Bozza:

Piano attuativo aziendale ASUR di governo delle liste di attesa

Recepimento del Piano Regione di Governo delle Liste di Attesa – DGR 462/2019

1. Introduzione 2
2. Analisi della domanda per ambito territoriale distrettuale 2
3. Programma di progressivo allineamento della offerta alla domanda 5
4. Definizione della procedura di attivazione dei percorsi di tutela 9
5. Analisi degli eccessi di domanda e implementazione dei RAO per promuovere l'appropriatezza..... 10
6. Analisi della produttività per la definizione di standard aziendali 11
7. Percorsi di presa in carico e attivazione della cartella ambulatoriale informatizzata 11
8. Monitoraggio 12

1. Introduzione

L'azione svolta in materia di governo delle liste di attesa rappresenta un'area strategica di azione dell'ASUR in attuazione delle indicazioni regionali con un positivo impatto sulla problematica grazie ad un impegno sul versante del potenziamento dell'offerta e della corretta gestione del CUP regionale; questa attività a consentito una riduzione delle non conformità e un significativo incremento del numero di prenotazioni a favore degli utenti. Con il Piano regionale 2019 – 2021 si dà un ulteriore impulso a completare le azioni avviate e a raffinare il livello di intervento per specifiche e definite aree critiche.

Il dato relativo alla corretta compilazione della prescrizione è confermato dai report disponibili nel sistema TS e comunque l'introduzione della prescrizione dematerializzata consente un incremento della qualità della prescrizione, garantendo la differenziazione dei percorsi tra prima prestazione e prestazione successiva.

La definizione del nuovo Piano attuativo aziendale, in linea con le indicazioni del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa - DGR 462/2019, si basa metodologicamente sulle seguenti linee di azione:

- ✓ analisi della domanda per ambito territoriale distrettuale:
- ✓ programma di allineamento della offerta alla domanda;
- ✓ definizione della procedura di attivazione dei percorsi di tutela;
- ✓ analisi degli eccessi di domanda e implementazione dei RAO per promuovere l'appropriatezza;
- ✓ analisi della produttività per la definizione di standard aziendali;
- ✓ attivazione generalizzata della cartella ambulatoriale informatizzata per la corretta registrazione dell'erogato, alimentazione del fascicolo sanitario elettronico, emissione di prescrizioni dematerializzate e gestione dei percorsi di presa in carico
- ✓ monitoraggio del piano attuativo nell'ambito dei collegi di direzione di Area vasta e dei Comitati di partecipazione.

2. Analisi della domanda per ambito territoriale distrettuale

La lettura della domanda di prestazioni, in attesa di poter costruire un sistema di analisi basato sulle prescrizioni dematerializzate, consente di avere un quadro del bisogno di prestazioni della popolazione e si basa sui dati relativi alle prenotazioni registrate nel CUP regionale nell'intero mese di marzo 2019.

Il dato aggregato per tutte le prestazioni considerate per distretto evidenzia la presenza di alcuni ambiti territoriali (Civitanova M, Jesi, Camerino, Fano e Fermo) che hanno un livello basso di autosufficienza nell'erogazione delle prestazioni oggetto del Piano e che quindi determinano flussi di utenti verso altri ambiti territoriali, che rendono complessa la programmazione dell'offerta. La Tabella seguente illustra i dati per distretto complessivi per il mese di marzo 2019.

AV	RESIDENZA	Totale prenotazioni dei residenti	Prenot. ottenute in strutture del distretto	% prenotazioni nel distretto di residenza	Prenotazioni non conformi per il tempo di attesa	Totale prenotazioni per primo accesso	% prenotazioni con data non conforme
1	DS 1 - Pesaro	2352	1638	69,6%	213	1332	16,0%
	DS 2 - Urbino	2031	1555	76,6%	200	1192	16,8%
	DS 3 - Fano	3012	1891	62,8%	258	1653	15,6%
2	DS 4 - Senigallia	1986	1274	64,1%	231	1119	20,6%
	DS 5 - Jesi	2229	1205	54,1%	195	1379	14,1%
	DS 6 - Fabriano	1411	1069	75,8%	267	1091	24,5%
	DS 7 - Ancona	6610	5497	83,2%	674	3612	18,7%
3	DS 8 - Civitanova M	2440	1317	54,0%	191	1294	14,8%
	DS 9 - Macerata	2171	1478	68,1%	122	956	12,8%
	DS 10 - Camerino	844	488	57,8%	73	435	16,8%
4	DS 11 - Fermo	3460	2271	65,6%	181	1798	10,1%
5	DS 12 - S Benedetto T	2001	1502	75,1%	300	1269	23,6%
	DS 13 - Ascoli P	2294	1803	78,6%	298	1351	22,1%

Occorre anche considerare l'impatto della mobilità attiva extraregionale che comporta una perdita di posti a disposizione dei residenti, in particolare nel Distretto di S Benedetto T (6,74% delle prenotazioni), nell'AOU OORR di Ancona (5,70% delle prenotazioni) e Distretto di Ascoli P (4,22% delle prenotazioni).

La lettura dei flussi evidenziala presenza di significativi flussi tra i diversi distretti e anche, per alcune Are vaste dei significativi spostamenti: poiché il piano è relativo alla prestazioni di base occorre programmare azioni correttive volte per quanto possibile a determinare un equilibrio domanda offerta per ambito territoriale distrettuale.

	DISTRETTO EROGAZIONE												
RESIDENZA	DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	DS 6	DS 7	DS 8	DS 9	DS 10	DS 11	DS 12	DS 13
DS 1 - Pesaro	**1638**	**274**	**350**	13	3		65	1	2	1	1	4	
DS 2 - Urbino	**117**	**1555**	**274**	20	7	16	39		2			1	
DS 3 - Fano	**396**	**389**	**1891**	169	10	24	129	2	2				
DS 4 - Senigallia	22	30	**114**	**1274**	**110**	**43**	**362**	1	7	4	4	8	7
DS 5 - Jesi	18	9	21	**68**	**1205**	**103**	**638**	30	62	40	9	17	9
DS 6 - Fabriano	6	16	29	**27**	**89**	**1069**	**125**	4	7	34	1	2	2
DS 7 - Ancona	42	35	45	**221**	**331**	**32**	**5497**	**191**	84	20	40	45	27
DS 8 - Civitanova M	4	7	5	3	2	7	439	**1317**	**472**	**27**	**101**	40	16
DS 9 - Macerata		5	5	4	18	7	188	**161**	**1478**	**183**	90	16	16
DS 10 - Camerino		1	1	3	11	**110**	63	**24**	**126**	**488**	11	4	2
DS 11 - Fermo	5	3	4	6	9	5	**288**	**298**	**224**	27	**2271**	**224**	**96**
DS 12 - S Benedetto T	2	4	3	1	2		86	21	5	2	60	**1502**	**313**
DS 13 - Ascoli P	1	3	1		7		46	5	7		71	**350**	**1803**

I report elaborati, oltre a riportare le non conformità per classe di priorità e per il numero di prestazioni erogate in AAVV non limitrofe a quella di residenza, evidenziano il numero totale di prenotazioni richieste dalla popolazione di un distretto rispetto alle prenotazioni effettuate presso le strutture dello stesso ambito territoriale e il dato per le prime prestazioni. Il report fornisce, inoltre, il dettaglio della produzione per distretto differenziando quella verso residenti, residenti in altro distretto e mobilità attiva extraregionale.

Poiché una rilevazione effettuata presso il call center del CUP aveva evidenziato la presenza di una quota di chiamate che non esitavano in prenotazione e anche al fine di stimare la quota di

utenti che non provano la richiesta della prestazione nell'offerta pubblica, il report indica anche il volume di prenotazioni attese, sulla base del dato medio regionale rispetto a quelle effettivamente registrate: in questo modo è possibile stimare l'impatto della riemersione di una domanda che attualmente non rilevata dal CUP regionale.

La lettura della richiesta di prestazioni è quindi valutata rispetto a flussi per l'individuazione dei punti del sistema che determinano lo squilibrio domanda / offerta che è all'origine del determinarsi delle liste di attesa.

A titolo esemplificativo si riporta l'analisi sviluppata per l'ecocardiografia:

REPORT PER PRESTAZIONE - DISTRETTO / DATI CUP / MARZO 2019 — domenica 26 maggio 2019

Cardiologia

Ecocolordoppler cardiaca

	Prenot non limitrofe	Prenot non conformi TDA				Rapporto domanda offerta totale			Rapporto domanda offerta prima			Flussi per erogatori: prenot per residenza:			Analisi domanda: effettiva / attesa			
		Tot	B	D	P	offerta	doman.	delta	offerta	doman.	delta	distret.	fuori dist	fuori reg	Effettive	Attese	delta	%
DS 1	0	46	2	7	37	275	285	10	159	149	-10	172	97	5	149	201	52	25,9%
DS 2	0	9	1	1	7	59	66	7	48	42	-6	19	37	2	42	121	79	65,3%
DS 3	3	50	0	11	39	451	439	-12	178	189	11	306	138	7	189	198	9	4,5%
DS 4	3	27	2	2	23	64	210	146	36	107	71	39	25		107	113	6	5,3%
DS 5	1	28	0	2	26	269	230	-39	142	96	-46	116	148	5	96	154	58	37,7%
DS 6	0	177	2	2	173	280	342	62	188	227	39	251	26	3	227	66	-161	-243,9%
DS 7	22	253	7	21	225	1431	899	-532	672	488	-184	739	544	148	488	367	-121	-33,0%
DS 8	5	61	2	3	56	222	293	71	154	187	33	141	80	1	187	179	-8	-4,5%
DS 9	4	9	0	1	8	469	342	-127	227	146	-81	284	181	4	146	193	47	24,4%
DS 10	1	33	0	0	33	101	142	41	42	58	16	80	20	1	58	66	8	12,1%
DS 11	39	62	4	3	55	217	517	300	118	295	177	192	21	4	295	252	-43	-17,1%
DS 12	16	26	1	3	22	263	140	-123	192	102	-90	92	163	8	102	147	45	30,6%
DS 13	9	20	0	9	11	102	106	4	60	59	-1	57	43	2	59	154	95	61,7%
	103	801	21	65	715													

Cardiologia

Ecocolordoppler cardiaca

			ambito territoriale di erogazione											
	distretto di residenza		DS 1	DS 2	DS 3	DS 4	DS 5	DS 6	DS 7	DS 8	DS 9	DS 10	DS 11	DS 12	DS 13
1	DS 1		172	9	77				27						
2	DS 2		20	19	10	1	1	1	14						
3	DS 3		56	23	306	4	9	4	33	1	1		1	1	
4	DS 4		5		21	39	36	5	100				1	2	1
5	DS 5		1		1	4	116	1	94		8	2	1	2	
6	DS 6			1	13	1	24	251	43			9			
7	DS 7		10	2	8	14	68	1	739	16	10		3	25	3
8	DS 8		2		2	1	5		68	141	68		1	5	
9	DS 9		1	1	1		1	1	31	6	284	8	5	2	1
10	DS 10		1				3	13	18	2	25	80			
11	DS 11		1		2				76	55	69	1	192	103	18
12	DS 12						1		24				3	92	20
13	DS 13			1	3				16				6	23	57

3. Programma di progressivo allineamento della offerta alla domanda

Uno degli elementi critici nell'offerta aziendale è rappresentato dalla preminente erogazione di prestazioni da parte delle unità operative ospedaliere (talvolta con integrazione di specialisti convenzionati): sui 55.000 posti/mese con priorità per le prestazioni monitorate solo 16.000 (29%) sono erogate da strutture distrettuali. Questo determina in presenza di problematiche di personale, al fine di garantire la continuità del turno per la copertura dell'attività ospedaliera, la riduzione dell'offerta ambulatoriale. E' chiaro che la presenza di una offerta con potenziali forti oscillazioni in riduzione costituisce uno dei principali elementi di criticità: per questo si è proceduto a richiedere un primo potenziamento dell'offerta di specialistica convenzionata, come da tabella seguente con un potenziale incremento del 25% dell'offerta distrettuale. Lo sviluppo di una offerta distrettuali stabile rappresenta una delle misure di maggiore impatto per la riduzione delle liste di attesa, ma anche di potenziale riduzione del flusso verso le strutture di pronto soccorso.

Descrizione_prestazione	Nro/sett	ore/Anno	Prima stima fabbisogno	
			ore/anno	% risposta
Visita Otorinolaringoiatra	214	3.353	**700**	21%
Visita Oculistica	134	2.099	**350**	17%
Visita Dermatologica	121	1.896	**450**	24%
Visita ortopedica	86	1.347	**300**	22%
Visita Neurologica	83	1.300	**300**	23%
Visita Cardiologica	67	1.050	**300**	29%
Visita Pneumologica	65	1.018	**300**	29%
			2700	

Un dato anomalo rilevato dal cruscotto del CUP è relativo alla presenza di posti inutilizzati nell'ambito dell'offerta disponibile, sia relativamente alle agende con classi di priorità che a quelle di presa in carico. Rispetto al primo dato occorre rilevare che il valore osservato è corrispondente al volume di attività erogata in accesso diretto per utenti con prima prestazione e classe di priorità (quindi al netto degli accessi diretti legati ai percorsi dell'urgenza). Il ricorso all'accesso diretto in accettazione del paziente penalizza la valutazione del sistema poiché non consente la valutazione del tempo di attesa, poiché comporta la cancellazione della prenotazione; questo dato è prevalentemente da collegare alle problematiche relative alla fase di introduzione della prescrizione dematerializzata per la necessità di completare il percorso di allineamento della prescrizione con la prestazione erogata. Relativamente alla gestione con accesso diretto delle prese in carico, il dato dei posti apparentemente non occupati è da collegare alla mancata adozione della cartella informatizzata ambulatoriale e quindi al persistere di una gestione cartacea dei percorsi. Si continuerà l'attività già avviata di verifica puntuale delle situazioni di scostamento per procedere, nel caso di individuazione di posti effettivamente sotto utilizzati, all'attivazione del riutilizzo dei posti nelle agende di presa in carico.

Considerando gli elementi sopra evidenziati, per la definizione di un programma di allineamento dell'offerta alla domanda si è sviluppata l'analisi dei volumi di produzione delle

strutture del distretto rispetto alla domanda, sia globale che per le sole prestazioni di primo accesso, e quindi la lettura delle non conformità; a questi dati si è aggiunta la valutazione dell'impatto dei flussi in entrata e del differenziale tra prenotazioni richieste e prenotazioni attese sulla base del consumo medio regionale (questo dato è relativo alle sole prime prestazioni). Sulla base della dinamica dei flussi interni si sono valutati gli impatti dell'incremento della produzione in un ambito territoriale su quelli vicini.

Questo ha consentito di elaborare un'analisi di dettaglio per prestazione / distretto con l'evidenziazione delle azioni necessarie: rimodulazione dell'offerta tra classi di priorità (in presenza di una produzione congruente con la domanda) e stima dell'incremento di produzione necessario, anche considerata la sottostima della domanda rispetto al fabbisogno.

In esito all'analisi complessiva è possibile definire un quadro globale del potenziamento richiesto in risposta dal differenziale domanda offerta riepilogato nella Tabella seguente.

Tabella 1. Riepilogo di un primo intervento correttivo in esito della valutazione del rapporto domanda / offerta

disciplina	Descrizione_prestazione	AV 1	AV 2	AV 3	AV 4	AV 5	Potenziamento/ mese	Potenziamento/ anno	Tariffa media	VALORE anno
Radiologia - RM	RMN Colonna vertebrale	32	40	80	100		252	3024	€ 148,55	€ 449.215,20
Radiologia - RM	RMN Cervello e TE		32	54	54		140	1680	€ 207,05	€ 347.844,00
Radiologia - TC	TC Addome	32		92	72		196	2352	€ 135,21	€ 318.009,92
Cardiologia	Ecocolordoppler cardiaca	56	110	60	152		378	4536	€ 62,00	€ 281.232,00
Radiologia - TC	TC Torace	16	32	40	72		160	1920	€ 96,26	€ 184.819,20
Gastroenterologia	Colonscopia	16	32		80		128	1536	€ 96,83	€ 148.735,95
Radiologia - ECO	Ecografia Addome		100	80	40		220	2640	€ 46,79	€ 123.531,67
Doppler	Ecocolordoppler dei TSA	64	40	60	60		224	2688	€ 43,90	€ 118.003,20
Gastroenterologia	Esofagogastroduodenoscopia	20	20	20	60		120	1440	€ 78,10	€ 112.464,00
Cardiologia	ECG dinamico	20	30	40	20	16	126	1512	€ 62,00	€ 93.744,00
Cardiologia	Visita Cardiologica	124	40	112	100		376	4512	€ 20,70	€ 93.398,40
Doppler	Ecocolordoppler vasi periferici		60	60	40		160	1920	€ 43,90	€ 84.288,00
ORL	Visita Otorinolaringoiatra		180		100	40	320	3840	€ 20,70	€ 79.488,00
Cardiologia	Elettrocardiogramma da sforzo		40	40	20		100	1200	€ 55,80	€ 66.960,00
Radiologia - TC	TC Capo			40		12	52	624	€ 100,90	€ 62.961,60
Radiologia - MAM	Ecografia mammella		72		70	30	172	2064	€ 28,55	€ 58.927,20
Visite	Visita Dermatologica				100	120	220	2640	€ 20,70	€ 54.648,00
Radiologia - MAM	Mammografia		50		100		150	1800	€ 28,95	€ 52.110,00
Neurologia	Elettromiografia	24	30		30		84	1008	€ 50,00	€ 50.400,00
Oculistica	Visita Oculistica	30	60		100		190	2280	€ 20,70	€ 47.196,00
Pneumologia	Visita Pneumologica	12	72		72	20	176	2112	€ 20,70	€ 43.718,40
Radiologia - ECO	Ecografia Capo e collo		64	64			128	1536	€ 28,40	€ 43.622,40
Neurologia	Visita Neurologica	60			100		160	1920	€ 20,70	€ 39.744,00
Radiologia - RM	RMN Pelvi, prostata e vescica	8			12		20	240	€ 160,30	€ 38.472,00
Visite	Visita ortopedica		60	12	72		144	1728	€ 20,70	€ 35.769,60
Radiologia - TC	TC rachide		12	12		8	32	384	€ 89,30	€ 34.291,20
Pneumologia	Spirometria	20			48	24	92	1104	€ 30,20	€ 33.340,80
Visite	Visita Urologica		40		40	24	104	1248	€ 20,70	€ 25.833,60
Ginecologia	Ecografia ost.- ginecologica		48		20		68	816	€ 31,00	€ 25.296,00
Ginecologia	Visita Ginecologica		40	40			80	960	€ 20,70	€ 19.872,00
Gastroenterologia	Visita Gastroenterologica	32	20	24			76	912	€ 20,70	€ 18.878,40
Visite	Visita endocrinologica		20	40		12	72	864	€ 20,70	€ 17.884,80
Visite	Visita Fisiatrica	40				24	64	768	€ 20,70	€ 15.897,60
Visite	Visita chirurgia vascolare		12		18	18	48	576	€ 20,70	€ 11.923,20
ORL	Audiometria	20	40	20			80	960	€ 9,80	€ 9.408,00
Oculistica	Fondo Oculare	16					16	192	€ 7,80	€ 1.497,60
	Totale:	**642**	**1396**	**990**	**1752**	**348**	**5128**	**61536**		**€ 3.243.425,94**

In relazione alle indicazioni del Piano regionale, che prevede esplicitamente che "*Le Aziende/Aree Vaste sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature) e quella residuale che può essere acquistata dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura*", sulla base dei dati emersi dall'analisi domanda / offerta si procederà alla valutazione dei seguenti punti per ciascuna prestazione in modo da definire le misure da porre in essere per il superamento del differenziale domanda / offerta:

- verifica di situazioni di riduzione temporanea dell'offerta relative al mese di marzo, che posso aver fornito un dato distorto di analisi;
- definizione delle possibilità di potenziamento della produzione in particolare tramite:
    - incremento di posti per prime prestazioni rispetto ai posti dei controlli e corretta gestione delle agende;
    - rimodulazione dei posti destinati ai percorsi di presa in carico (PIC) in eccesso rispetto al necessario;
    - incremento di produzione per efficientamento dell'offerta / incremento delle risorse umane e strumentali / allineamento dei tempi di esecuzione;
    - ricorso a potenziamento tramite attività aggiuntiva (fondo Balduzzi);
    - piena operatività delle ore disponibili di specialistica convenzionata;
    - verifica della presenza a CUP dell'intera offerta inserita negli accordi di fornitura (su questo punto si svilupperà un apposito report di incrocio tra produzione da file C e prenotazioni a CUP);
    - revisione della committenza sia verso le strutture pubbliche che verso le strutture private accreditate con accordo di fornitura.

Si conferma l'attenzione alla corretta gestione delle agende di prenotazione secondo quanto ribadito dal nuovo Piano regionale:

- ✓ *tutte le agende devono essere configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate ad accessi successivi per la definizione del quesito diagnostico a quelle per accessi successivi finalizzati a controlli e follow up;*
- ✓ *i calendari delle agende non possono essere chiusi. Di norma le agende dovrebbero essere attivate, in modo automatico, senza una scadenza definita, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, possibili in particolare per i Controlli successivi. E' altresì vietato l'attivazione di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa con durata limitata nel tempo. Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporta la chiusura delle agende fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali di budget.*
- ✓ *è già consolidato un sistema di vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale e data forte enfasi al rispetto del divieto di sospensione dell 'attività di prenotazione. Nel caso di eventi straordinari, non prevedibili e non programmabili, per cui si determini*

una sospensione dell'attività, ne deve essere data, da parte della Direzione aziendale, comunicazione immediata alla Regione, specificando in particolare la durata prevista e le disposizioni date ai Servizi interessati per la protezione delle prenotazioni in essere. In queste situazioni per i cittadini già prenotati dovranno essere predisposte sedute aggiuntive per recuperare le prestazioni non effettuate, con particolare riferimento alle agende con priorità B e D i cittadini dovranno essere richiamati per la comunicazione della nuova data di effettuazione della prestazione.

Un tema specifico rappresentato dalle situazioni di ritardo nella richiesta di prenotazione per le quali si intende come criterio generale quanto riportato nella DGR 462/19, ovvero che le impegnative siano "siano però state presentate al CUP entro il quinto giorno dalla data di emissione della prescrizione relativa alla prestazione stessa per quanto riguarda la classe B ed entro il quindicesimo giorno per tutte le altre classi di priorità".

Rispetto all'utilizzo dell'overbooking il meccanismo presenta delle criticità poiché la individuazione dei posti nell'agende avviene esclusivamente dopo l'apertura della agenda stessa non consentendone di fatto un facile accesso all'operatore che effettua la prenotazione; si ritiene quindi prioritario incrementare l'offerta complessiva delle agende, piuttosto che negoziare con le strutture organizzative dei posti di complesso utilizzo.

La verifica dei tempi di esecuzione delle prestazioni ha evidenziato dei disallineamenti che nei casi maggiori sono riconducibili a modelli di organizzazione dell'attività; si sta procedendo a ripetute estrazioni dal cruscotto CUP delle diverse anomalie a alle verifica con i responsabili.

In relazione all'utilizzazione del cosiddetto "fondo Balduzzi", tali risorse sono finalizzate alla produzione di prestazioni ambulatoriali cliniche e diagnostiche aggiuntive rispetto a quelle già offerte dal SSR, organizzate in specifiche agende differenziate rispetto a quelle istituzionali e identificate a CUP come "agende Balduzzi". Le Aree vaste hanno utilizzato il fondo Balduzzi nel corso degli anni precedenti sia per l'acquisizione di risorse aggiuntive che per la copertura di assunzioni, a parte un ritardo nell'Area vasta 1, che peraltro registra un fondo molto limitato. Si deve segnalare che il ricorso ad attività aggiuntiva per il personale è facoltativo e il valore contrattuale definito per la remunerazione delle ore di attività non è attrattivo.

Rispetto al rapporto con le strutture private accreditate con accordo di fornitura si è proceduto ad avviare il confronto rispetto ai report illustrati precedentemente per la valutazione di proposte di potenziamento da rendere operative dopo l'approvazione dell'accordo regionale sul budget disponibile per l'attività. Si sta procedendo all'elaborazione di uno specifico report che incrocia i dati della produzione da flusso C e i dati delle prenotazioni da CUP per avere la conferma della coerenza die posti disponibili a CUP con quelli programmati nella committenza.

Il percorso richiederà anche una revisione della committenza verso le Aziende ospedaliere e l'INRCA in modo da indirizzare l'offerta ambulatoriale verso le aree specialistiche rispetto alle attività di base oggetto del Piano attuativo aziendale.

Il cruscotto del CUP regionale consentirà il monitoraggio delle misure correttive e la verifica in tempo reale delle oscillazioni dell'offerta in modo da consentire l'adozione delle misure correttive in tempi rapidi.

4. Definizione della procedura di attivazione dei percorsi di tutela

Con la DGR 380/2019 la Regione Marche ha introdotto, sulla base di quanto previsto dal nuovo Piano nazionale di governo delle liste di attesa, l'attivazione dei percorsi di tutela, come anche della sanzione per l'utente che non disdice entro un termine la prenotazione.

L'attivazione dei percorsi di tutela rappresenta un elemento che viene a completare gli strumenti a disposizione dell'utente per trovare risposta alla domanda di prestazioni specialistiche, ma costituisce anche una sfida per il sistema poiché rende indifferibile la riduzione delle situazioni di mancata risposta nei tempi previsti. Diviene assolutamente critico il monitoraggio della completezza dell'offerta per ridurre al minimo il divario domanda offerta e sulla base di questa valutazione poter autorizzare l'accesso ai percorsi di tutela dell'utente per il quale il non si è in grado di fornire la prestazione nei tempi appropriati rispetto alla classe di priorità.

L'ASUR ha definito una procedura operativa che è allegata al presente documento.

5. Analisi degli eccessi di domanda e implementazione dei RAO per promuovere l'appropriatezza

L'analisi della domanda espressa, considerando tutte le prenotazioni e aggregato le prestazioni monitorate, consente la comparazione degli appuntamenti richiesti per 10.000 abitanti e quindi l'evidenziazione di forti variabilità territoriali:

RESIDENZA	Cardiol	Doppler	Gastroent	Ginecol	Neurol	Ocul	ORL	Pneumo	Rad - Eco	Rad - sen	Rad - RM	Rad - TC	Altre visite
DS 1 - Pesaro	101,5	26,1	29,3	**44,8**	**32,3**	59,9	**80,3**	28,5	41,6	68,6	17,8	39,2	**163,5**
DS 2 - Urbino	133,7	**50,2**	32,0	**48,6**	**32,6**	**102,3**	**65,2**	25,6	75,5	**179,1**	23,2	30,5	**166,7**
DS 3 - Fano	161,0	**48,0**	35,8	**38,9**	**28,5**	**74,5**	**71,2**	**30,9**	62,4	94,2	**30,1**	**52,3**	**145,9**
DS 4 - Senigallia	144,5	40,2	**48,0**	**55,1**	**32,4**	**79,0**	**72,7**	**63,2**	**88,7**	**150,5**	**36,4**	**52,5**	**159,5**
DS 5 - Jesi	146,6	**52,8**	33,6	31,3	23,5	69,3	60,1	25,8	69,8	61,4	25,9	**55,5**	**159,6**
DS 6 - Fabriano	**361,3**	**56,6**	**45,1**	**38,2**	**29,5**	**110,2**	**64,9**	21,0	**94,3**	**252,7**	**36,9**	**61,6**	**166,4**
DS 7 - Ancona	**197,2**	**58,3**	**40,9**	**44,6**	**31,4**	**79,8**	61,5	**32,9**	**96,3**	**134,6**	26,5	**64,8**	**166,3**
DS 8 - Civitanova M	**170,5**	43,7	33,4	25,3	22,3	70,6	**69,7**	19,9	69,3	74,2	23,4	47,8	125,0
DS 9 - Macerata	144,9	20,5	34,8	19,8	17,6	57,9	54,9	21,6	49,7	56,1	19,2	48,3	112,6
DS 10 - Camerino	131,9	**47,4**	**41,5**	34,8	17,4	**75,2**	55,2	18,5	**92,1**	89,5	17,8	**66,0**	120,1
DS 11 - Fermo	**178,8**	44,1	**43,0**	27,7	21,8	65,0	53,8	**29,3**	**112,4**	98,6	25,5	49,4	113,5
DS 12 - S Benedetto T	125,8	**55,9**	**41,8**	26,2	25,4	72,2	51,5	**30,7**	**96,0**	88,6	**38,4**	**64,9**	99,1
DS 13 - Ascoli P	152,1	**61,3**	33,2	31,0	**28,3**	**79,3**	**81,9**	26,7	**101,5**	100,9	**36,2**	37,1	91,8
Valore medio reg.	**161,8**	**46,3**	**37,5**	**35,6**	**26,7**	**73,9**	**64,6**	**29,1**	**80,7**	**104,1**	**26,8**	**51,7**	**138,4**

In particolare si evidenzia un dato fortemente anomalo per l'erogazione di prestazioni di diagnostica senologica (Distretto di Fabriano e in misura minore Distretto di Urbino, Senigallia e Ancona), da ricondurre alla non adesione alle campagne di screening, questo elemento determina un forte impatto in termini di false non conformità per la classe P, che spesso viene utilizzata, erroneamente, per prestazioni di controllo. La riconduzione di queste prestazioni nell'ambito dei percorsi di screening rappresenta una azione prioritaria anche al fine di non determinare delle disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni (i controlli al di fuori dello screening hanno una forte differenziazione su base socio economica).

Si procederà ad una revisione analitica della domanda e all'individuazione delle azioni correttive necessarie; si rende inoltre necessario segnalare ai prescrittori che la classe P è comunque relativa a prime prestazioni e non ad prestazioni di controllo. Relativamente alle

prestazioni senologiche al di fuori dello screening, queste, in mancanza di specifica motivazione clinica, sono da considerare non prescrivibili a carico del servizio sanitario regionale.

Rispetto al monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni, la Regione ha avviato un confronto nell'Osservatorio regionale per l'appropriatezza, nell'ambito del quale verranno individuate le azioni per la promozione dell'appropriatezza della prescrizione. L'introduzione della prescrizione dematerializzata consente in effetti per la prima volta un monitoraggio sui quesiti inseriti quale motivazione della classe di priorità individuata e l'introduzione dei RAO definiti dal Piano nazionale integra quelli regionali individuati nella DGR 1012/2014. Da segnalare come la DGR 380/2019, nel regolamentare i percorsi di tutela ha definito che "*Le prestazioni per le quali sarà attuata la procedura di riconoscimento del rimborso saranno oggetto di revisione di appropriatezza prescrittiva, in particolare rispetto alla coerenza del quesito con i RAO*". Come previsto dal Piano regionale l'ASUR procederà mediante l'UCAD e il pool di monitoraggio distrettuale al monitoraggio del percorso di diffusione e applicazione dei RAO e alla promozione di azioni volte a promuovere la medicina basata sull'evidenza e le raccomandazioni delle società scientifiche che hanno aderito al progetto "Fare di più non vuol dire fare meglio - CHOOSING WISELY ITALY" promosso da Slow medicine.

Oltre alla dimensione dell'appropriatezza clinica si deve anche procedere ad una verifica di appropriatezza dei percorsi, in particolare tramite una verifica dei consumi di prestazioni ambulatoriali prima di un ricovero ospedaliero programmato e nelle settimane successive ad una dimissione ospedaliera.

6. Analisi della produttività per la definizione di standard aziendali

Il Piano regionale indica: "*In prima istanza è necessario considerare il grado di efficienza con il quale le proprie strutture producono e pianificano azioni mirate nel caso in cui le risorse, che siano apparecchiature o personale medico o tecnico specializzato, che non siano pienamente utilizzate. Il ricorso a prestazioni aggiuntive o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni potrà essere contemplato solo dopo aver valutato la possibilità di incremento della produzione delle strutture a gestione diretta attraverso il recupero di efficienza o il ricorso a nuove assunzioni di personale*". Per attuare questa indicazione si è avviato una specifica attività di analisi della produttività al fine di misurare l'efficienza produttiva aziendale e omogenizzarla; tale progetto è inserito negli obiettivi aziendali per il 2019 (obiettivo 390 – Piano della performance – Determina DG ASUR 241/2019).

Il Piano regionale ribadisce il mandato agli Enti del SSR di provvedere all'utilizzo delle apparecchiature di diagnostica per immagini per un livello almeno pari all'80% della loro capacità produttiva. Tale obiettivo sarà monitorato grazie ad uno specifico cruscotto nell'ambito del sistema RIS e dall'esito della valutazione di efficienza organizzativa nell'uso delle risorse umane che potrà obiettivare le azione di azione. Tanto più che nell'ambito degli indicatori della griglia LEA la Regione Marche registra una anomalia relativo al basso consumo di prestazioni di RM e su questo è stato individuato uno specifico obiettivo annuale (DGR 415/2019 – obiettivo 38).

7. Percorsi di presa in carico e attivazione della cartella ambulatoriale informatizzata

L'attivazione della prescrizione dematerializzata per le prestazioni specialistiche ha reso evidente, sebbene sussistano ancora difficoltà di abilitazione dei professionisti, l'attività posta in essere per la presa in carico dei pazienti da parte dello specialista: oltre 62.000 prescrizioni erogate con prescrizione dello specialista nel mese di marzo con 17.290 dematerializzate (27,8%). Se si considerano le dematerializzate emesse a marzo il numero di prescrizioni dematerializzate ha raggiunto le 29.545.

Questi dati dimostrano come l'informatizzazione dell'attività ambulatoriale è una delle priorità assolute per l'impatto positivo immediato sulle seguenti criticità aziendali:

- ✓ registrazione completa e tempestiva dell'erogato,
- ✓ alimentazione del fascicolo sanitario elettronico,
- ✓ emissione di prescrizioni dematerializzate,
- ✓ prenotazione a CUP dei percorsi di presa in carico.

Il percorso di introduzione della cartella è riepilogato nella seguente tabella:

Cardiologia	Fase test attivata a Jesi	2 maggio
	Estensione altre sedi (Fermo / Urbino)	entro giugno
Neurologia	Adeguamento a richieste Direttori UO completata, presentazione	28 maggio
	Avvio fase test (Senigallia)	entro giugno
Gastroenterologia	Integrazione contenuti	In corso
	Avvio fase test (Senigallia)	entro giugno
Oculistica	Presentazione e raccolta istanze	21 maggio
Ortopedia	Presentazione e raccolta istanze	21 maggio
ORL	Presentazione e raccolta istanze	21 maggio
Dermatologia	Presentazione e raccolta istanze	21 maggio
Oculistica	Presentazione e raccolta istanze	21 maggio
Pneumologia	Presentazione e raccolta istanze	28 maggio

La piena operatività della cartella ambulatoriale, a partire dalle sedi non dotate di altra cartella ambulatoriale, potrà quindi completarsi per le discipline inserite nel Piano regionale di governo delle liste di attesa entro la fine del 2019.

8. Monitoraggio

Il monitoraggio del Piano aziendale sarà sviluppato sia nell'ambito dei Collegi di direzione di Area vasta che nel confronto con i Comitati di partecipazione al fine di condividere i dati disponibili e rendicontare le azioni correttive poste in essere; naturalmente l'analisi effettuata del rapporto domanda / offerta è dinamica e verrà aggiornata mensilmente in modo da rendere maggiormente solida la lettura della domanda e la stima del fabbisogno. Si dovrà inoltre adeguare l'area del sito web aziendale in materia di liste di attesa al fine di rendere disponibili i dati di analisi e lo stato di avanzamento delle azioni correttive poste in essere, anche tramite un portale dinamico con strumenti di ricerca dei dati. Particolarmente rilevante è poi la messa a disposizione di una guida per l'accesso alle prestazioni che possa essere messa a disposizione sia degli operatori di sportello e del call center che degli utenti, si è infatti rilevata la necessità di garantire un flusso aggiornato e omogeneo di informazioni.

Da segnalare poi la necessità di mantenimento dell'attività di controllo sull'accessibilità delle agende, in modo da evitare l'introduzione di vincoli che ne riducano la visibilità per gli utenti, che hanno a disposizione anche uno strumento di prenotazione innovativo quale è appunto la app MyCUPMarche, sulla quale occorrerà sviluppare una specifica campagna informativa.

Infine, in linea con le indicazioni del Piano nazionale di governo delle liste di attesa si avvierà un monitoraggio dei percorsi dell'urgenza, procedendo innanzitutto alla mappatura dei percorsi in essere nell'ambito dei diversi distretti, con una particolare attenzione alla definizione di specifici accordi con l'Aziende ospedaliere / INRCA per la gestione di questa classe di priorità, così critica per la sicurezza delle cure e potenziale alternativa al ricorso al pronto soccorso.