel territorio provinciale in tutte le sedi pubbliche e/o private maggiormente frequentate dai cittadini/utenti;

- d) Distribuzione di materiale informativo, opuscoli, circolari Aziendali, etc. agli operatori del Contact Center Telefonico Aziendale sui servizi disponibili a livello Ospedaliero e Territoriale, sulle modalità di accesso e di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali erogate dalla ASL;
- e) pubblicazione sul sito Web Aziendale delle informazioni su servizi, orari e disponibilità relativamente a:
- CUP Aziendale
 - Presidi, Distretti Sanitari e Strutture Territoriali che erogano prestazioni ambulatoriali
 - Pubblicazione nella sezione documenti aziendali delle normative nazionali e regionali di riferimento in materia di "tempi di attesa"
 - Pubblicazione, con periodico aggiornamento, sul sito web del monitoraggio dei tempi di attesa aziendali
 - Invio tramite e-mail (mailing list) da parte del Ufficio Qualità, URP/CUP e Comunicazione Istituzionale Aziendale ai MMG ed ai PLS della normativa di riferimento e delle disposizioni della Direzione Sanitaria Aziendale in materia di "Liste di attesa".

L'Azienda, per il tramite dell'URP, si impegna inoltre a promuovere modalità di promozione comunicativa/informativa per gli utenti su:

- classi di priorità;
- diritti e doveri del cittadino.

L'Azienda, per il tramite dell'URP, si impegna infine a:

- prevedere sul sito web il link Liste di attesa da rimodulare in base al report esemplificato a sull'allegato A al DCA 60/2015 e da aggiornare 1 volta al mese;
- prevedere i controlli aziendali sui siti dei privati accreditati.

7 - CUP E CUP DI II LIVELLO

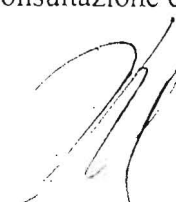
Il CUP attualmente, già garantisce la completa prenotabilità dell'offerta specialistica ambulatoriale pubblica. E' in atto un'attività di interlocuzione con gli erogatori privati accreditati per la gestione, tramite agende gestite dal CUP Aziendale, dell'offerta di specialistica ambulatoriale ricompresa nei contratti negoziali stipulati con gli erogatori nell'anno 2015. L'attenzione sarà rivolta in maniera particolare alle 43 prestazioni ambulatoriali, ricomprese nella DGR 575/2011, con tempi di attesa "critici".

E' in via di implementazione a livello Aziendale, il cosiddetto CUP di II° Livello, questo grazie alla completa informatizzazione degli ambulatori delle Unità Operative Ospedaliere e Territoriali, al fine di attuare quanto contemplato nella "Linea di Azione 5" del D.C.A. n.60/2015.

Tale CUP di II° Livello, nella fase di piena operatività, prevede l'istituzione di apposite agende informatiche dedicate alla prenotazione di visite ed esami, programmati dallo specialista, che ha già preso in carico il paziente, secondo le modalità e i tempi indicati nella Linea 5;

8 - CUP ON LINE

E' in fase di collaudo il nuovo sito web Aziendale, strumento informativo completo e aggiornato con tutte le funzioni e attività Aziendali, che consentirà di mettere a disposizione dell'utenza con strumento dinamico ed aggiornato in tempo reale, che garantirà la completa consultazione dei tempi



di attesa relativi alle visite o esami erogati sia in regime di Sistema Sanitario Regionale (con impegnativa) e sia in Regime Libero Professionale Intramurario.

Sarà così possibile, da parte degli utenti consultare il tempo di attesa delle prestazioni erogate in ciascuna classe di priorità, scegliendo la prestazione che interessa tramite un sistema "a tendina".

Per ogni prestazione sarà possibile avere le seguenti informazioni:

- Tempo di attesa medio aziendale per ciascuna classe di priorità;
- Area Distrettuale/Presidio Ospedaliero di Erogazione;
- Unità Operativa Erogante;
- Denominazione Ambulatorio;
- Indirizzo Ambulatorio.

Inoltre, saranno disponibili per gli utenti le seguenti funzionalità:

1. Annullamento delle prestazioni prenotate tramite il Contac Center Aziendale oppure tramite una apposita funzione del CUP on line;
2. Spostamento di uno o più appuntamenti prenotati tramite sportello e/o Contac center Aziendale;
3. Pagamento del ticket e/o la tariffa delle visite/ esami diagnostici con Bancomat e/o Carta di credito. Tali opzioni sono già attive, dal 04/05/2015, presso gli sportelli "Amico" di Poste Italiane o on line tramite il portale "Postesalute.it";
4. Visualizzazione degli appuntamenti prenotati presso l'Azienda Sanitaria;
5. Ristampa del promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

9 - RAPPORTI CON GLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI

L'Azienda ha intrapreso una serie di specifici incontri con gli erogatori privati accreditati al fine di analizzare, concordare e rimodulare l'offerta sulla base:

- del piano (numero e volume) delle prestazioni erogabili;
- del numero dei Medici eroganti le 43 prestazioni traccianti;
- della capacità produttiva;
- del criterio di rimodulazione dell'offerta a fronte di criticità;
- delle modalità organizzative in caso di eventuale sospensione delle prestazioni.

10 - ULTERIORI ADEMPIMENTI AZIENDALI

Il Piano Attuativo Aziendale, nel recepire il DCA n.60/2015, si impegna, altresì, alla :

- 1) Rendicontazione trimestrale (entro il mese successivo a quello di riferimento) da inviare alla ASR seguendo i format 1, 2 e 3 dell'allegato A al D.C.A. 60/2015 per le 43 prestazioni traccianti ove tutti i campi devono essere obbligatoriamente compilati come da linea di azione n. 2;
- 2) Redazione e aggiornamento del Piano Attuativo entro fine gennaio di ogni anno, da inviare – per i seguiti di competenza – al Dipartimento regionale per la Salute e il Welfare.

