

Allegato A: Indirizzi per la semplificazione delle prenotazioni per le prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Premessa

Il presente atto si inserisce nel contesto di riorganizzazione del percorso di gestione delle richieste di prestazioni ambulatoriali, sia visite che prestazioni diagnostiche, operato dalla Regione Toscana nel corso dell'anno 2023.

In particolare con il presente documento sono definiti indirizzi per l'organizzazione del CUP e più in generale dei servizi offerti agli utenti dal servizio sanitario in materia di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, al fine di consolidare i percorsi di tutela già previsti nel PRGLA vigente. Inoltre gli indirizzi per le Aziende sanitarie prevedono attivazioni di nuovi servizi e omogenizzazione di servizi già esistenti affinché sia garantita equità di accesso ai cittadini toscani.

Help Desk (HD) aziendale di secondo livello

In ogni Azienda sanitaria deve essere presente un servizio di Help Desk (HD), sotto diretta responsabilità del coordinatore aziendale del governo delle prestazioni sanitarie individuato con DGR 351/2023, che ha il compito di prendere in carico le prescrizioni che non trovano disponibilità nei canali ordinari di prenotazione a causa di errori prescrittivi o per indisponibilità dell'offerta. Tale modalità si affianca e integra il servizio di preliste già attivo per alcune prestazioni e che prevede la presa in carico informatizzata, attraverso l'applicativo CUP, della prescrizione che non trova disponibilità entro i tempi definiti dalla normativa.

Le prestazioni di primo accesso sono prescritte, di norma, dai MMG o dai PLS, la successiva prenotazione avviene attraverso diversi canali: Front office CUP aziendali, Farmacie, Call Center, Cup online, APP Toscana Salute.

Se la prenotazione è effettuata tramite operatore (call center o sportello fisico), può verificarsi che non sia prenotabile per i seguenti motivi:

1. errore prescrittivo, cioè richiesta cartacea o elettronica che riporta un codice inesistente o una descrizione non riconducibile ad un codice catalogo, in tale caso l'operatore invia la richiesta all'Help Desk che contatterà il prescrittore per correggere la prescrizione; successivamente l'HD contatta l'utente e procede alla prenotazione. Tale casistica, che al momento è residuale, tenderà a scomparire con il passaggio a regime della prescrizione dematerializzata.
2. prestazione correttamente prescritta ma non prenotabile, può dipendere da 2 motivi:
 - a) prestazione non erogata in Azienda
 - b) non disponibilità di offerta

In entrambi i casi la richiesta viene inviata all'Help Desk che ricontatta il cittadino e conclude l'iter di presa in carico.

Se la prenotazione è effettuata su CUP online o tramite APP Toscana Salute, il sistema prevede un messaggio che in caso di non prenotabilità indicherà al paziente di rivolgersi al Call Center o sportello fisico per la presa in carico e l'attivazione del percorso di tutela previsto dal PRGLA adottato con DGR 494/2019.

L'Help desk dovrà essere attivato anche nel caso in cui la prima disponibilità sia stata offerta in territori non limitrofi rispetto all'ambito di garanzia.

Gestione delle prestazioni di primo accesso offerte con tempi di attesa superiori a quelli massimi

L'Agenda è lo strumento fondamentale per la programmazione e la messa in disponibilità delle prestazioni ambulatoriali e ne diventa il dispositivo di traduzione esecutiva delle varie fasi: strategica, tattica e operativa.

Le agende programmate sono aperte a scorrimento e senza soluzione di continuità, deve essere sempre possibile prenotare, senza che si generi il fenomeno della "lista chiusa". La prenotazione deve essere gestita anche tenendo conto della classe di priorità indicata in ricetta dal prescrittore:

Classe di priorità U

Per le prestazioni con codice di priorità U (Urgente, da garantire entro 72 ore) l'ambito di garanzia è di norma individuato nella Zona-Distretto/Presidio Ospedaliero di riferimento e deve essere assicurato tramite un percorso gestionale di presa in carico prioritario. In caso di non prenotabilità, l'HD provvederà a prenotare la prestazione avvalendosi di canali specifici, che ogni azienda dovrà prevedere, quali: numero di telefono dedicato, contatto diretto con il servizio specialistico, prenotazione su agenda dedicata o altri percorsi debitamente individuati.

Classe di priorità B

Le prestazioni con codice di priorità B (Breve, da garantire entro 10 giorni) offerte oltre soglia, verranno prese in carico dall'Help Desk, attraverso report specifici presenti nel sistema CUP 2.0 in modo da garantire l'attivazione del percorso di tutela previsto dal PRGLA.

Gli operatori dell'HD effettuano, giornalmente, l'estrazione dal sistema e prendono in carico le prestazioni fuori target.

Dal report estratto verranno evidenziate tutte le prestazioni fuori target, ma anche tutti gli elementi necessari per trattare il caso.

La data di prima disponibilità rappresenterà il dirimente, per anticipare o meno la prestazione.

Tutte queste informazioni serviranno, poi, per interagire con il coordinatore per le liste di attesa che si attiverà per trovare, in sinergia con i Direttori di dipartimento, l'offerta nei tempi previsti dal PRGLA ed arrivare alla soluzione del caso.

Tutto questo consentirà una trasparenza e tracciabilità

Classi D e P ed accessi successivi/follow up

Le prescrizioni di primo accesso con classe di priorità D e la P e le prestazioni di accesso successivo, sono gestite dall'HD secondo le modalità già previste in ogni azienda.

Gestione dell'offerta

Affinché gli operatori dell'Help Desk possano gestire la casistica sopra descritta, è necessario che abbiano riserva di disponibilità giornaliera. Attualmente il sistema di prenotazione prevede una riserva di slot quotidiani per far fronte alle richieste per i diversi codici di priorità; qualora tali slot non vengano impegnati, sono rilasciati con visibilità pubblica, con la stessa logica vengono immessi nell'offerta le disdette effettuate nei tempi consentiti dalla normativa.

Con il presente atto sono date disposizioni affinché l'offerta resasi disponibile per non saturazione dell'agenda o per disdetta, sia riservata e visibile solo agli operatori dell'Help desk che la utilizzeranno per garantire la presa in carico e attivare i percorsi di tutela per i cittadini che non riescano a prenotare.

Indicazioni per la presa in carico del paziente in caso di mancata prescrizione di approfondimento da parte dello specialista

Fatto salvo l'adozione di diverse modalità organizzative già adottate nelle aziende, in caso di mancato rilascio di prescrizione per prestazioni specialistiche di approfondimento da parte di uno specialista del SSN durante l'attività istituzionale, il medico di medicina generale, o il pediatra di libera scelta, che provvede ad effettuare la prescrizione, indica sulla ricetta che la prestazione è suggerita, spuntando l'apposito campo della ricetta. Contestualmente segnala l'inadempienza al Direttore del Dipartimento della Medicina Generale, o alla Struttura aziendale di riferimento per la pediatria, che provvederà, in accordo con i responsabili di area vasta delle liste di attesa, a segnalare allo specialista la mancata prescrizione della prestazione.

Mensilmente il referente aziendale delle liste di attesa effettua il monitoraggio sia delle segnalazioni effettuate che delle ricette suggerite, e concorderà con il Direttore del Dipartimento della Medicina generale, le azioni per ottimizzare la prescrivibilità da parte degli specialisti.

Linee Guida operatori addetti alla prenotazione

Tra le attività di maggior rilievo in relazione alla corretta presa in carico di una richiesta di prestazione, vi sono quelle effettuate dal personale del CUP. Il ruolo svolto dall'operatore CUP è essenziale sul piano organizzativo delle aziende sanitarie dovendo agevolare il rapporto tra cittadino e l'azienda sanitaria. Proprio questa strategicità di ruolo, impone di omogeneizzare, in tutto il territorio toscano, i comportamenti da tenere di fronte ai casi di più difficile gestione, sia con riferimento all'interpretazione del bisogno di salute espresso attraverso la prescrizione medica, ma anche in relazione alla gestione diretta di difficoltà nella prenotazione. Le seguenti linee di indirizzo, declinate per punti, hanno come finalità quella di fornire indicazioni chiare sulle modalità da mettere in atto al fine di gestire le criticità sopradette.

- Per le richieste CUP per le quali l'operatore non riesce a prenotare, anche a fronte di disponibilità di offerta, per dubbi sull'applicazione di percorsi e sulla corretta prenotazione e visibilità di agende, l'operatore del call center prende in carico la richiesta del cittadino inserendola tra le criticità che quotidianamente, il referente del call center raccoglie le criticità e, se non è in grado di gestire autonomamente, trasferisce all'help desk di secondo livello, che applica la procedura prevista al primo paragrafo del presente allegato.
- Qualora si riscontrino anomalie nella prescrizione, sempre meno frequenti considerato il processo di dematerializzazione e considerato che la ricetta dematerializzata non consente errori di prescrizione, l'operatore CUP contatta l'help desk che prenderà in carico la prescrizione e attiverà la procedura prevista nel primo paragrafo del presente allegato.
- L'indicazione del codice di priorità in ricetta è un atto medico non guidato dalla disponibilità di prestazioni, suggerire al paziente di ritornare dal prescrittore per farsi modificare il codice di priorità, al fine di anticipare una prenotazione, significa snaturare il significato clinico dell'indicazione del prescrittore. In caso di indisponibilità di offerta per un determinato codice di priorità, l'operatore CUP deve trasferire la richiesta all'help desk di secondo livello.
- Alcune esenzioni prevedono che sia il prescrittore ad indicare se la prestazione richiesta è appropriata per il monitoraggio della patologia, delle sue complicanze e per la prevenzione di ulteriori aggravamenti, esprimendo tale valutazione attraverso il codice di esenzione riportato/non riportato in ricetta; nel caso in cui tale codice non è riportato attenersi alla prescrizione evitando di consigliare il cittadino di ritornare dal medico per una nuova prescrizione con codice di esenzione.

- In caso di mancanza di disponibilità, per saturazione delle agende, è errato comunicare al cittadino che non c'è posto per agenda chiusa (Legge 266/2005) o indicare disponibilità in libera professione. E' importante informare il cittadino sulle disponibilità anche in altri ambiti territoriali, sfruttando tutte le potenzialità del CUP 2.0 che permettono la visibilità su tutto il territorio regionale, e in caso di indisponibilità del paziente ad accettare la disponibilità al di fuori degli ambiti di garanzia previsti dal PRGLA e declinati anche nei Piani attuativi Aziendali, attivarsi verso l'help desk di secondo livello.

Gestione integrata specialistica pubblica e privata convenzionata: “Equipe uniche di cura”

Le attuali norme in merito all'individuazione dei medici che possono prescrivere prestazioni sanitarie, non prevedono la possibilità di fare prescrivere prestazioni a specialisti dipendenti da Strutture Private, ancorché accreditate e convenzionate con il SSR. L'offerta del privato accreditato, che rappresenta una risorsa importante per il Servizio Sanitario Regionale, può diventare ancora più qualificata se è pienamente integrata con quella del sistema pubblico. L'attivazione di convenzioni con il privato, mirato solo all'acquisto di prestazioni, contribuiscono sicuramente alla riduzione delle liste di attesa ma solo nel breve periodo, rischiando, nel medio-lungo periodo, di aumentarle in ragione dell'evidenza che un professionista di una struttura privata, non avendo possibilità di prescrivere, molte volte non riesce a chiudere il percorso diagnostico terapeutico inducendo altre prestazioni che coinvolgono nuove prescrizioni del MMG .

L' integrazione, allo stato attuale, si può realizzare solo se si collega in maniera strutturale il privato con il pubblico attraverso link preordinati, creando delle Equipe uniche di cura che coinvolgono, oltre agli specialisti, sia pubblici che privati, anche le AFT del MMG, con una gestione strettamente di prossimità.

Le Aziende sanitarie, in stretta collaborazione con la Direzione sanità della Regione, provvedono all'attivazione delle Equipe uniche di cura che devono sempre comprendere : un Ospedale, una o più Case di Comunità, una o più AFT, le Strutture private convenzionate accreditate di una determinata zona distretto.

Questa nuova rete di prossimità (verticale) interseca la rete clinica integrata e strutturata che raccoglie tutti i servizi specialistici ospedalieri di Area Vasta e che da coerenza orizzontale al sistema.

Tutti questi medici lavorano insieme in una zona e devono essere collegati anche attraverso meccanismi CUP di II livello. Individuato un ospedale di riferimento e una Casa di Comunità di riferimento, quando il medico specialista privato (o anche MMG) evidenzia un problema di salute che necessita di approfondimenti, può interagire con lo specialista di riferimento pubblico.

La modalità di presa in carico del paziente, che è stato visto per la prima volta da uno specialista dipendente da una struttura privata, al fine di prescrivere/prenotare le prestazioni utili per l'inquadramento diagnostico, può essere organizzata attraverso due diverse sistemi:

- Lo Specialista privato e/o MMG si rivolge direttamente all'Help desk di cui al primo paragrafo della presente delibera che prenota la visita o la prestazione strumentale. La prenotazione avviene solo verso lo specialista di riferimento pubblico che ha già condiviso il percorso con il suo territorio. La prescrizione della prestazione è a carico del MMG che fa parte dell'equipe.
- Lo specialista privato si mette, direttamente, in contatto con lo specialista pubblico dell'Equipe unica attraverso un teleconsulto anche telefonico, che provvede alla prescrizione e prenotazione

degli esami necessari, inserendo il paziente in una lista riservata, costantemente aperta (per es una coda di una lista ambulatoriale).

Oltre alla condivisione del problema clinico, è la disponibilità di offerta di prestazioni che si rende necessaria per far funzionare l'equipe unica di cura; a tal fine gli slot CUP di quella equipe devono essere accessibili solo ai medici di quella equipe e non a quelli di altre zone.

Il modello organizzativo dell'Equipe unica di cura sopra illustrato, in fase di prima applicazione, si attiva sperimentalmente sulle prestazioni e sugli ambiti geografici individuati dalle singole aziende, garantendo almeno due prestazioni e un ambito zonale di riferimento per azienda.

Attivazione numero unico regionale di prenotazione

Con il presente atto si dà avvio al processo tecnologico ed organizzativo per attivare un numero unico regionale per le prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Lo studio di fattibilità, per il quale sono già stati avviate le richieste al gestore telefonico Telecom Italia Spa, dovrà proporre una soluzione per l'attivazione e l'utilizzo di un numero unico regionale ed i sottostanti sistemi tecnologici dovranno essere in grado di gestire virtualmente la risposta dai vari CUP Tel locali, ottimizzando se possibile anche le code ed i trabocchi ed utilizzando i cosiddetti "servizi di rete intelligente".

Online anche per la libera professione

Verrà realizzato un nuovo portale (separato dall'attuale CUP Online) per offrire ai cittadini anche la prenotazione di prestazioni a pagamento in libera professione.

Al fine di gestire tutta l'offerta disponibile, le Aziende dovranno fornire gli elenchi aggiornati di :

- *Medico/equipe,*
- *disciplina,*
- *unità operativa,*
- *prestazione,*
- *tariffe,*
- *comune*

Le Aziende dovranno attivare quindi una gestione delle agende ALP sulla piattaforma CUP2.0 e creare un gruppo di referenti inter-aziendale per gestire in maniera univoca l'offerta ALP.

Riorganizzazione di tutti i processi che costituiscono l'interfaccia con i cittadini/utenti inerenti i percorsi ambulatoriali e amministrativi

L'attuale organizzazione aziendale non sempre è orientata a migliorare costantemente l'accesso ai servizi da parte dell'utenza. Si osservano in alcuni casi, la frammentazione del "processo di accoglienza" in una serie di punti di contatto, sostanzialmente autonomi ed estremamente frammentati, ognuno con proprie modalità di gestione, tempi di apertura al pubblico e modelli di funzionamento.

E' necessario pertanto procedere a :

- Progettare e realizzare una modalità unica di gestione dell'utenza a livello aziendale
- Erogare servizi omogenei su tutto il territorio

- Razionalizzare il personale ad oggi dedicato
- Realizzare una maggiore integrazione tra i processi sanitari e non sanitari
- Migliorare il primo accesso ai nostri servizi da parte dell'utenza
- Disincentivare, per i servizi dove è possibile farlo, la necessità di ricorrere ad accessi diretti
- Ridurre l'affollamento delle sale di attesa e gli eccessivi tempi di attesa
- Adottare strumenti e modalità di erogazione dei servizi ad alta digitalizzazione

Principi guida

- **SEMPLIFICAZIONE E OMOGENEIZZAZIONE DELLE AGENDE:** le agende andranno riviste e modificate laddove siano identificate con nominativo dell'operatore oppure laddove per uno stesso problema clinico ci sia la loro differenziazione per UO.
- **DISTINZIONE PER PRIME VISITE O CONTROLLI:**
questa differenziazione è importante per poter distinguere quello che è prenotabile direttamente dai professionisti oppure ciò che è prenotabile da un operatore a livello centrale
- **CARATTERIZZAZIONE PER PATOLOGIA:** alcune agende hanno la necessità di contraddistinguersi per la patologia, in questi casi l'omogeneizzazione dovrà cercare quanto più possibile di eliminare la distinzione per struttura erogatrice di prestazione riferita alla stessa problematica clinica
- **DISTINZIONE PER I PERCORSI PRE-DEFINITI QUALI DAY SERVICE, PACC, CORD ETC.** Dovranno essere ben distinti i pacchetti di prestazioni che fanno parte di percorsi specifici come quelli predefiniti all'interno dei PACC nell'ambito del Day Service oppure se parte di percorsi individuati per patologie oncologiche o prese in carico per es. da P.S., ect.
- **RIDEFINIZIONE NEL NUMERO E NELLA QUANTITÀ DELLE AGENDE,** attraverso la rideterminazione dei fabbisogni di prestazioni e conseguente rimodulazione delle agende in base all'analisi che sarà svolta in ambito Dipartimentale dei fabbisogni espressi e di quelli derivanti dai cambiamenti organizzativi e quindi della distribuzione dei carichi di lavoro.

Le aziende dovranno predisporre un progetto aziendale **entro il 15 dicembre 2023**, illustrarlo alla Direzione regionale, procedere alla sua approvazione formale (delibera aziendale) con individuazione dei responsabili, riassegnazione delle risorse umane (se necessario), cronoprogramma attuativo e monitoraggio costante della realizzazione con misurazione ed invio al livello regionale dei KPI raggiunti.

Prestazioni prenotabili on line

Ad inizio 2023 la Regione Toscana ha potenziato il software e l'infrastruttura server per le prenotazioni online, con l'obiettivo specifico di accrescere l'accesso alle prenotazioni attraverso internet o la app "Toscana Salute" scaricabile sullo smartphone o tablet. Nei primi sei mesi del 2023, sul totale delle operazioni e richieste arrivate al Cup – oltre sette milioni e mezzo - il 15,1 per cento è stato effettuato on line e il 2,4 per cento dall'applicazione, cresciuti del 10 % negli ultimi due mesi. Per rendere ancora più fruibile il servizio, il presente atto prevede **che tutte le prestazioni di primo accesso**, siano visibili e prenotabili attraverso il sito regionale. Le prestazioni prenotabili online già ad oggi rappresentano più del 60% delle prestazioni erogabili a carico SSN, che in termini di volumi di erogazione rappresentano più dell'80% riferendosi alle prestazioni più comunemente richieste dai prescrittori. Con l'estensione prevista, si conclude il processo di prenotabilità online, con oltre 2.000 prestazioni che saranno visibili e prenotabili sul portale <https://prenota.sanita.toscana.it> e sulla APP Toscana Salute.