

**REGIONE TOSCANA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO**  
 Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

<b>Numero della delibera</b>	1058
<b>Data della delibera</b>	12-07-2019
<b>Oggetto</b>	Organizzazione
<b>Contenuto</b>	Approvazione del Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA) in attuazione della Delibera della Giunta Regionale Toscana n.604 del 06.05.2019 “Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021”

<b>Dipartimento</b>	STAFF DIREZIONE GENERALE
<b>Direttore Dipartimento</b>	MARI VALERIO
<b>Struttura</b>	SOC ORGANIZZAZIONE E PROGETTI TECNOLOGICI
<b>Direttore della Struttura</b>	MARI VALERIO
<b>Responsabile del procedimento</b>	PERIGLI ILARIA

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° pag.	Oggetto
A	22	Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 33 del 28 febbraio 2019)**

**Vista** la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

**Vista** la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

**Vista** la nota del Direttore Generale prot. n. 59799 del 23 maggio 2019, conservata agli atti, con la quale la Dr.ssa Valeria Favata viene nominata Direttore Amministrativo facente funzione, nelle more dell’individuazione e conseguentemente della nomina del Direttore Amministrativo;

**Visto** il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 91 del 5 novembre 2014 e ancora in vigore ai sensi dell’articolo 4 della legge regionale n.80/2017, che individua l’abbattimento delle liste di attesa in sanità fra gli obiettivi prioritari;

**Richiamato** il Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020 approvato con risoluzione del CR n. 47 del 15 marzo 2017, e in particolare il Progetto regionale 19 “Riforma e sviluppo della qualità sanitaria”, Obiettivo 2 “Superare le criticità nella gestione delle liste d’attesa: superamento del concetto di una unica ed indifferenziata modalità di accesso tramite CUP e individuazione di percorsi differenziati per target di bisogni assistenziali”;

**Vista** la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020, approvato con proposta di delibera al CR 22 del 21/1/2019, che conferma quale obiettivo strategico il superamento delle liste di attesa quale requisito di equità di accesso alle cure;

**Preso atto** che il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno siglato, ai sensi degli articoli 2, comma 1, lettera b) e 4, comma 1 del d.lgs. 28/agosto/1987, n. 281, in data 21 Febbraio 2019, l’Intesa (Rep. Atti 28/CSR) sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, ai sensi dell’art.1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006));

**Considerato** che il Piano Nazionale stabilisce, tra l’altro che, in caso di superamento dei tempi massimi di attesa, correlati al codice di priorità espresso in ricetta, le Aziende attivino “percorsi di tutela ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche in base ai quali, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, può essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente, per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità, la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente”;

**Tenuto conto** degli indirizzi del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019-2021), approvato con Delibera della Giunta Regionale Toscana n.604 del 06.05.2019, con il quale si demanda alle Aziende Sanitarie l’adozione di un nuovo Programma Attuativo Aziendale, o l’aggiornamento di quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo all’invio dello stesso alla Regione che effettuerà un monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;

**Ritenuto** di recepire il Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 approvando il Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), così come riportato nell’allegato “A” parte integrante e sostanziale della presente delibera, che esplicita e recepisce i punti in esso contenuti definendo i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, con i seguenti obiettivi:

- individuare le modalità organizzative al fine di garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA 2019-2021;

- incentivare correttezza e appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da parte dei propri professionisti (uso Classi di priorità, obbligatorietà Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri;
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire un sistema delle responsabilità correlato alla messa in atto delle azioni previste dal presente programma aziendale;

**Ritenuto** opportuno, inoltre, pubblicare detto elenco nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it);

**Preso atto** che il Direttore della SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell'atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l'istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, Ilaria Perigli, in servizio presso la medesima SOC Organizzazione e Progetti Tecnologici;

**Vista** la sottoscrizione dell'atto da parte del Direttore dello Staff della Direzione Generale;

Su proposta del Direttore dello Staff della Direzione Generale;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo f.f., del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

### **DELIBERA**

per i motivi espressi in narrativa:

- 1) di recepire il Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021 approvando il Programma Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), così come riportato nell'allegato "A" parte integrante e sostanziale della presente delibera, che esplicita e recepisce i punti in esso contenuti definendo i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
- 2) di pubblicare detto elenco sul sito web aziendale [www.uslcentro.toscana.it](http://www.uslcentro.toscana.it) ;
- 3) di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile, ai sensi dell'art. 42, comma 4, della L.R. n. 40 del 24/02/05, considerata l'urgenza di dare avvio al progetto suddetto;
- 4) di trasmettere la presente determinazione al Collegio Sindacale, a norma di quanto previsto dall'Art.42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii., alla Direzione Sanitaria Aziendale, a tutti i Dipartimenti Sanitari e al Dipartimento del Decentramento

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dr. Paolo Morello Marchese)**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO f.f.**  
**(Dr.ssa Valeria Favata)**

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**(Dr. Emanuele Gori)**

**IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI**  
**(Dr.ssa Rossella Boldrini)**



# Programma Attuativo Aziendale

## Governo delle Liste di Attesa

### Azienda USL Toscana Centro

Recepimento DGRT 604/2019 - PRGLA (Piano Regionale Governo Liste di Attesa)

## INTRODUZIONE

L'Azienda USL Toscana Centro individua l'abbattimento delle liste di attesa, sia per i percorsi ambulatoriali sia per i ricoveri ordinari, fra gli obiettivi strategici prioritari. Nel recepire la DGRT 604/2019, l'Azienda stabilisce il seguente **Programma Attuativo per il Governo delle Liste di Attesa (PAGLA ATC)**, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri, puntando alla massima efficienza delle risorse disponibili.

Fondamentale per tale programma, così come da linee di indirizzo regionali, diventa l'individuazione di strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo e promuovendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il presente documento, in ottemperanza a quanto previsto dal PRGLA 2019-2021, esplicita e recepisce i punti in esso contenuti, definendo i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera. In particolare, gli obiettivi del presente atto sono:

- individuare le modalità organizzative al fine di garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA 2019-2021;
- incentivare la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale da parte dei propri professionisti (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri;
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire un sistema delle responsabilità correlato alla messa in atto delle azioni previste dal presente programma aziendale

Il PAGLA ATC è pubblicato sul sito internet:

<http://www.uslcentro.toscana.it>

## ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA AMBULATORIALE - ATC

L'offerta complessiva ambulatoriale aziendale deve essere monitorata e modulata in relazione al fabbisogno. I Dipartimenti e le Aree sanitarie, in coordinamento con le Direzioni Sanitarie interessate, devono definire l'elenco e i volumi di prestazioni ambulatoriali erogabili, specifici per branca di attività e stabilimento erogatore, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, in risposta ai fabbisogni previsti. I Dipartimenti devono essere supportati dalla SOS Gestione Operativa (con modalità organizzative dettagliate nella *DA 1685/2018*, recepimento DGRT 750/2018) per la valutazione del fabbisogno-domanda di prestazioni a cui far fronte; la completezza e la fruibilità per le aziende sanitarie dei dati di prescrizione elettronica, messi a disposizione dalla Regione Toscana, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo, deve essere un elemento fondamentale per tale processo di stima.

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la possibilità per il sistema sanitario di garantire nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni è fortemente legata alla capacità dello stesso di definire, in termini di dimensionamento e tipologia, il fabbisogno dei propri assistiti, unita ad un governo della propria offerta che sia in grado di differenziare i canali di accesso in misura tale da rispondere alle diverse espressioni della domanda.

In tal senso risulta fondamentale la **separazione nel sistema cup aziendale dei primi accessi dagli accessi successivi**; in particolare per quanto riguarda l'attività clinica è fondamentale distinguere tra:

- **prima visita** : il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia.
- **visita di controllo** : un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica.

Pertanto, i Dipartimenti e le Aree Sanitarie interessate, valutati i dati correlati ai “carichi di lavoro” (forniti dalla Contabilità Analitica Aziendale) delle varie Strutture organizzative a loro afferenti, elaborando anche eventuali piani di riorganizzazione della propria offerta interna, con il supporto della SOS Gestione Operativa e SOD Cup, devono garantire:

1. una quota di offerta di prestazioni ambulatoriali per “esterni” tale da soddisfare in parte od in toto il fabbisogno stimato;
2. una quota significativa di questa offerta deve essere necessariamente aperta a CUP su un orizzonte temporale almeno annuale per far fronte alla domanda di prestazioni correlate ai controlli/follow up/secondi accessi;
3. una quota di offerta deve essere destinata ai primi accessi ( incluso fast track), possibilmente con orizzonte annuale, in modo da garantire le risposte nei tempi di attesa previsti dal PRGLA 2019-2021, in particolare per le classi di priorità U, B e D;
4. Le richieste di apertura agende correlate all’offerta ambulatoriale devono pervenire alla SOD Cup con tempi congrui e con preavviso adeguato (almeno 30gg) rispetto alla fase di effettiva erogazione.

Le DSPO/Gestioni Operative Locali sono chiamate a creare dei tavoli all’interno di ogni Stabilimento Ospedaliero/Presidio rivolti a stabilire un corretto allineamento tra domanda e offerta interna, mettendo a confronto le esigenze e le necessità delle U.O. afferenti allo stabilimento/presidio (clienti/richiedenti prestazioni) con i Servizi che le erogano (U.O. erogatrici di prestazioni).

La Direzione Sanitaria Aziendale, in collaborazione con la SOS Gestione Operativa e la SOD CUP, valutati i monitoraggi mensili dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di analisi del PRGLA 2019-2021, deve evidenziare ambiti di particolare complessità dove poter intervenire tempestivamente, attraverso dettagliate azioni e percorsi di tutela richiamate e specificati nei paragrafi successivi del presente documento.

## **GESTIONE DELLA DOMANDA - PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Con il presente Programma Attuativo, l'Azienda rimarca l'obbligo ai propri professionisti di indicare chiaramente sulle prescrizioni di specialistica ambulatoriale il quesito diagnostico, la tipologia di accesso e, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, la classe di priorità. L'Azienda USL Toscana Centro ribadisce che i Dipartimenti Sanitari Aziendali devono fare il massimo sforzo per orientare tutti i professionisti verso la prescrizione dematerializzata al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi in termini di completamento delle informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda. Oltre a garantire l'assolvimento di un obbligo previsto a livello regionale e nazionale, la modalità di prescrizione dematerializzata garantisce infatti la congruità prescrittiva di tutte le informazioni necessarie, prevedendo l'inserimento obbligatorio, al fine della conclusione e dell'emissione della ricetta, del tipo accesso, del quesito diagnostico e della classe priorità. L'Azienda, a tal fine, sottolinea la volontà, dandone mandato alle Strutture aziendali preposte, di inserire opportuni indicatori che monitorino l'utilizzo della prescrizione dematerializzata da parte di tutte le SOC e SOS interessate; tali indicatori dovranno essere sempre inseriti nella valutazione di Budget annuale delle singole Strutture Organizzative con pesatura significativa, mai inferiore al 40% dei punti di valutazione.

Al solo fine di migliorare l'appropriatezza del processo prescrittivo, si ribadiscono nel presente programma i dettami relativi regionali dettagliati nel PRGLA 2019-2021:

### **Quesito diagnostico**

Il quesito diagnostico, che è sempre obbligatorio in fase di prescrizione, descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare la prestazione e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

### **Tipologia di accesso**

Nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale deve inoltre essere indicato obbligatoriamente se la prestazione richiesta rappresenta un primo accesso o una prestazione successiva al primo accesso.



Si considera **primo accesso**:

- il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;
- la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico.
- nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Si considera **prestazione successiva al primo accesso**:

- la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista;
- la visita o prestazione di controllo (follow up);

Le prestazioni successive al primo accesso, così come già previsto dalla DGRT 1038/2005, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, nello specifico, della "presa in carico" del paziente cronico, secondo precisi protocolli, si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere direttamente o indirettamente alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento.

Si ricorda che il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate in una stessa ricetta.

### **Codici di priorità**

La classe di priorità si riferisce alle condizioni di salute e quindi alla gravità del quadro clinico dell'utente, deve essere presente in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio. È tuttavia auspicabile l'indicazione su tutte le prestazioni. Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica si forniscono le seguenti definizioni:

**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 D** = 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).

Le prestazioni di presa in carico successive al primo accesso devono essere tracciate con il codice di priorità P (programmata). Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.

A tal fine, le Direzioni e i Dipartimenti Sanitari devono garantire che ai pazienti, che necessitano di un controllo/follow up a seguito di un primo accesso in uno dei punti erogatori aziendali, venga sempre effettuata la prescrizione e la prenotazione della prestazione di secondo accesso prima dell'uscita del paziente dallo stabilimento/distretto/presidio sanitario interessato.

## **TEMPI MASSIMI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Il PAGLA ATC recepisce i tempi di attesa massimi definiti dal PRGLA 2019-2021 per le prestazioni di primo accesso in base al codice di priorità espresso al momento della prescrizione, secondo la seguente tabella:

**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 15/30 giorni per le visite o 30/60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

**P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni

Tuttavia per le prestazioni oggetto di monitoraggio si confermano, in riferimento alle prestazioni prescritte in classe di priorità D, i tempi

massimi previsti da precedente normativa regionale, tali tempi sono esplicitati nel paragrafo successivo.

**In assenza di indicazione, nella prescrizione, del codice di priorità i sistemi di prenotazione dovranno proporre l'offerta prevista per la classe di priorità D, ciò non comporta, in alcun caso, la modifica delle informazioni contenute nella ricetta.**

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 dell'ambito di garanzia come definito nel paragrafo successivo.

Per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa deve essere garantito nell'ambito di riferimento, nel 95% dei casi per le classi di priorità D e P, e nel 100% dei casi per le classi U e B.

Il codice di priorità P si riferisce ordinariamente ad una specifica area della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che può essere così definita:

- 1) prestazioni di controllo o di follow-up nell'ambito di una presa in carico di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi definiti.
- 2) prestazioni di primo accesso, quindi scaturite da un problema clinico emergente e legate ad un quesito diagnostico esplicitato, che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica
- 3) prestazioni diagnostico-strumentali anche di primo accesso, orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, non organizzate in programmi di prevenzione, purché supportate da relative linee-guida.

Pertanto, per quanto sopra evidenziato, l'indicazione del codice di priorità P non è appropriato per le Visite di primo accesso, mentre per gli esami diagnostici è utilizzabile solo in riferimento alle casistiche elencate nei punti precedenti

## MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il **Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021** ha deliberato l'elenco delle prestazioni da monitorare; il presente Programma Attuativo adotta le prestazioni previste nel PRGLA stabilendo, ove necessario, per alcune di esse l'ambito territoriale (insieme unitario delle risorse disponibili territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato) entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni (Ambito di Garanzia, AG). In particolare le prestazioni oggetto di monitoraggio sono riportate negli elenchi seguenti.

### PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

#### Visite Specialistiche

N	Prestazione	Codice Catalogo	Codice Nomenclature	Disciplina	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
1	Visita Cardiologica	1089	89.7	008	15	Zona
2	Visita Chirurgia vascolare	1082	89.7	014	30	AV
3	Visita Endocrinologica	1064	89.7	019	30	AV
4	Visita Neurologica	1042	89.13	032	15	Zona
5	Visita Oculistica	1039	95.02	034	15	Zona
6	Visita Ortopedica	1035-2400	89.7	036	15	Zona
7	Visita Ginecologica	1056	89.26	037	15	Zona
8	Visita Otorinolaringoiatrica	1034	89.7	038	15	Zona
9	Visita Urologica	1001-2391	89.7	043	15	Zona
10	Visita Dermatologica	1080	89.7	052	15	Zona
11	Visita Fisiatrica	1062	89.7	056	30	<b>Zona</b>
12	Visita Gastroenterologica	1060	89.7	058	30	<b>Ex USL*</b>
13	Visita Oncologica	1037	89.7	064	15	<b>Zona</b>
14	Visita Pneumologica	1022	89.7	068	30	<b>Ex USL*</b>
15	Visita Chirurgia generale	1085-2389	89.7	009	15	<b>Zona</b>
16	Visita Reumatologica	1012	89.7	071	30	AV
17	Visita Allergologica	1102	89.7	001	30	AV

## Prestazioni Strumentali Diagnostica Per Immagini

<b>N</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>	<b>Tempi massimi per priorità D</b>	<b>Ambiti di garanzia dei tempi massimi</b>
1 8	Mammografia bilaterale	87.37.1	60	<b>Ex USL*</b>
1 9	Mammografia monolaterale	87.37.2	60	<b>Ex USL*</b>
2 0	TC del torace	87.41	60	<b>Ex USL*</b>
2 1	TC del torace senza e con MDC	87.41.1	60	<b>Ex USL*</b>
2 2	TC dell'addome superiore	88.01.1	60	<b>Ex USL*</b>
2 3	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	60	<b>Ex USL*</b>
2 4	TC dell'addome inferiore	88.01.3	60	<b>Ex USL*</b>
2 5	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	60	<b>Ex USL*</b>
2 6	TC dell'addome completo	88.01.5	60	<b>Ex USL*</b>
2 7	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	60	<b>Ex USL*</b>
2 8	TC del capo	87.03	60	<b>Ex USL*</b>
2 9	TC del capo senza e con MDC	87.03.1	60	<b>Ex USL*</b>
3 0	TC del rachide e dello speco vertebrale	88.38.1	60	<b>Ex USL*</b>
3 1	TC del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	88.38.2	60	<b>Ex USL*</b>
3 2	TC di bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	60	<b>Ex USL*</b>
3 3	RM dell'encefalo e del tronco encefalico	88.91. 1	60	<b>Ex USL*</b>
3 4	RM dell'encefalo e del tronco encefalico in età evolutiva anni 0-10	88.91.A	60	<b>Ex USL*</b>
3 5	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC	88.91.2	60	<b>Ex USL*</b>
3 6	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC, o diffusione in età evolutiva anni 0-10	88.91.B	60	<b>Ex USL*</b>
3 7	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	60	<b>Ex USL*</b>
3 8	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	60	<b>Ex USL*</b>
3 9	RM della colonna	88.93	60	<b>Ex USL*</b>
4 0	RM della colonna senza e con MDC	88.93.1	60	<b>Ex USL*</b>
4 1	RM muscoloscheletrica	88.94.1	60	<b>Ex USL*</b>
4 2	RM muscoloscheletrica senza e con MDC	88.94.2	60	<b>Ex USL*</b>

43	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	30	Zona
44	Eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	88.73.5	60	<b>Ex USL*</b>
45	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	30	<b>Ex USL*</b>
46	Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	88.74.1- 88.75.1 -88.76.1	30	Zona
47	Ecografia della mammella bilaterale	88.73.1	30	<b>Ex USL*</b>
48	Ecografia della mammella monolaterale	88.73.2	30	<b>Ex USL*</b>
49	Ecografia ostetrica	88.78	30	Zona
50	Ecografia ginecologica	88.78.2	30	Zona
51	Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa	88.77.2	60	<b>Ex USL*</b>

### Prestazioni Diagnostica Strumentale

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
52	Colonscopia	45.23 - 45.23.1 - 45.23.2 - 45.23.3 - 45.42.1 -45.25.1 -45.42	30	<b>Ex USL*</b>
53	Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	45.24 - 45.24.1	30	<b>Ex USL*</b>
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	30	<b>Ex USL*</b>
55	Elettrocardiogramma	89.52	30	Zona
56	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	30	Zona
57	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o cicloergometro	89.41 - 89.43	60	<b>Ex USL*</b>
58	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	60	<b>Ex USL*</b>
59	Esame audiometrico tonale	95.41.1	60	<b>Ex USL*</b>
60	Spirometria semplice	89.37.1	60	<b>Ex USL*</b>
61	Spirometria globale	89.37.2	60	<b>Ex USL*</b>
62	Fotografia del fundus	95.11	30	Zona
63	Esame del fundus oculi	95.09.1	30	Zona
64	Elettromiografia semplice [EMG]	93.08.1	60	<b>Ex USL*</b>

**Legenda: AV: Area Vasta; Ex USL\*: Ambito Garanzia Ex USL (2 erogatori presenti nella ex USL 10, 1 erogatore per ex USL 3, 4 e 11)**

In rosso e in grassetto gli ambiti di garanzia definiti dall’Azienda USL Toscana Centro (il resto recepisce e tiene conto della normativa vigente). In particolare, l’ambito di garanzia definito “AG Ex USL\*” (caratterizzato da almeno 2 erogatori nella ex USL 10 e 1 erogatore ciascuno per ex USL 3, 4 e 11) tiene conto dei dati della popolazione residente e del vincolo demografico imposto dal PRGLA 2019-2021 (AG < 400000 abitanti) per specifiche prestazioni:

<b>Area Vasta Centro (Dati demografici anno 2017 - fonte dati sito Regione Toscana)</b>	
<b>Zona</b>	<b>Residenti</b>
<b>Empolese</b>	242.013
<b>Fiorentina Nord Ovest</b>	222.839
<b>Fiorentina Sud Est</b>	170.567
<b>Firenze</b>	380.948
<b>Mugello</b>	64.015
<b>Pistoiese</b>	171.723
<b>Val di Nievole</b>	120.169
<b>Pratese</b>	256.071

Al momento della prenotazione verrà indicata la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all’utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell’ambito territoriale di garanzia. Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall’ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.

## PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle classi di priorità definite nel PRGLA 2019-2021, in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012; di cui alle tabelle sotto riportate.

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
<b>A</b>	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
<b>B</b>	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
<b>C</b>	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
<b>D</b>	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per l'attuazione delle indicazioni del PRGLA a livello aziendale devono essere pienamente adottate le indicazioni fornite con la *DA 1412/2018*, che recepisce la *DGRT n.476/2018*, con la quale è stata introdotta la funzione Gestione Operativa nell'Azienda USL Toscana Centro e definito il modello gestionale aziendale atto a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo degli asset produttivi ospedalieri e territoriali per la produzione chirurgica, gestione posti letto e attività ambulatoriale.

La Direzione, col presente atto, da mandato inoltre ai progetti tecnologici aziendali di adeguare, ove necessario, gli applicativi informatici interessati alla corretta tracciabilità delle classi di priorità sopra riportate per i ricoveri programmati, in modo da garantire una corretta alimentazione dei flussi informativi ufficiali interessati.

Si sottolinea che per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento del paziente nel registro di prenotazione. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nel registro di prenotazione, nelle modalità previste dalla normativa vigente (*Decreto Regionale 1253/2019*).



In particolare per i ricoveri programmati chirurgici, le linee di indirizzo aziendali correlate all'inserimento, la revisione e il deflusso delle liste di attesa sono esplicitate dalla DA 847/2018 (Procedura PA.DCH.01) e successive revisioni.

### **Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio - PRGLA 2019-2021**

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio, esplicitate nel PRGLA 2019-2021, è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato. La fonte utilizzata a livello regionale per tale monitoraggio è attualmente il flusso SDO; pertanto si sottolinea, ancora una volta, quanto importante sia una **compilazione congrua e tempestiva della scheda di dimissione ospedaliera** negli applicativi ADT aziendali al fine di ottimizzare l'alimentazione del flusso informativo ufficiale correlato (SDO).

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO</b>			
<b>N</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codici Intervento ICD-9-CM</b>	<b>Codici Diagnosi ICD-9-CM</b>
<b>1</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
<b>2</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
<b>3</b>	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9x; 46.03; 46.04; 46.1x	153.x; 197.5
<b>4</b>	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
<b>5</b>	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
<b>6</b>	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
<b>7</b>	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5x; 06.6	193
<b>8</b>	By pass aortocoronarico	36.1x	
<b>9</b>	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
<b>10</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
<b>11</b>	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71;00.72; 00.73; 00.85;00.86; 00.87; 81.51;81.52; 81.53	
<b>12</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
<b>13</b>	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
<b>14</b>	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
<b>15</b>	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
<b>16</b>	Emorroidectomia	49.46-49.49	
<b>17</b>	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

## PERCORSI DI TUTELA

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, l'Azienda Toscana Centro attiva "percorsi di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino, in particolare per le prestazioni ambulatoriali deve essere previsto nel sistema Cup aziendale l'inserimento della stessa in una pre-lista, per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti.

Il team di GO (Gestione Operativa)/SOD CUP deve pertanto procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico. Al termine dell'iter l'azienda ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta.

Il presente Programma Attuativo definisce le principali modalità con cui dovrà essere possibile attivare percorsi di accesso alternativi alle prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) nel caso in cui il sistema dell'offerta dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti:

### ***Attivazione progetti incentivanti (libera professione intramuraria/attività aggiuntiva)***

Le Direzioni e i Dipartimenti Sanitari potranno richiedere l'avvio di progettualità incentivanti specifiche relative a determinati ambiti di produzione (sia per la parte ricovero che quella ambulatoriale) particolarmente complessi in termini di tempi di attesa, da concordare con il supporto della SOS GO, attraverso la relativa procedura dell'Area Amministrazione del Personale

### ***Rimodulazione offerta ambulatoriale Privato Accreditato***

La Direzione Sanitaria Aziendale, con il supporto della SOS GO e SOD CUP, potrà richiedere per specifiche prestazioni che dovessero risultare particolarmente critiche in termini di tempi di attesa la rimodulazione di una parte (20%) dell'offerta ambulatoriale del privato accreditato secondo quanto previsto dalla DA 719/2019 (Modello Competitivo), ove possibile

### ***Erogazione produzione chirurgica in erogazione congiunta - Progetti "Service"***

La Direzione e/o i Dipartimenti Sanitari, con il supporto della SOS GO, possono proporre una rimodulazione del budget aziendale dedicato ai progetti correlati alla produzione chirurgica elettiva in erogazione congiunta con le Strutture Convenzionate o Progetti "Service" (il cui modello di gestione è descritto nella Procedura Aziendale PA.APCAS.03); in modo da poter concentrare gli sforzi ove necessario sulle casistiche

ordinarie dove si dovessero riscontrare le principali problematiche in termini di tempi di attesa

### ***Lista di attesa chirurgia elettiva ordinaria ATC - Recall***

I tempi di attesa nelle liste di prenotazione della Chirurgia Elettiva Ordinaria dei vari Stabilimenti Ospedalieri aziendali saranno oggetto di continuo monitoraggio. Ai pazienti in attesa di intervento che dovessero risultare fuori dai tempi previsti dalla normativa vigente, per le prestazioni oggetto di analisi, dovranno essere proposte soluzioni alternative migliorative all'intervento nello stabilimento ospedaliero dove sono inseriti in lista (trasferimento di lista in altro Stabilimento Ospedaliero Aziendale e/o disponibilità ad un progetto "Service"), attraverso il processo di recall (come previsto dal *decreto regionale 1253/2019*).

### ***Fast Track***

L'Azienda Usl Toscana Centro, per poter consentire di affrontare a livello territoriale la gestione delle prestazioni ambulatoriali con priorità U, mette a disposizione dei medici richiedenti, o del personale di segreteria ad essi collegato, un numero verde dedicato per poter accedere a prestazioni/percorsi che necessitano di risposte nel più breve tempo possibile. La realizzazione in tutto il territorio aziendale di percorsi di facile accesso in grado di rispondere in tempi certi a bisogni non differibili è ritenuto un obiettivo strategico. Resta inteso che in caso di situazioni cliniche che comportino pericolo a breve il paziente deve essere inviato al Pronto Soccorso con opportuna documentazione. L'Azienda rende disponibili le linee di indirizzo di vari quadri patologici, elaborate dal Dipartimento Medicina Generale e dalle Strutture specialistiche aziendali, al fine di aumentare l'appropriatezza prescrittiva e allineare l'offerta al bisogno reale. Tale percorso (Fast Track) deve essere attivo, in prima battuta, esclusivamente per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA 2019-2021.

Il percorso di tutela è tra l'altro assicurato, sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, attraverso il numero verde regionale già attivo in applicazione della DGRT 694/2014.

## CUP - PRENOTAZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il CUP è definito come il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa. Secondo il cronoprogramma, descritto anche nel PRGLA 2019-2021, solo nel 2020 verrà implementata la piattaforma informatica del CUP unico regionale (CUP 2.0) in ATC; fino ad allora, la presenza di 4 diversi CUP nelle varie realtà territoriali afferenti all'Azienda Sanitaria Toscana Centro comporta la necessità di avviare delle modifiche sugli attuali applicativi al fine di allinearli alla normativa vigente, modulando gli investimenti in considerazione del prossimo avvio del Cup 2.0. e della prevista unificazione dei 4 Cup attuali in un unico applicativo Cup accettore. Tali implementazioni verranno gestite dai Progetti Tecnologici Aziendali in collaborazione con Estar, supportati dalla SOS Gestione Operativa e SOD Cup.

Le implementazioni minime che devono essere garantite da tutti gli attuali applicativi CUP aziendali sono:

- Possibilità di configurare agende di prenotazione di primo e secondo accesso, opportunamente distinte
- Configurazione "sblocco": agende configurate come secondo accesso, se non sature, devono in automatico essere rese disponibili per il primo accesso con un anticipo di x giorni rispetto all'erogazione prevista (l'anticipo è da definire e rendere configurabile a seconda dell'ambito, a cura del Dipartimento/SOS GO/SOD Cup)
- Tutte le prenotazioni ambulatoriali di primo accesso devono essere effettuate in base alla priorità segnalata nella prescrizione
- Tutte le agende dovranno essere caratterizzate da un unico Centro di Responsabilità (Struttura Organizzativa Aziendale) che esegue la prestazione o insieme di prestazioni raggruppabili, un unico luogo fisico in cui viene svolta la prestazione e da un unico e definito numero di prestazioni prenotabili
- Le prestazioni prenotabili sono tutte quelle stabilite dai cataloghi regionali (la durata della prestazione deve essere standard a livello aziendale e stabilita dal Direttore del Dipartimento interessato o suo delegato) e sono messe a disposizione unicamente per l'utenza esterna
- Ogni agenda aperta deve essere configurabile per avere un orizzonte

temporale di programmazione pari ad almeno 12 mesi; tale orizzonte temporale risulta obbligatoriamente essere quello minimo, per quanto riguarda le agende relative al secondo accesso

- Gestione pre liste. Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista

Al fine di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, è necessario che i sistemi di prenotazione CUP registrino correttamente tale informazione, già prevista nei flussi informativi.

Inoltre è fondamentale che nei sistemi di prenotazione siano tracciate le prenotazioni, ai fini di una successiva selezione della casistica, per le quali deve essere attuata la garanzia dei tempi massimi. Tale informazione indica infatti se ci troviamo di fronte ad un utente che accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

La data di prenotazione è la data assegnata per effettuare la prestazione. Se l'utente accetta la prima disponibilità offerta, la data di prenotazione coincide con la data di prima disponibilità.

Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché costituisce il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. In tal senso è necessario che tale dato sia sempre rilevato correttamente negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi che a partire da essi vengono generati e trasmessi dalle Aziende sanitarie. L'agenda di prenotazione è uno strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni.

Se una prestazione non è disponibile in alcuna agenda dell'ambito di garanzia, così come definito in precedenza, l'attività di prenotazione si considera sospesa. Sospendere le attività di prenotazione (fenomeno delle cosiddette liste d'attesa bloccate, agende chiuse) è una pratica vietata dalla [Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282](#) (Finanziaria 2006). Le Direzioni/Dipartimenti sanitari interessati devono vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione. La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa.

## **GESTIONE MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (DROP OUT)**

Per drop out si intende la mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

È opportuno attuare ogni sforzo volto a sensibilizzare l'utenza e favorire la tempestiva comunicazione in caso di disdetta, per poter massimizzare l'utilizzo da parte degli utenti di tutta l'offerta disponibile. Devono inoltre essere previsti servizi telematici (mail, sms, etc.) dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate.

Si confermano le disposizioni regionali e aziendali previste per la mancata disdetta delle prestazioni, in particolare si conferma che l'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non si presenti senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione

## **TRASPARENZA E COMUNICAZIONE**

Al fine di una corretta comunicazione e informazione sulle liste di attesa, nel sito aziendale devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal PRGLA 2019-2021, così come previsto dalla normativa vigente. Il controllo del processo correlato e la verifica della qualità e tempestiva messa a disposizione delle informazioni nelle sezioni accessibili sopra richiamate è competenza della Direzione Sanitaria Aziendale, in coordinamento con il Responsabile Aziendale "Anticorruzione e Trasparenza".

## **SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ**

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

Con il presente atto dunque, l'Azienda Sanitaria Toscana Centro pone al centro della valutazione della Dirigenza Aziendale interessata (Capi Dipartimento, Capi Area, Responsabili SOC e SOC) la messa in atto delle azioni descritte nel presente Programma Attuativo. **Se i sistemi di monitoraggio aziendale e regionale, che si concentrano su tutte le prestazioni citate nel PRGLA 2019-2021, dovessero**

**evidenziare particolari aree di criticità, verranno concordati piani di rientro con i singoli Direttori di Dipartimento/Area/SOC/SOS nei canoni previsti dal presente Programma e gli stessi costituiranno oggetto di valutazione fino alla messa in discussione del ruolo.**

## **GOVERNO DELL'INTRAMOENIA**

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, deve essere assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Deve essere garantita adeguata modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale (tale aspetto risulta fondamentale anche per la corretta alimentazione del flusso informativo SPA, visto che la Regione Toscana nel PRGLA 2019-2021 intende integrare il flusso della specialistica ambulatoriale affinché possa accogliere, al pari del flusso SDO, le informazioni relative all'operatore che ha erogato la prestazione). Il PRGLA 2019-2021 sottolinea che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attui il **blocco dell'attività libero professionale**, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Nel caso dunque le attività di monitoraggio evidenzino per una data specialità percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal presente programma aziendale, andrà attuata una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. Tale strategia deve essere attuata con riferimento ai volumi di produzione istituzionale e libero professionale dei singoli operatori così come già rilevati nel flusso sdo, con riferimento all'intera equipe e di prossima rilevazione anche nel flusso della specialistica ambulatoriale. A partire dai volumi dei singoli professionisti erogati sia in attività istituzionale che in attività libero professionale legati alla specialità con criticità di tempi di attesa, l'azienda col presente atto da mandato alle Strutture organizzative preposte di attivarsi per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale, fino al totale blocco dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata. Si ricorda, inoltre, che le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale competono anche all'Organismo paritetico regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3 e sottoposto a valutazione nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.



## MONITORAGGI

Oltre ai monitoraggi previsti a livello regionale e dettagliati nel PRGLA 2019-2021, deve essere previsto all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro un monitoraggio per i tempi di attesa correlati alle prestazioni sia ambulatoriali che di ricovero al fine di informare tempestivamente i Dipartimenti e le Aree interessate e agevolare il processo delle eventuali messa in atto di azioni correttive citate nel presente Programma Aziendale su ambiti che dovessero risultare particolarmente critici.

**Monitoraggio settimanale tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:** trattasi del monitoraggio della prima disponibilità a CUP (inteso come quarto slot disponibile) per tutte le prestazioni ambulatoriali previste dal PRGLA 2019-2021 suddiviso per zona territoriale aziendale. Report a cura della SOD Cup. Fonte dati: 4 sistemi Cup aziendali.

**Monitoraggio bimestrale tempi di attesa chirurgia elettiva ordinaria:** trattasi del monitoraggio dei tempi di attesa suddivisi per Stabilimento Ospedaliero Aziendale, Unità Operativa, Classe di Priorità. Report a cura della SOS GO. Fonte dati: Cartelle cliniche informatizzate

**Monitoraggio mensile chirurgia elettiva ordinaria:** trattasi del monitoraggio degli indicatori principali di statistica descrittivi degli interventi chirurgici erogati dai Presidi Ospedalieri aziendali. Report a cura della SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa. Fonte dati: SDO

**Monitoraggio bimestrale tempi di attesa prestazioni ambulatoriali:** trattasi del monitoraggio dei tempi di attesa relativa (prima disponibilità) delle prestazioni del PRGLA 2019-2021 suddivisi per zona territoriale aziendale. Report a cura della SOC Analisi dati attività sanitaria e programmazione operativa. Fonte dati: TAT

ESTAR, coordinandosi con i Progetti Tecnologici, dovrà monitorare i criteri di alimentazione dei flussi informativi ufficiali correlati al monitoraggio della produzione e dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (SPA - TAT) e di ricovero (SDO), al fine di garantire un allineamento delle informazioni contenute nei flussi ufficiali con quelle contenute e registrate nei verticali aziendali.



## **OSSERVATORIO REGIONALE SULLE LISTE DI ATTESA**

Si sottolinea, inoltre, che al fine di monitorare nelle diverse aziende sanitarie le azioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa la Regione Toscana ha istituito con DGR 194/2019 l'Osservatorio regionale per i tempi di attesa, di cui fanno parte rappresentanti delle Aziende sanitarie, referenti regionali, Ars e rappresentanti delle associazioni dei cittadini. Compito dell'Osservatorio è quello di effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare sull'andamento delle prestazioni definite dal **Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa** e sulle ulteriori prestazioni di interesse regionale, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (istituzionale e libera professione), con particolare riferimento allo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento dei tempi di attesa; monitorare le azioni messe in campo a livello aziendale per il contenimento dei tempi di attesa; assicurare una corretta informazione e comunicazione a tutela dell'equità e della trasparenza al fine di garantire ai cittadini la conoscenza delle liste d'attesa ed i criteri utilizzati per loro gestione.