

Questa mattina la giunta regionale ha approvato la delibera con il decalogo per il ridurre i tempi delle liste di attesa in sanità.

Il piano riguarda 43 prestazioni sanitarie di diagnostica contenute nei piani Lea.

Le principali azioni correttive da intraprendere, in una breve prospettiva temporale, si riferiscono specificamente al governo della domanda e dell'offerta (correttezza ed appropriatezza delle prescrizioni, completamento dell'apertura delle agende differenziate per le prime visite/esami/accessi e delle agende dedicate per le patologie croniche con maggiore impatto assistenziale, programmazione di prestazioni aggiuntive, attivazione di software avanzati per il recall), all'efficientamento delle strumentazioni di diagnostica strumentale e degli strumenti di monitoraggio (rilevazioni ex ante ed ex post, produzione di reportistica, etc.) ed alla predisposizione ed implementazione di un piano di informazione/comunicazione diretto ai cittadini, attraverso un incremento della trasparenza del sistema e il coinvolgimento diretto dell'utente.

L'obiettivo temporale prevede il rispetto, per almeno il 90%, dei tempi relativi alla diagnostica entro il 30 aprile 2016.

Azioni per raggiungere l'obiettivo:

- 1) Prescrizione corretta attraverso codici con specifica indicazione della TIPOLOGIA DI ACCESSO "prima visita/esame/accesso" - Indicazione della classe di priorità per le prime visite
- 2) attivazione delle AGENDE DIFFERENZIATE per classi di priorità (U,B,D,P) per prima visita/esame/accesso
- 3) PRESA IN CARICO da parte dei medici specialisti ospedalieri di pazienti con patologie croniche; prescrizione e prenotazione della visita specialistica successiva e delle principali indagini che si rendono necessarie contestualmente alla presa in carico. Presa in carico cardiologica, oncologica, diabetologica, nefrologica, (per INRCA neurologica)
- 4) UTILIZZO MASSIMALE delle strumentazioni delle attrezzature sanitarie per almeno 12 ore giornaliere per la diagnostica strumentale e fino a 18 ore giornaliere per alcune apparecchiature medicali consentendo, oltre all'aumento dell'offerta di prestazioni, anche di offrire una qualità "tecnica" più elevata delle prestazioni medesime.
- 5) Coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e del Pediatra, prevedendo la possibilità di prenotazione diretta per visite e prestazioni. Sono inoltre da prevedere, all'interno del processo di riorganizzazione dell'Assistenza Territoriale, forme di collaborazione con gli specialisti per la consulenza specialistica e il confronto diretto, anche sotto forma di sperimentazioni locali, definite da Accordi Regionali. La vicinanza al cittadino migliorerà la sicurezza di una presa in carico più stringente. Nelle Case della Salute o nell'ambito delle Equipe territoriali dovranno essere attivati punti di prenotazione diretti per i cittadini
- 6) INCREMENTO DELL'OFFERTA e ricorso a progettualità attraverso risorse provenienti dall'utilizzo del 5% dell'attività libero professionale intramuraria prevista dal decreto Balduzzi. In particolare le risorse saranno finalizzate alla produzione di prestazioni ambulatoriali cliniche e diagnostiche aggiuntive rispetto a quelle già offerte dal servizio sanitario regionale, organizzate in specifiche agende differenziate rispetto a quelle istituzionali per la prima visita/esame/accesso e classe di priorità, scelte tra le 43 prestazioni individuate come particolarmente critiche in termini di tempi di attesa, selezionate tra quelle con attesa

media maggiore di 100 giorni. L'incremento di produzione correlato con l'utilizzo del "fondo Balduzzi" potrà essere raggiunto anche attraverso l'acquisizione di personale, il cui costo non sarà comunque considerato ai fini del rispetto dei tetti di costo specifici previsti dalla normativa vigente.

- 7) Programmazione delle prestazioni offerte dal PRIVATO ACCREDITATO attraverso il Cup . Le prestazioni di specialistica ambulatoriale già fornite dal privato accreditato dovranno essere riorientate a favore delle richieste di prima visita/esame/accesso con classe di priorità, nel rispetto della appropriatezza prescrittiva, per i cittadini marchigiani.
- 8) Programmazione delle prestazioni offerte a TARIFFE CALMIERATE nel privato. L'appetibilità di queste tariffe si realizza se la prestazione viene erogata a costi che il cittadino, che si rivolge a strutture di altre regioni, già sostiene, vale a dire il costo del ticket (€ 36,20), della quota fissa di € 10 e il costo del trasferimento fuori regione. Ad un costo sovrapponibile il cittadino può scegliere di effettuare tali prestazioni vicino al proprio domicilio, con analoga tempestività rispetto alle sedi extra regionali, traendone vantaggio.
- 9) Gestione del recall: recupero delle prestazioni che non vengono erogate per mancata presentazione del richiedente e mancato annullamento in tempo utile per poter far posto ad un altro paziente.
- 10) **Coinvolgimento dei cittadini** I pazienti attraverso i rappresentanti dei cittadini collaboreranno al miglioramento della domanda attraverso il supporto per una comunicazione efficace e corretta affinché si riducano le richieste improprie. Il luogo privilegiato in cui potranno essere programmate e realizzate queste azioni è rappresentato dai Comitati di Partecipazione Aziendali e di Area Vasta.

Partecipazione delle forze sociali Le aziende/aree vaste attivano i tavoli di confronto e monitoraggio previsti dalla DGR 149/2014 per valutare l'andamento dei tempi di attesa in relazione alle azioni previste dalla presente deliberazione. Analogo tavolo è istituito a livello regionale.

Comunicazione istituzione di un gruppo operativo regionale dei tempi di attesa per il monitoraggio e la misurazione degli obiettivi (presieduto dal direttore ARS e costituito da un rappresentante per ciascuna Azienda ed Ente del servizio sanitario regionale, un medico di medicina generale e i tecnici regionali).

DELIBERA

1. di **istituire il Gruppo Operativo Regionale (GOR) dei Tempi di Attesa (TdA)** come specificato nell'Allegato A, che sarà costituito con successivo decreto del Dirigente del Servizio Sanità, che lo presiede;

Il GOR-TdA coadiuva il Dirigente del Servizio Sanità nel verificare tecnicamente l'applicazione della presente DGR, la coerenza dei Piani attuativi di Azienda/AV, le azioni specifiche attivate a livello territoriale, l'analisi dei dati disponibili a livello regionale. vigilerà sul rispetto di quanto sarà stabilito nell'emanando Decreto ministeriale previsto dal DL n. 78 del 19 giugno 2015, convertito nella legge n. 125 del 6 agosto 2015, all'art. 9 quater, comma 1 circa le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché sull'effettuazione da parte delle

Aziende dei controlli relativi al rispetto dei volumi di attività istituzionale e Libero Professionale effettuati ai sensi della DGR n. 106 del 23/2/2015.

2. **di stabilire che il presente atto costituisce direttiva vincolante**, ai sensi dell'art. 3 comma 2 della L.R. 13/2013, per i Direttori degli Enti del SSR che dovranno rispettare il cronoprogramma di cui agli allegati A e A1