



AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI
Trento

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

**ALLEGATO PARTE INTEGRANTE
DELLA DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
N 517/2019 DI DATA 24/09/2019**

IL PRESENTE ALLEGATO E' COMPOSTO DI N. 29 PAGINE

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	7
1.1 Piano attuativo provinciale	7
1.2 Prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	7
1.3 Prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno	8
1.4 Monitoraggi obbligatori.....	9
1.5 Prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa	10
1.6 Prestazioni specialistiche in regime di ricovero oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa.....	14
2. PRENOTAZIONE	15
2.1 Modalità di prenotazione prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	15
2.2 Modalità di prenotazione dei ricoveri in regime ordinario e diurno.....	17
3. OFFERTA DI PRESTAZIONI.....	17
3.1 Strutture eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	17
3.2 Strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero.....	18
4. STRUMENTI DI CONTROLLO E GOVERNO DELLA DOMANDA.....	19
4.1 Il modello RAO e le classi di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali	19
4.2 Prime prestazioni e prestazioni di controllo e follow-up.....	19
4.3 Il “tipo di accesso”.....	20
4.4 Indice TAP.....	21
4.5 Indice di performance.....	21
4.6 Concordanza.....	22
4.7 Il “quesito diagnostico”	22
4.8 Evoluzione degli strumenti IT per la specialistica ambulatoriale.....	23
4.9 Controllo di qualità delle prestazioni in regime di ricovero.....	24
4.10 Gestione delle criticità nell’ambito della specialistica ambulatoriale	24
5 PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALI NON ESEGUITE	25
5.1 “Recall” o sms promemoria	25

5.2	<i>Disdetta della prestazione e malus.....</i>	25
6	PERCORSI DI TUTELA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	25
6.1	<i>Rispetto dei tempi di attesa.....</i>	25
7	DURATA RICETTE	26
8	PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI E TEMPI DI ATTESA	27
9	COMUNICAZIONE	28
10	GESTIONE CRITICITA' - SINTESI DELLE AZIONI.....	29

1. INTRODUZIONE

1.1 Piano attuativo provinciale

1.1.1 La Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Trento, con Deliberazione n. 696 del 17 maggio 2019 ha approvato il “Piano attuativo provinciale per il contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2019-2021”.

1.1.2 Il Piano attuativo provinciale, in coerenza con il PNGLA, prevede l’applicazione, oltre che dei consueti monitoraggi, di strategie gestionali per l’appropriata (clinica ed organizzativa) accessibilità sia alle prestazioni specialistiche ambulatoriali prenotabili (pertanto escluse le prestazioni di pronto soccorso) sia alle prestazioni di ricovero programmato.

1.2 Prestazioni specialistiche ambulatoriali

1.2.1 Il Piano attuativo provinciale, in coerenza con il PNGLA, stabilisce e ribadisce l’obbligo, nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni specialistiche l’uso sistematico dei seguenti campi: (i) prima visita/prestazione diagnostica o accessi successivi (tipo di accesso); (ii) quesito diagnostico; (iii) classi di priorità.

1.2.2 Il Piano attuativo provinciale, inoltre, prevede, in coerenza con il PNGLA, una serie di monitoraggi a cui corrisponderà l’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) nelle tempistiche previste, in base alle indicazioni del Ministero della Salute e dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS).

1.2.3 E’ conservata la centralità dell’approccio per priorità cliniche secondo il modello metodologico e organizzativo denominato “Raggruppamenti d’attesa omogenea” (RAO). Essendo tale modello originato in provincia di Trento prima dell’adozione, da parte del Ministero dell’Economia e delle Finanze, del campo priorità nella ricetta per la prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, i “codici lettera” utilizzati da circa vent’anni in provincia di Trento sono diversi rispetto a quelli della ricetta SSN. Pur avendo da sempre provveduto a transcodificare i “codici lettera” in uso da parte della Provincia Autonoma di Trento nei corrispondenti codici di livello nazionale, APSS, stante il recepimento con il nuovo PNGLA del modello RAO, adeguerà i codici lettera attualmente in uso in provincia di Trento a quelli del livello nazionale, in modo da permettere l’utilizzo di “codici lettera” uniformi a quelli previsti dal Ministero dell’Economia e delle Finanze e di evitare la procedura, seppur prevista, di transcodifica.

1.2.4 Visto quanto sopra, i codici lettera saranno così modificati, in coerenza con le indicazioni del Decreto interministeriale 17.3.2008: codice RAO A = U, codice RAO B = B, codice RAO C = D, codice RAO E oppure senza priorità = P. Di conseguenza non sarà più utilizzato il codice RAO P, che corrisponde nel linguaggio in uso nella Provincia Autonoma di Trento ai casi di controlli e ai follow-up.

1.2.5 Pertanto, con il Programma attuativo aziendale, le predette classi di priorità, nel rispetto delle direttive del Piano attuativo provinciale, in coerenza con quanto stabilito dal PNGLA, saranno 4: U (tempo di attesa 3 giorni), B (tempo di attesa 10 giorni), D (tempo di attesa 30 giorni), P (tempo di attesa 90 giorni).

1.2.6 L'attuale classe "RAO P" sarà eliminata e l'informazione riferita alle prestazioni di controllo e di follow-up sarà garantita tramite l'utilizzo del nuovo campo obbligatorio "tipo di accesso", che permetterà di identificare gli "accessi successivi", differenziandoli dai "primi accessi".

1.2.7 I nuovi "codici lettera" (U, B, D, P) saranno progressivamente introdotti e la definitiva sostituzione sarà attiva dal 1 gennaio 2020. Nel frattempo, come già avviene ed in coerenza con quanto previsto dal Piano attuativo provinciale, il Dipartimento Tecnologie garantirà la transcodifica dei "codici lettera" per il flusso dei dati al livello centrale nazionale.

1.2.8 Come indicato dal Piano attuativo provinciale, in una visione strategica si prefigura la 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 dei pediatri di libera scelta (PLS), prevedendo 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).

1.2.9 Il Programma attuativo aziendale monitorerà inoltre i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali di primo livello, erogabili su tutto il territorio provinciale, al fine di permettere di adeguare i tempi di attesa, previsti dal Piano attuativo provinciale, nell'ambito di definite aree territoriali nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità.

1.3 Prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno

1.3.1 Anche per le prestazioni in regime di ricovero programmato, ordinario e diurno, il Piano attuativo provinciale, in coerenza con il PNGLA, ribadisce l'obbligo di utilizzo del campo priorità clinica così come l'obbligo della data di inserimento in lista di attesa, due campi da anni obbligatori nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

1.3.2 Le classi di priorità per il ricovero programmato sono 4 e sono individuate da codici lettera (A, B, C, D), differenziate in base al rischio clinico di compromissione della prognosi del paziente e definite 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. Tale classificazione è già in uso presso APSS.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	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	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
C	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
D	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.

1.3.3 L'inserimento nella lista di attesa, secondo le classi di priorità clinica, sarà effettuato tramite gli applicativi informatici sviluppati dal Dipartimento Tecnologie già in uso. La variazione dell'ordine di priorità è possibile, a cura della struttura proponente, esplicitando il motivo della variazione temporale della data di ricovero nel campo "note" dell'applicativo informatico.

1.4 Monitoraggi obbligatori

1.4.1 Il Piano attuativo provinciale stabilisce, in coerenza con il PNGLA, quali sono le prestazioni specialistiche ambulatoriali e le prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno da sottoporre a monitoraggio. Per le 69 prestazioni specialistiche ambulatoriali, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con classi di priorità B (10 giorni) e D (30 giorni). A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla classe di priorità P (90 giorni).

1.4.2 Per le 17 prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno, il monitoraggio, in coerenza con il PNGLA, sarà previsto per la classe di "A" (30 giorni di tempo di attesa), prevedendo, come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del PNGLA (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (Il quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile. Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

1.4.3 Il Piano attuativo provinciale evidenzia infine la necessità di sviluppare i PDTA, in particolare per quanto riguarda le malattie del sistema cardiocircolatorio ed i

tumori, nonché modalità di comunicazione ed informazione per l'utente ed i familiari rispetto ai PDTA previsti.

1.4.4 Per la trasmissione e rilevazione dei flussi informativi, sono di riferimento le Linee Guida per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B del PNGLA e allegato B del Piano attuativo provinciale). Il primo posto libero nell'ambito dell'intero territorio provinciale, accettato dall'utente, viene rilevato per singola prenotazione tramite l'applicativo utilizzato dal sistema CUP.

1.4.5 Il Dipartimento Tecnologie, grazie alla progressiva diffusione dell'utilizzo della ricetta dematerializzata in fase di prenotazione e agli accordi con il fornitore dell'applicativo informatico utilizzato dal sistema CUP, coordinerà il nuovo flusso di tale informazione previsto dalle predette Linee Guida.

1.5 Prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa

1.5.1 L'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio è inserito nella Tabella sottostante e potrà essere modificato in base a successive direttive della Provincia Autonoma di Trento.

VISITE SPECIALISTICHE

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI			
N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI			
N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

1.6 Prestazioni specialistiche in regime di ricovero oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa

1.6.1 L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella Tabella sottostante e potrà essere modificato in base a successive direttive della Provincia Autonoma di Trento.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	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
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (I)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (I)	53.0x- 53.1x	

(I) Il monitoraggio di tali prestazioni verrà effettuato a seconda del regime assistenziale di erogazione (ricovero o ambulatoriale).

2. PRENOTAZIONE

2.1 Modalità di prenotazione prestazioni specialistiche ambulatoriali

2.1.1 L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali avviene in gran parte tramite prenotazione telefonica (Call Center CUP), , oppure via fax, oppure tramite i diversi sportelli ed ambulatori aziendali.

2.1.2 La prenotazione avviene anche tramite operatori APSS (in particolare per le prestazioni successive, nei casi in cui il paziente viene preso in carico dalle strutture specialistiche ambulatoriali). Come indicato al successivo punto 4.2.3, nel corso dell'anno 2018, le strutture ambulatoriali che hanno in carico i pazienti gestiscono quasi un terzo di tutte le prenotazioni

2.1.3 La prenotazione è possibile, secondo specifiche indicazioni operative per l'utente, anche via web e via app tramite la modalità "CUP on-line", che fornisce (nel momento del contatto) la prima data disponibile per tutte le strutture che erogano la prestazione richiesta.

2.1.4 Per la maggior parte delle prestazioni il cittadino deve disporre di ricetta SSN ("ricetta dematerializzata" oppure ricetta cartacea su modulo standard, cosiddetta "ricetta rossa"). Per alcune prestazioni è possibile l'accesso senza ricetta.

2.1.5 Per la prenotazione di una visita/prestazione in regime libero professionale intramoenia, il cittadino utilizza le modalità elencate ai punti 2.1.1 e 2.1.3, ma con percorsi separati di accesso alla prenotazione.

2.1.6 Il Servizio Specialistica Ambulatoriale, in collaborazione con il Servizio Soluzioni Sanità Elettronica, favorirà lo sviluppo di soluzioni informatiche, se necessario in collaborazione con il fornitore esterno, utili a favorire l'incremento dell'utilizzo della prenotazione on-line, anche grazie alla diffusione della soluzione informatica Cartella clinica del cittadino (TreC).

2.1.7 Ad alcune prestazioni si accede, in specifici orari, senza prenotazione: radiografie del torace (in quasi tutte le strutture erogatrici), prelievi ematici. Il cittadino può scegliere, nel caso dei prelievi ematici, la struttura erogante e l'orario esatto del prelievo tramite il link "Prenotazione esami laboratorio" disponibile sulla pagina web pubblica di APSS.

2.1.8 La modalità di effettuazione dei prelievi ematici tramite prenotazione on-line dovrà essere progressivamente diffusa su tutti i punti di erogazione, compresi, ove possibile in base alla tipologia della struttura, i giorni di sabato.

2.1.9 L'Area Cure Primarie valuterà l'opportunità di attivare l'accesso diretto per altre prestazioni specialistiche ambulatoriali (ad esempio: ecografie addome), per favorire una più appropriata continuità di cura sul territorio, utilizzando il setting ambulatoriale extra ospedaliero.

2.1.10 Le agende delle prestazioni devono essere aperte per almeno 6 mesi presso tutte le strutture che garantiscono continuità di offerta. L'apertura delle agende per le visite e le prestazioni di follow-up è necessaria per almeno un anno.

2.1.11 Tramite uno specifico applicativo informatico di monitoraggio il Servizio Specialistica Ambulatoriale, coadiuvato dal Responsabile della Piattaforma Ambulatori e Servizi, terrà monitorata l'apertura delle agende per singola struttura erogante.

2.1.12 Nel caso di difficoltà a stabilire fin da subito la data dell'appuntamento (ad esempio: nel caso degli specialisti ambulatoriali interni) potrà essere utilizzato il pre-appuntamento. L'utente, al momento del contatto con il sistema CUP, saprà il mese in cui verrà erogata la prestazione e verrà contattato dal Call Center CUP nel corso del mese precedente per la scelta del giorno e dell'orario. Per la rilevazione del tempo di attesa verrà correttamente utilizzata la prima data di contatto dell'utente con il sistema CUP.

2.1.13 Una innovativa modalità di prenotazione, denominata "CUP attivo", è stata introdotta nella seconda metà del 2017, grazie al coinvolgimento degli utenti iscritti a TreC (Cartella Clinica del Cittadino), al compimento dei 65 anni di età, che hanno accettato di aderire a tale modalità di prenotazione. Il "CUP attivo" prevede che il Call Center si attivi al momento della prescrizione informatica di una prestazione specialistica ambulatoriale. In tal modo non è l'utente che deve attivarsi per prenotare la prestazione, come nella maggior parte dei casi avviene, ma viceversa è il Call Center che telefona all'utente, dopo circa mezz'ora dalla prescrizione della ricetta elettronica. Ciò è stato possibile grazie alla diffusione di TreC nella popolazione ed è stata attivata per la popolazione ultra65enne iscritta a TreC. Nel corso del 2019 è prevista l'estensione di tale servizio agli utenti iscritti a TreC di altre fasce di età.

2.1.14 In considerazione della fluttuazione settimanale ma anche quotidiana dell'offerta conseguente a: (i) disdette, (ii) apertura di nuove agende, il Servizio Specialistica Ambulatoriale, con la collaborazione del Dipartimento Tecnologie, proporrà lo sviluppo di un applicativo informatico in grado di cercare in modo automatico, sulla base della prescrizione e di alcune preferenze che potrà fornire l'utente, la soluzione "first in first out". Tale innovativo applicativo per la "ricerca automatica del miglior posto libero" sarà sperimentato nel corso del secondo semestre del 2019.

2.2 Modalità di prenotazione dei ricoveri in regime ordinario e diurno

2.2.1 La prenotazione delle prestazioni programmate, in regime di ricovero ordinario e diurno, viene effettuata dal personale delle UUOO, inserendo le informazioni minime necessarie, per la tracciabilità della prenotazione, nell'applicativo informatico sviluppato dal Dipartimento Tecnologie.

2.2.2 Il paziente sceglie la struttura ospedaliera presso la quale sarà sottoposto alla prestazione in regime di ricovero e, successivamente alla visita specialistica, verrà inserito nella lista di attesa, indicando come data di prenotazione quella in cui il medico ritiene che il paziente necessiti di quella specifica prestazione.

2.2.3 Come previsto dal Piano attuativo provinciale, in coerenza con il PNGLA e come specificato al punto 1.3.2, le classi di priorità clinica per le prestazioni programmate sono 4: A entro 30 giorni, B entro 60 giorni, C entro 180 giorni, D entro 12 mesi.

3. OFFERTA DI PRESTAZIONI

3.1 Strutture eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali

3.1.1 L'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali è garantita nell'ambito della provincia di Trento da una programmazione strutturata da parte di APSS che ogni anno e, sempre di più ogni mese, tiene conto della dinamica della domanda e dei mutamenti socio-demografici presenti sul territorio di riferimento. Attenzione particolare è rivolta all'offerta annua richiesta in base alla stima della domanda per le prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate dal Piano attuativo provinciale e dunque a livello ministeriale.

3.1.2 La rete provinciale di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali comprende strutture di APSS (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori di distretto) e strutture private accreditate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 29 studi/ambulatori convenzionati esterni per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche).

3.1.3 La distribuzione sul territorio delle sedi che erogano prestazioni specialistiche tiene conto della prossimità al luogo di vita del cittadino per quanto concerne prestazioni specialistiche di primo livello, mentre risulta necessariamente concentrata all'interno delle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità/intensità di cura o elevata tecnologia.

3.1.4 In linea con quanto indicato dal Piano attuativo provinciale, per una maggiore adesione alle esigenze espresse da alcune fasce di popolazione e sulla base della contestuale criticità dei tempi di attesa di specifiche prestazioni, la Cabina di regia, di cui al punto 4.10, previa verifica, confermerà l'apertura di strutture, all'uopo individuate, nelle fasce serali e/o nei giorni di sabato e di domenica.

3.1.5 L'offerta di prestazioni tiene conto di richieste con differente priorità RAO, senza priorità e controllo e follow-up, con adeguata organizzazione all'interno dei piani di lavoro delle agende di attività ambulatoriale. I volumi di offerta per ciascuna categoria sono stimati sulla base dell'andamento della domanda e sulle organizzazioni delle équipes di professionisti, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa per ogni tipologia.

3.1.7 Le prestazioni che evidenziano valori critici nei volumi di offerta in relazione ai tempi di attesa previsti, sono oggetto di intervento su diversi livelli. Le azioni previste sono:

- a) ridistribuzione dell'offerta per le diverse classi di priorità all'interno delle agende;
- b) riorganizzazione delle attività sulla base di un modello di intervento/assistenza multizonale;
- c) valutazione di erogazione di prestazioni orarie aggiuntive, secondo quanto previsto dagli accordi contrattuali in vigore;
- d) valutazione di un possibile rinnovo delle tecnologie/attrezzature sanitarie per quanto concerne gli esami di diagnostica strumentale di I e II livello;
- e) reclutamento di medici specialisti mediante selezione pubblica, ovvero convenzioni con Aziende Sanitarie che insistono su territori di confine;
- f) valutazione dei volumi di prestazione offerti mediante contratto di fornitura dalle strutture private accreditate.

3.1.8 Azioni estemporanee a carattere straordinario riguardano situazioni di mancato utilizzo di apparecchiature di diagnostica strumentale pesante (TC e RM), come nel caso di eventi di manutenzione non programmata e/o lavori di sostituzione tecnologica. In tali condizioni potrà essere utile valutare un possibile incremento dell'offerta avvalendosi di contratti di fornitura funzionali al superamento delle criticità rilevate con strutture pubbliche e/o private accreditate, in linea con quanto previsto dal Piano attuativo provinciale per i "percorsi di tutela".

3.2 Strutture eroganti prestazioni in regime di ricovero

3.2.1 L'offerta delle prestazioni in regime di ricovero, monitorate dal Piano attuativo provinciale in linea con il PNGLA, è garantita da parte delle strutture ospedaliere a gestione diretta di APSS, secondo gli indirizzi operativi della rete ospedaliera, coordinata dal Servizio Ospedaliero Provinciale.

3.2.2 Il monitoraggio dei tempi di attesa di tali prestazioni costituisce un utile strumento di governo per il Servizio Ospedaliero Provinciale, funzionale alla valutazione di azioni da realizzare a seguito della modulazione dell'andamento della domanda per specifiche prestazioni: al variare della rilevazione degli indici, in condizioni di possibile criticità verranno messe in atto opportune azioni. Tra queste:

- a) revisione dell'organizzazione di équipes multizonali e valutazione di erogazione delle attività secondo il modello Hub & Spoke;
- b) valutazione di erogazione di prestazioni orarie aggiuntive, secondo quanto previsto dagli accordi contrattuali in vigore;
- c) reclutamento di medici specialisti mediante selezione pubblica, ovvero convenzioni con Aziende Sanitarie che insistono su territori di confine;
- d) verifica e programmazione delle attività dei blocchi operatori con rimodulazione flessibile delle sale operatorie;

- e) valutazione di possibili contratti di fornitura con strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni in regime di ricovero programmato.

4. STRUMENTI DI CONTROLLO E GOVERNO DELLA DOMANDA

4.1 Il modello RAO e le classi di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

4.1.1 L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, nell'anno 2000, in un'area distrettuale "pilota", ha iniziato a sperimentare l'utilizzo dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenea (RAO) e, dalla seconda metà del 2004, ha erogato le prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutto il territorio provinciale garantendo le priorità cliniche secondo il predetto modello.

4.1.2 Il modello RAO aveva l'obiettivo di far sì che i medici delle cure primarie ed i medici specialisti concordassero l'uso di "parole chiave cliniche" in grado di descrivere il grado di "bisogno diagnostico" del paziente indicando un tempo di attesa ritenuto ragionevole.

4.1.3 Una prima versione del manuale RAO conteneva una trentina di prestazioni classificate come sopra sinteticamente descritto. Il manuale RAO in uso presso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari contiene attualmente (undicesima revisione) oltre 80 prestazioni con classi di priorità clinica ed è disponibile e scaricabile dalla pagina web pubblica dell'Azienda.

4.1.4 Con il recepimento del modello RAO da parte della Conferenza Stato Regioni (allegato C del nuovo PNGLA e allegato C del Piano attuativo provinciale), le "parole chiave cliniche" previste dal manuale RAO dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, dovranno tenere conto dei contenuti clinici concordati a livello nazionale e dei loro successivi aggiornamenti (previsti dal PNGLA).

4.2 Prime prestazioni e prestazioni di controllo e follow-up

4.2.1 Con gli attuali strumenti in uso presso APSS, si possono distinguere le prime prestazioni dalle prestazioni successive tramite alcuni linguaggi di codifica: (i) Nomenclatore Tariffario Provinciale (che permette la distinzione in fase di prescrizione delle prime visite dalle visite di controllo); (ii) classe di priorità RAO P (utilizzata dal prescrittore per specificare che trattasi di una prestazione di controllo o di follow-up); (iii) codice prodotto CUP (che permette in fase di prenotazione la distinzione delle prime visite dalle visite di controllo e i primi esami strumentali dagli esami strumentali di controllo); (iv) prestazioni prenotate dal personale addetto agli ambulatori o di supporto agli ambulatori per pazienti in carico agli ambulatori (agende riservate alle UUOO / Servizi per prestazioni di controllo e follow-up).

4.2.2 Con i dati registrati attraverso gli applicativi in uso al sistema CUP è stato possibile verificare che nel 2018 il 44% delle visite complessivamente prenotate corrisponde a visite di controllo: 222.815 visite di controllo su un totale di 505.633 visite.

4.2.3 Le prenotazioni effettuate nell'anno 2018 su agende riservate alle UUOO / Servizi per prestazioni di controllo e follow-up sono state 405.342 a fronte di un complessivo di 1.222.976 prenotazioni: ad oggi dunque, le strutture ambulatoriali che hanno in carico i pazienti gestiscono quasi un terzo di tutte le prenotazioni.

4.2.4 I predetti monitoraggi non sono tuttavia in grado di tracciare univocamente il percorso dalla prescrizione alla erogazione della prestazione. L'attivazione, nel secondo semestre del corrente anno, del nuovo campo "tipo di accesso", associato alla prescrizione con ricetta dematerializzata, potrà garantire una univoca tracciabilità di tali informazioni.

4.3 Il "tipo di accesso"

4.3.1 La valutazione e dunque la distinzione tra richiesta di prestazione di primo accesso o successiva al primo accesso è demandata al medico prescrittore, responsabile della richiesta generata.

4.3.2 Per prestazione di primo accesso, ci si riferisce al primo contatto del cittadino con il SSN per un problema clinico, ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale. Rientrano in tale definizione le visite o gli esami strumentali in pazienti cronici richiesti in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

4.3.3 Per prestazione successiva al primo accesso, ci si riferisce a visita o a prestazione di approfondimento per pazienti già presi in carico (controlli, follow-up).

4.3.4 Nel corso del secondo semestre 2019, a seguito della compilazione del campo della ricetta "tipo di accesso", è previsto l'avvio del monitoraggio: (i) volumi e tipologia di prestazioni successive al primo accesso erogate da specialisti diversi dal primo; (ii) volumi e tipologia di casi di primi accessi conseguenti a peggioramento del quadro clinico in pazienti cronici e/o di pazienti già inseriti in un percorso di follow-up (es. pazienti affetti da patologia oncologica). Tale monitoraggio sarà necessario per una applicazione del Piano attuativo provinciale coerente con il Nomenclatore Tariffario Provinciale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e con le norme cogenti sulla esenzione alla compartecipazione alla spesa (ticket) per specifiche patologie.

4.3.5 Sarà redatta idonea e adeguata procedura operativa sul "tipo di accesso" da parte del Servizio Specialistica Ambulatoriale in collaborazione con il Responsabile della Piattaforma Ambulatori e Servizi, il Servizio Finanza ed il Dipartimento Tecnologie e capillarmente diffuse a cura del Servizio Ospedaliero Provinciale, del Servizio territoriale (Area Cure Primarie), al fine di uniformare il più possibile un'appropriata prescrizione. La condivisione tra tutti gli attori citati consentirà altresì un'omogenea lettura della prescrizione per "tipo di accesso" in fase di erogazione della prestazione.

4.3.6 Il Servizio Ospedaliero Provinciale ed il Servizio Territoriale (Area Cure Primarie) saranno promotori della diffusione di indicazioni e daranno supporto informativo alle UUOO ed ai servizi di specialistica ambulatoriale per: (i) la completa e corretta presa in carico e prenotazione degli utenti per prestazioni prescritte da parte

dello specialista, in particolare per le discipline di: oculistica, dermatologia, cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva; (ii) l'appropriata refertazione delle prestazioni erogate e la prescrizione di prestazioni di controllo / follow-up solo se avvalorate e incluse in linee guida nazionali ed internazionali o in protocolli riconosciuti dalle Società scientifiche.

4.4 Indice TAP

4.4.1 Tramite il link web "CUP on line" sono visibili i tempi di attesa, monitorati ed aggiornati giornalmente a partire dal 1° gennaio dell'anno corrente, delle visite e degli esami diagnostici, il cui monitoraggio è previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

4.4.2 Oggetto della rilevazione dei tempi di attesa sono le prestazioni di primo accesso relative a visite e/o esami diagnostico strumentali riportate nel PNGLA per le quali è rilevato il primo posto disponibile su tutto l'ambito provinciale presso strutture aziendali a gestione diretta o accreditate convenzionate che erogano quella specifica prestazione e che l'utente può accettare o rifiutare. L'eventuale rifiuto di ricevere il posto proposto non determina la rilevazione del tempo di attesa.

4.4.3 Il sistema CUP, tramite l'applicativo "QLIKTempiAttesaPrevisti", permette di monitorare mensilmente il tempo di attesa previsto (ex ante) per residenza dell'utente, utilizzando i raggruppamenti territoriali delle ex aree comprensoriali, più idonee dei macro raggruppamenti distrettuali a rappresentare la prossimità al comune di residenza dell'utente. Tale applicativo risponde pertanto alla richiesta del Piano attuativo provinciale di monitorare i tempi di attesa per ambiti territoriali prossimi alla residenza dell'utente.

4.5 Indice di performance

4.5.1 Il Servizio Specialistica Ambulatoriale ha fatto sviluppare, tramite l'applicativo informatico del sistema CUP, un "indice di performance" che, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, con un algoritmo informatico, permette di visualizzare il rispetto dei tempi di attesa per le classi di priorità complessivamente considerate.

4.5.2 L'indice di performance è aggiornato settimanalmente: sono visibili le ultime 3 settimane in ordine cronologico via web tramite un URL riservato. La finalità è di permettere di visualizzare velocemente, tramite barre colorate, il grado di raggiungimento del 90° percentile del limite di garanzia di attese, delle classi di priorità complessivamente considerate.

4.5.3 L'URL è già disponibile per l'utilizzo da parte della Direzione Aziendale APSS e dalla Amministrazione provinciale per il monitoraggio complessivo del tempo di attesa per ciascuna delle prestazioni incluse nel Piano attuativo provinciale e per le eventuali prestazioni aggiunte dall'Amministrazione provinciale nell'ambito degli obiettivi assegnati ad APSS.

4.6 Concordanza

4.6.1 Fin dall'inizio dell'introduzione ed applicazione del modello RAO è stata avviata la valutazione di concordanza tra il codice di priorità apposto sulla ricetta dal prescrittore e la valutazione formulata dal medico specialista che effettua la prestazione. La raccolta di tale informazione è possibile grazie all'utilizzo integrato del campo priorità in fase di prenotazione con il campo priorità in fase di erogazione (refertazione) della prestazione.

4.6.2 La principale differenza fra appropriatezza e concordanza sta nell'assenza, in quest'ultima, di un giudizio di un medico rispetto all'altro, nell'attribuire una priorità clinica. Infatti, non concordare una attribuzione di priorità clinica non presuppone una presunzione di inappropriatezza.

4.6.3 Nella fase di prescrizione, il medico dovrebbe utilizzare criteri di priorità basati sulla valutazione clinico-anamnestica completa della condizione presentata dal cittadino.

4.6.4 Nella fase di erogazione delle prestazioni, lo specialista dovrebbe anch'esso attribuire la priorità al paziente basandosi sulla valutazione clinico-anamnestica completa della condizione presentata dal cittadino.

4.6.5 L'analisi della concordanza ha alcune principali finalità:

- a) agevolare il confronto tra i medici prescrittori ed i medici specialisti che effettuano le prestazioni richieste, condividendo la possibilità di garantire ai pazienti giusti la prestazione giusta al momento giusto;
- b) l'aggiornamento continuo delle indicazioni cliniche grazie all'analisi dei quesiti clinici associati alle categorie "Altro (10%)";
- c) il corretto utilizzo delle prestazioni per una miglior accessibilità dei cittadini alle prestazioni offerte e la riduzione del rischio di una possibile crescita non governata della domanda di prestazioni erogate dal SSP.

4.7 Il "quesito diagnostico"

4.7.1 Il quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. L'analisi delle informazioni contenute in tale campo, nel rispetto delle norme sul trattamento di dati, dovrà permettere al Servizio Specialistica Ambulatoriale, con il supporto tecnico del Dipartimento Tecnologie, il miglioramento continuo delle indicazioni previste dall'applicazione delle classi di priorità cliniche.

4.7.2 Al fine di effettuare le necessarie attività di valutazione, il Servizio Specialistica Ambulatoriale utilizzerà primariamente i dati raccolti, in base al modello RAO, con la concordanza prescrittore/specialista. Tali dati, raccolti con il supporto tecnico del Dipartimento Tecnologie, verranno utilizzati da parte del Servizio Ospedaliero Provinciale, del Servizio Territoriale (Area Cure Primarie) e del Responsabile della Piattaforma Ambulatori e Servizi per: (i) il ritorno informativo fra erogatore e prescrittore

(puntuale sul caso singolo e periodico sulla casistica del prescrittore e sulla casistica dell'erogatore); (ii) l'attività informativa e formativa per permettere il coinvolgimento partecipativo e progressivo dei medici delle cure primarie e degli specialisti per migliorare il linguaggio prescrittivo ed il linguaggio di refertazione; (iii) l'aggiornamento delle "parole chiave cliniche" previste per ciascuna classe di priorità, in particolare valutando le indicazioni cliniche dei casi prescritti con biffatura "Altro (10%)",

4.7.3 Verranno inoltre effettuate attività di audit e di re-audit clinico, su specifici ambiti dell'attività diagnostica, in particolare per le prestazioni strumentali di particolare complessità ed impegno umano e tecnologico.

4.7.4 Il Servizio Specialistica Ambulatoriale, con la collaborazione del Responsabile della Piattaforma Ambulatori e Servizi e con il supporto del Servizio Ospedaliero Provinciale e del Servizio Territoriale (Area Cure Primarie), dovrà fornire feedback ai prescrittori e agli specialisti erogatori ed agevolerà l'attività di revisione (audit) della casistica per comprendere e ridurre la variabilità fra prescrittori ed erogatori nell'attribuzione delle priorità cliniche.

4.7.5 Il Servizio Soluzioni Sanità Elettronica dovrà garantire la diffusione e l'aggiornamento continuo dello strumento di supporto alla decisione (*e-referral support system*) sia nell'applicativo informatico di APSS sia negli applicativi utilizzati dai medici delle cure primarie.

4.8 Evoluzione degli strumenti IT per la specialistica ambulatoriale

4.8.1 Con l'evoluzione della tecnologia informatica, negli ultimi anni è aumentata la disponibilità di strumenti informatici utili a supportare il medico nella fase di decisione operativa (feed-forward) e in grado di agevolare l'analisi dei dati su una popolazione di riferimento, favorendo il ritorno informativo (feedback) periodico a medici prescrittori e medici erogatori.

4.8.2 Per quanto concerne il feed-forward è necessario poter disporre di strumenti IT che supportino il medico in fase di prescrizione. In provincia di Trento da diversi anni gli applicativi informatici utilizzati dai medici di famiglia dispongono di tali strumenti e così gli specialisti che utilizzano gli applicativi sviluppati dal Dipartimento Tecnologie. Affinché tali strumenti funzionino efficacemente è necessario che sia garantito l'aggiornamento continuo con il supporto del Servizio Soluzioni Sanità Elettronica (si veda punto 4.7.5).

4.8.3 I ritorni informativi possono permettere di dare: (i) informazioni tempestive sulle singole decisioni oppure (ii) dare informazioni periodiche sull'insieme delle decisioni prese rispetto ad una popolazione di riferimento.

4.8.4 Nel primo caso di ritorno informativo sono necessari strumenti IT che permettano l'interscambio tempestivo di informazioni fra medici prescrittori e medici erogatori. Considerando che gli applicativi informatici utilizzati dai diversi professionisti sono diversi e spesso non comunicano fra loro, per tale tipologia di comunicazione sono necessari, a cura del Servizio Soluzioni Sanità Elettronica, specifici sviluppi informatici.

4.8.5 Nel secondo caso (feedback periodico) è necessario impostare un'analisi statistica descrittiva ed una rappresentazione utile all'osservatore per conoscere la sua collocazione nella popolazione di cui fa parte.

4.9 Controllo di qualità delle prestazioni in regime di ricovero

4.9.1 Per quanto riguarda le 17 prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario e diurno il monitoraggio dei tempi di attesa riguarda la classe di priorità clinica "A", come previsto a livello nazionale. Per tale ragione il Servizio Ospedaliero Provinciale, tramite il nucleo SDO, effettuerà il controllo di qualità dei dati relativi ai campi "priorità" e "data di prenotazione" delle prestazioni oggetto di monitoraggio, oltre che, con la collaborazione del Dipartimento Tecnologia, il controllo del rispetto dei tempi di attesa previsti, secondo le indicazioni del PNGLA.

4.10 Gestione delle criticità nell'ambito della specialistica ambulatoriale

4.10.1 Al fine di migliorare l'operatività dei processi di controllo dei tempi di attesa e, più in generale, dalla fase di prescrizione alla fase di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, verrà attivata, presso il Dipartimento di Staff, una Cabina di Regia coordinata dal Direttore Sanitario o suo sostituto, così composta:

- Direttore Dipartimento di Staff
- Direttore Dipartimento Governance
- Responsabile della Specialistica Ambulatoriale
- Responsabile della Piattaforma Ambulatori e Servizi
- Direttore SOP
- Direttore ST
- Direttore Area Cure Primarie
- Responsabile Servizio Convenzioni
- Responsabile Servizio Rapporti con il Pubblico
- Responsabile Servizio Soluzioni Sanità Elettronica

4.10.2 Alla Cabina di Regia parteciperanno altri attori, in funzione delle problematiche emerse che dovranno essere affrontate collegialmente.

4.10.3 La Cabina di Regia si riunirà periodicamente ogni 1-2 settimane, secondo il seguente programma di attività:

- a) analisi andamento rispetto tempi di attesa (indice TAP e indice di performance o altri indici all'uopo predisposti);
- b) analisi avanzamento azioni messe in atto per le singole prestazioni;
- c) monitoraggio di eventuali azioni di miglioramento in corso (ad es.: impostazione di percorsi diagnostici complessi; modalità di prenotazione da parte degli ambulatori specialistici di prestazioni di controllo e follow-up);
- d) analisi di problematicità e impostazione delle relative azioni correttive;
- e) altri eventuali problemi operativi.

4.10.4 Nell'ambito della Cabina di Regia verranno analizzate le singole tipologie di prestazioni e, per ognuna di esse, verranno indicate le azioni ed i responsabili per la

loro attuazione. Il Dipartimento di Staff e di Governance garantiranno il metodo ed il rispetto dei tempi fornendo feedback periodici alla Direzione.

5 PRESTAZIONE SPECIALISTICA AMBULATORIALI NON ESEGUITE

5.1 “Recall” o sms promemoria

5.1.1 In APSS, il cosiddetto fenomeno del “no show” (utenti che non si presentano all'appuntamento) è inferiore al 2% del totale delle prenotazioni. Tale bassa percentuale è stata raggiunta nel corso degli anni anche grazie all'invio dei cosiddetti “recall” via sms.

5.1.2 Già da alcuni anni, il sistema CUP prevede l'invio di sms di promemoria agli utenti che hanno prenotato una prestazione specialistica, al fine di ricordare l'appuntamento e poterlo eventualmente disdire con l'inoltro di un semplice messaggio sempre via sms.

5.1.3 La percentuale delle disdette, raccolte sia tramite sms, sia tramite CUP on-line, sia tramite front-office e Call Center, è superiore al 10% del totale delle prenotazioni e ciò permette di riutilizzare efficientemente gli spazi così liberatisi all'interno dei piani di attività contenuti nelle agende.

5.2 Disdetta della prestazione e malus

5.2.1 La disdetta di una prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale va fatta tramite il sistema CUP entro le ore 10 del giorno feriale precedente a quello relativo all'appuntamento della prestazione specialistica prenotata. Per agevolare i cittadini, il Call Center è attivo anche al mattino del sabato.

5.2.2 In mancanza di tale comunicazione il cittadino è tenuto, dal 1 giugno 2017 anche se esente, a pagare un “malus”, corrispondente all'importo di € 30,00.

6 PERCORSI DI TUTELA PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

6.1 Rispetto dei tempi di attesa

6.1.1 I tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali sono garantiti nell'ambito dell'insieme delle strutture che erogano tali prestazioni per APSS.

6.1.2 Ogni utente che chiede di accedere ad una prestazione specialistica ambulatoriale, ad esclusione degli accessi in Pronto Soccorso e di alcune prestazioni

ancor'oggi ad accesso diretto (nello specifico visite di ginecologia e ostetricia, psichiatria, neuropsichiatria infantile, psicologia, odontoiatria, misurazione della vista o misurazione optometrica, di prevenzione e consultoriali), necessita di una prescrizione tramite il ricettario SSN.

6.1.3 Con la prescrizione elettronica, oggi in gran parte dematerializzata, l'utente, se non altrimenti prenotato, accede alla prenotazione tramite il CUP unico provinciale, via telefono, via front-office, via web.

6.1.4 Il rapporto domanda/offerta nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale risente molto di fattori come la stagionalità e la fluttuazione settimanale delle richieste. L'APSS, nel caso di possibile riduzione dell'offerta garantisce il rispetto dei tempi di attesa mediante i cosiddetti "percorsi di tutela".

6.1.5 A seconda della criticità emergente, sono previsti interventi su più livelli.

- a) Qualora l'utente, al momento del contatto con il sistema CUP, non ricevesse la prenotazione nei tempi previsti dalla prescrizione, verrà preso in carico dal sistema CUP e sarà ricontattato tempestivamente da un operatore di Call Center o da altro operatore incaricato, al fine di ricevere un appuntamento nei tempi richiesti.
- b) Il Servizio Specialistica Ambulatoriale in collaborazione con il Servizio Soluzioni Sanità Elettronica prevede lo sviluppo di un applicativo informatico adatto a garantire il più possibile e tempestivamente risposte alle richieste degli utenti per consentire una più efficiente gestione degli spazi dei piani di attività contenuti nelle agende.
- c) Il Servizio Ospedaliero Provinciale, in collaborazione con il Dipartimento Risorse Umane, in caso di necessità, si attiverà verso le UUOO e Servizi interessati, per erogare prestazioni orarie aggiuntive, secondo quanto previsto dagli accordi contrattuali in vigore.
- d) Il Servizio Convenzioni, in caso di carenza di offerta da parte delle strutture a gestione diretta, si attiverà per l'acquisto di prestazioni erogate dalle strutture private accreditate convenzionate, secondo quanto stabilito dagli accordi contrattuali con le singole strutture, in linea con le indicazioni dettate dall'Amministrazione provinciale.
- e) In fase di prenotazione della prestazione specialistica ambulatoriale, qualora vi fosse contrazione dell'offerta nelle disponibilità del sistema CUP, l'utente potrà rivolgersi, entro il successivo giorno ferialo, al Servizio Rapporti con il Pubblico (SRP) di APSS, tramite contatto telefonico, via e-mail o tramite la rete front-office dei referenti SRP, al fine di attivare la procedura operativa di presa in carico della richiesta, per verificare la presenza di effettive violazioni dei diritti del cittadino e per trovare l'appropriata soluzione.

7 DURATA RICETTE

7.1 La prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali in provincia di Trento è valida per un anno dalla data di compilazione alla data di presa in carico. La data di presa in carico è in via generale corrispondente alla data di prenotazione della

prestazione o di utilizzo della prescrizione in assenza di prenotazione (come nel caso delle prestazioni di laboratorio). In assenza di presa in carico entro il suddetto periodo la prescrizione non potrà più essere utilizzata.

8 PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI E TEMPI DI ATTESA

8.1 In linea con quanto previsto dal Piano attuativo provinciale, per le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, APSS assicura il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi.

8.2 Il Dipartimento Risorse Umane APSS, assicura adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale assicurando lo svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dall'orario di lavoro.

8.3 Si ribadisce che il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSP. Pertanto il professionista, in regime di libera professione intramoenia, non può utilizzare il ricettario SSN né erogare ricette dematerializzate.

8.4 La Provincia Autonoma di Trento ha attivato la Commissione paritaria di sanitari (deliberazione Giunta provinciale n. 244/2008) che si riunisce periodicamente (almeno 2 volte all'anno) per valutare il rispetto dei volumi di prestazioni erogate in libera professione dalle singole équipes (UUOO) sul totale delle prestazioni erogate. Vengono confrontati i volumi di prime visite, visite di controllo e totale delle prestazioni erogate per utenti esterni (escluse le prestazioni di Pronto Soccorso), sia in regime istituzionale sia in regime di libera professione intramoenia in un periodo indice. La stessa Commissione valuta inoltre i tempi di attesa nel periodo preso in esame, confrontando quello in regime istituzionale con quello in regime di libera professione intramoenia.

8.5 In linea con il Piano attuativo provinciale, in caso di criticità sui tempi di attesa individuati dal presente Piano attuativo provinciale, nei casi di eccessivo scostamento dei tempi medi di attesa di specifiche prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale rispetto alle stesse prestazioni erogate in regime di libera professione, la predetta Commissione si dovrà riunire in modalità integrata con i rappresentanti della Consulta provinciale (di cui all'art. 5 L.P. 16/2010), per le valutazioni inerenti il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, nel rispetto dei vincoli normativi. In questa composizione la Commissione assolve alle funzioni dell'Organismo paritetico di cui all'art.3 comma 3 dell'accordo Stato Regioni del 18 novembre 2010.

9 COMUNICAZIONE

9.1 L'Ufficio Comunicazione, con la collaborazione dei Servizi aziendali competenti, mette a disposizione dei cittadini, tramite il sito web pubblico al link www.apss.tn.it, in linea con le norme cogenti sull'Amministrazione Trasparente e con le determinazioni dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, documenti finalizzati a rendere trasparente ed aggiornato il lavoro di governo delle liste di attesa, sia per le prestazioni specialistiche ambulatoriali sia per le prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno.

9.2 Inoltre, l'Ufficio Comunicazione, con la collaborazione dei Servizi aziendali competenti, mette a disposizione dei cittadini, tramite il sito web pubblico al link www.apss.tn.it, i tempi di attesa (continuamente aggiornati), utilizzando semplici indicatori, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di cui è previsto il monitoraggio da parte dell'Amministrazione provinciale, prenotate nell'anno in corso.

9.3 L'Ufficio Comunicazione, con la collaborazione dei Servizi aziendali competenti, tramite il sito web pubblico e, in accordo con l'Amministrazione provinciale, tramite campagne informative, garantirà le necessarie informazioni sia per favorire l'accesso alla prenotazione tramite gli applicativi informatici da tempo sviluppati in provincia di Trento, quali la Cartella Clinica del Cittadino (TreC), il CUP on-line, il "CUP attivo" (descritto al punto 2.1.13), la nuova modalità CUP on-line di "ricerca automatica del miglior posto libero" (descritta al punto 2.1.14), sia per indicare i "percorsi di tutela" di cui al punto 6.

9.4 Il Servizio Rapporti con il Pubblico, in collaborazione con il Servizio Specialistica Ambulatoriale, garantirà la partecipazione agli incontri con la Consulta provinciale oltre che con altre istituzioni ed organizzazioni rappresentative della cittadinanza.

10 GESTIONE CRITICITA' - SINTESI DELLE AZIONI

