



SOMMARIO

1	INTRODUZIONE	2
2	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	2
3	RIFERIMENTI	3
4	GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI	4
5	REGOLAMENTO	8
5.1	LIVELLI DI GOVERNO	8
5.1.1	PIANIFICAZIONE STRATEGICA: DIREZIONE AZIENDALE	8
5.1.2	PROGRAMMAZIONE AZIENDALE: CABINA DI REGIA AMBULATORIALE	9
5.1.3	GESTIONE E CONTROLLO OPERATIVO DELLE ATTIVITÀ: TAVOLO OPERATIVO DEL POLIAMBULATORIO	13
5.2	CRITERI DI ORGANIZZAZIONE	14
5.2.1	DIMENSIONAMENTO DELLE AREE DI ATTIVITÀ AMBULATORIALE: POLIAMBULATORI	15
5.2.2	ORARIO DI APERTURA SULLE 12 ORE: EFFICIENZA E SICUREZZA	15
5.2.3	PRESENZA DI PERSONALE DI AREA ASSISTENZIALE E TECNICO-RIABILITATIVA IN RIFERIMENTO AI BISOGNI SPECIFICI	16
5.2.4	ASSEGNAZIONE DELLE SEDUTE AMBULATORIALI E COSTANZA DI UTILIZZO SETTIMANALE	17
5.2.5	RAPPORTO TRA ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E ALPI, SIGNIFICATO E SCOPO DELL'ATTIVITÀ AGGIUNTIVA	18
5.2.6	AGENDE DI "PRIMO ACCESSO" E AGENDE DI "PRESA IN CARICO", RAPPORTO PV/CONTROLLI	19
5.2.7	PRENOTAZIONE PER TIPO DI ACCESSO E PER LIVELLI: CENTRO SERVIZI NIC, PRENOTA 8000, SIP E POLIAMBULATORIO	20
5.2.8	CONTENIMENTO DELL'AFFOLLAMENTO: SCHEDULAZIONE, PUNTUALITÀ E TELEVISITA DI CONTROLLO	22
5.2.9	PRESCRIZIONE E PRENOTAZIONE: CONTROLLO DEL TAT DA PARTE DELLO SPECIALISTA E QUALITÀ	23
5.2.10	CONDIVISIONE DELL'OFFERTA DI PRESTAZIONI TRA SOD MEDIANTE AGENDE DI PRESA IN CARICO	24
5.3	PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO	24
5.3.1	AMBITO DI GARANZIA DEL SODDISFACIMENTO DELLA DOMANDA DI PRIMO CONTATTO	25
5.3.2	PRESTAZIONI DI PRIMO ACCESSO E TEMPI DI ATTESA	26
5.3.3	DALLE PRESTAZIONI AI PERCORSI: PRESA IN CARICO, CRONICITÀ E DAY SERVICE	26
5.4	CREAZIONE AGENDE - STRUTTURAZIONE DEI CALENDARI	26
5.4.1	IL PROGETTO REGIONALE CUP 2.0	27
5.4.2	RESPONSABILITÀ DECISIONALE	27
5.4.3	AGENDE - LE UNITÀ EROGANTE	27
5.4.4	CREAZIONE DELLE AGENDE E SVILUPPO DEI CALENDARI	27
5.4.5	AGENDE DI "ATTIVITÀ AGGIUNTIVA" (ALPI AMBULATORIALE IN FORMA DI EQUIPE)	28
5.5	PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	29
5.5.1	PRESTAZIONI PRENOTABILI	29
5.5.2	MODALITÀ DI SCORRIMENTO DELLE AGENDE	29
5.5.3	ACCESSO ALLA PRENOTAZIONE CUP: CALL CENTER E PORTALE "PRENOTAFACILE"	29
5.6	MANUTENZIONE AGENDE – MODIFICA DEI CALENDARI	30
5.6.1	SPOSTAMENTO DELLE PRENOTAZIONI	30
6	LISTA DI DISTRIBUZIONE	31

Gruppo di redazione: Paola Marzuoli (Direttore UOc Attività Amministrative a Supporto Attività Sanitaria), Barbara Tonietti (Direttore UOc Controllo Direzionale), Stefania Cappello, Elisabetta Gennarini e Sofia Sgatti (UOc Governo dei Percorsi Outpatient), Cecilia Frascati (Responsabile Piattaforma SIP e Logistica Sanitaria), Rolando Innocenti (Responsabile Piattaforma Outpatient), Paola Gioachin (UOc Attività Amm.ve a Supporto Attività Sanitaria), Natalia Lombardi (Direttore UOc Direzione Operativa), Patrizio Micalizzi (UOc Direzione Operativa), Fabrizio Niccolini (Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera), Francesca Pieralli (RSD DAI Oncologico e di Chirurgia ad Indirizzo Robotico), Sara Franchi (RSD DAI Neuromuscoloscheletrico ed Organi di Senso), Luca Pieri (RSD DAI Materno Infantile), Paola D'Onofrio (RSD DAI Medico Geriatrico), Diana Paolini (UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera), Alessandro Comparini (Direttore UOc Gestione Attività Libero Professionale), Angela Brandi (Direttore Dipartimenti delle Professioni Sanitarie), Andrea Mercatelli (UOs Monitoraggio Performances Sanitarie), Angelica Dionisi (Coordinatrice Ambulatori. Cardioracovascolare, Malattie Emorragiche e Poliambulatorio CTO)

	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDAZIONE	Matteo Tomaiuolo	Direttore UOc Governo Percorsi Outpatient	15/12/2020	Emessa con comunicazione informatica
VERIFICA	Manuela Benelli	UOc Accreditamento Qualità e Risk Management	15/12/2020	Emessa con comunicazione informatica
APPROVAZIONE	Lucia Turco	Direttore Sanitario	Emessa con Provvedimento DG n. 687 del 18/12/2020	
EMISSIONE	Rocco Damone	Direttore Generale		

Consultabile nella intranet



1 INTRODUZIONE

I [Livelli Essenziali di Assistenza \(LEA\)](#) rappresentano l'ambito di tutela che il [Servizio Sanitario Nazionale](#) si impegna a garantire in modo uniforme a tutti i cittadini. Il LEA Ambulatoriale è rappresentato dal "[Nomenclatore Tariffario Nazionale](#)" che in Toscana è recepito nel "[Nomenclatore Tariffario Regionale](#)" e tradotto nel "[Catalogo Unico Regionale delle prestazioni ambulatoriali](#)". Questo Catalogo è in continua evoluzione e, in Careggi, è recepito interamente nel [Catalogo ambulatoriale aziendale](#), che elenca tutte le **prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, per immagini e di laboratorio costituenti** il LEA ambulatoriale e quelle ulteriori istituite dall'AOUC.

L'**appropriata prescrizione** delle prestazioni, la definizione della priorità clinica coerente con i bisogni del paziente, la trasparenza nei percorsi di accesso e presa in carico, la tempestività di erogazione in regime SSN e l'efficienza erogativa sono elementi fondamentali per realizzare l'**equità di accesso** e perseguire la qualità ed efficacia clinica relativamente ai LEA. Il [Sistema Sanitario Toscano](#) garantisce il LEA ambulatoriale attraverso un livello di governo dell'offerta specialistica di Area Vasta al quale sono riferiti i modelli di pianificazione, programmazione, organizzazione, gestione operativa e monitoraggio dell'offerta ambulatoriale aziendale.

L'aggiornamento di questo documento si rende necessario per due principali ragioni:

1) in applicazione della DGRT n. 604/2019 "[Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-2021](#)" Careggi ha adottato con Provv. Del DG 471 del 3 luglio 2019 il "[Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali](#)" (PN-20/903/04A), che definisce le leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, individua strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, dalla prescrizione alla prenotazione e erogazione, alla tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti.

2) gli sviluppi normativi nazionali e regionali correlati alla **pandemia da SARS-CoV-2** coinvolgono la gestione complessiva dell'attività ambulatoriale, soprattutto mediante l'adozione di misure organizzative atte a favorire il distanziamento sociale e a contenere i rischi di trasmissione dell'infezione da Coronavirus agli operatori e ai pazienti, esplicitate nel "[Piano Aziendale per la ripresa delle attività ambulatoriali nella Fase 2 della pandemia SARS-CoV-2](#)" (PN-20/903/04A) approvato il 7 maggio 2020

La terminologia utilizzata, adottata dalla pianificazione nazionale e regionale è dettagliata nel Glossario al capitolo 4, i collegamenti ipertestuali a documenti interni all'AOUC sono accessibili solo dalla [intranet aziendale](#).

2 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Questo regolamento è applicato da **tutti gli operatori** coinvolti nei processi di **pianificazione, programmazione, organizzazione e gestione** operativa dell'offerta specialistica ambulatoriale, costituita dal complesso delle **prestazioni cliniche, di diagnostica strumentale, per immagini e di laboratorio** previste nel [Catalogo ambulatoriale aziendale](#).

Il presente regolamento definisce le modalità attraverso le quali le diverse articolazioni aziendali realizzano la pianificazione, la programmazione e la gestione operativa dell'attività ambulatoriale aziendale per conseguire in sicurezza l'**equità di accesso** all'offerta ambulatoriale aziendale e il contenimento delle liste e dei tempi di attesa, attraverso un efficiente impiego del personale di supporto, delle tecnologie e degli spazi fisici.

3 RIFERIMENTI

- Del. GRT n. 245 del 1 marzo 2000 “[Rideterminazione tempi massimi erogazione prestazioni specialistiche e gestione liste di attesa](#)”
- Del. GRT n. 619 del 11 giugno 2001 “[Sistemi di prenotazione informatizzati \(CUP\): determinazioni?](#)”
- D.M. 29.03.2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”
- Provv. DG n. 416 del 17 maggio 2002 “Centro Unificato di Prenotazione (CUP): Definizione di criteri organizzativi”
- Del. GRT n. 493 del 24 maggio 2004 “[LEA - Indirizzi alle Aziende Sanitarie sulla modalità di partecipazione alla spesa?](#)”
- [Del. GRT n. 1038 del 24 ottobre 2005](#) “[Protocollo d'intesa tra RT, AASS e OOSS dei MMG/PLS e specialisti?](#)”.
- [Del. GRT n. 694 del 4 agosto 2014](#) “[Ridefinizione modalità di accesso e organizzazione offerta clinico-diagnostica territoriale?](#)”.
- Provv. DG n. 547 del 6 agosto 2014 “[Atto aziendale – Approvazione ai sensi dell'Art. 50 comma 4 della L.R. 40/2005?](#)”.
- Provv. DG n. 186 del 2 aprile 2015 “[Regolamento organizzazione e disciplina attività libero professionale intramoenia?](#)”
- Del. GRT 567 del 14 giugno 2016 “Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020. Adozione” e risoluzione del CR n. 47 del 15 marzo 2017 “[Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020](#)”, Progetto regionale 19 “Riforma e sviluppo della qualità sanitaria” (pag. 198), Obiettivo 2 “[Superare le criticità nella gestione delle liste d'attesa: superamento del concetto di una unica ed indifferenziata modalità di accesso tramite CUP e individuazione di percorsi differenziati per target di bisogni assistenziali?](#)”.
- [Del. GRT 1068/2016](#) “[Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow-up oncologico?](#)”.
- [Del. GRT 1080 del 2 novembre 2016](#) “[Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa?](#)”.
- [DPCM 12 gennaio 2017](#) “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, Allegato 4 “prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN”.
- [Del. GRT 476/2018](#) “[Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa](#)” che prevede l'attivazione di “funzioni formalmente esplicitate e l'utilizzo di metodi e strumenti specifici per la programmazione(...) a supporto della Direzione aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la programmazione dell'utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise”.
- [Del. GRT 750/2018](#) avente ad oggetto “[Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali?](#)”.
- [Del. GRT 914/2018](#) avente ad oggetto “[Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l'acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste d'attesa?](#)”.
- [Deliberazione del Consiglio regionale n. 73 del 9 ottobre 2019](#) “[Piano Integrato Socio Sanitario Regionale – PISSR 2018-2020](#)”, che all'obiettivo 3 dichiara “I livelli essenziali di assistenza rappresentano l'ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa anche attraverso il governo delle liste di attesa, solo assicurando le prestazioni in tempi congrui al bisogno espresso il diritto del cittadino è tutelato. È chiaro che l'equità di accesso si può ottenere soltanto attraverso l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, trasparenza e favorendo l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini, sui loro diritti e doveri”.
- [PN-19/903/04 A](#) “[Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali 2019-2021](#)” approvato con Provv. DG 471 del 3 luglio 2019 in applicazione della [Del. GR/ 604 del 6 maggio 2019](#) “[Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019-2021](#)” quest'ultimo in applicazione dell'Intesa Stato-Regioni 21 febbraio 2019 “[Piano Nazionale Governo Liste di Attesa triennio 2019-2021](#)”.
- Provv. DG n. 21 del 14 gennaio 2020 “[Regolamento per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale appartenente ai profili di area sanitaria afferente al dipartimento delle professioni sanitarie?](#)”
- PN- 20/903/07 “[Piano gestione emergenza COVID 19](#)” Ed. 2, approvato nell'edizione 1 con Provv. DG 184 del 6 marzo 2020
- Delibera GRT n. 464 del 06 aprile 2020 “[DGR/497/2014 "Intesa Stato -Regioni sulle Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" - Indirizzi operativi](#)” e Nota Direttore UO Governo Percorsi Outpatient del 18 aprile 2020 “[DGR 464/2020 attività ambulatoriale: televisita e teleconsulto?](#)”.
- DVR Prot. 9285 del 10 aprile 2020 “[Integrazione al DVR AOUC per la gestione dell'emergenza COVID-19](#)” e s.m.i.
- Nota del Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera 10 aprile 2020 “[Prevenzione infezioni da SARS-CoV-2 in operatori sanitari durante attività ambulatoriale?](#)”
- [PN-20/903/04A](#) “[Piano Aziendale per la ripresa delle attività ambulatoriali nella Fase 2 della pandemia SARS-CoV-2 \(Ordinanza PGRT n. 49 del 3 maggio 2020\)](#)” in applicazione dell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale Toscana [n. 49 del 3 maggio 2020](#) “[Ulteriori misure \(...\) per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della pandemia da COVID-19. Disposizioni in merito alle prestazioni sanitarie e alle attività delle strutture semiresidenziali \(...\)](#)”
- Lettere del Direttore Generale Prot. 12404 (indirizzata alle OO.SS. del Comparto) e Prot. 12405 (indirizzata alle OO.SS. della Dirigenza) entrambe del 22 maggio 2020 ad oggetto “[Orari di servizio, di apertura al pubblico e di lavoro dei servizi ambulatoriali?](#)”
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016, n. 79/R “[Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie. Modifiche al regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51](#)” e s.m.i.
- [Piano Qualità e Sicurezza](#), approvato con Provv. DG 33 del 15 gennaio 2020
- Lettera del Direttore UOc Governo Percorsi Outpatient Prot. 23590 del 09/10/2020 “[Attività aggiuntiva ambulatoriale, Prenotazione e registrazione con Arianna-CUP?](#)”
- Ordinanze del Presidente della GR Toscana [n. 94 del 16 ottobre 2020](#) – “[Ulteriori misure per le strutture ospedaliere per la gestione dell'emergenza da COVID-19 \(...\)](#)”
- Lettera Direttore Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale Prot. N. 26949 del 11 novembre 2020 ad oggetto “[Riorganizzazione attività programmate per emergenza COVID?](#)”
- Procedura aziendale P/903/63 “[Competenze prescrittive e prestazioni correlate al ricovero?](#)”
- Regolamento D/903/110 “[Il Day Service - modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata?](#)”.



- IL/903/142 “[Istruzione di lavoro piano di gestione e controllo infezioni da nuovo Coronavirus \(COVID-19\)](#)”

4 GLOSSARIO E ABBREVIAZIONI

- **AAA:** Area di attività assistenziale “*intese queste come gli spazi fisici, organizzativi e funzionali, al cui interno si esplicano i percorsi assistenziali ed in cui le risorse vengono consumate*” (Prov. DG 547/2014 “*Atto aziendale*”, art. 19). Sono tali un reparto di degenza, pronto soccorso, poliambulatorio, comparto operatorio, radiodiagnostica. Ogni AAA è affidata ad un Coordinatore Infermiere o altro Professionista sanitario, è dotata di tecnologie specifiche, vi è assegnato personale di Comparto e in essa operano le SOD.
- **Accettazione diretta:** nell'applicativo di prenotazione/accettazione le “**prestazioni ad accesso diretto in senso lato**” (vedi) vengono accettate con questa modalità, senza prenotazione.
- **Agenda chiusa:** Agenda di prenotazione non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. Se una prestazione non è prenotabile in alcuna agenda dell'ambito territoriale di garanzia (vedi), l'attività di prenotazione si considera sospesa per quella prestazione. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione e la [Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282 \(Finanziaria 2006\)](#) al riguardo istituisce una specifica attività di monitoraggio periodico ministeriale e regionale.
- **Agenda di prenotazione:** strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni.
- **A.I.U.T.O. Point Oncologico:** sportello attivato nell'ambito del Progetto CORD dedicato alle persone con diagnosi o sospetto di tumore che offre servizi di informazione, orientamento e prenotazione.
- **ALPI: Attività libero-professionale intramuraria** del Medico e della dirigenza sanitaria, individualmente o in équipe, esercitata fuori dell'orario di lavoro. Può essere su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o su richiesta dell'Azienda per la riduzione dei tempi di attesa con accesso e oneri analoghi al regime istituzionale SSN (c.d. Attività Aggiuntiva, vedi).
- **Ambito (territoriale) di garanzia:** estensione del territorio (zona distretto, Area Vasta) individuato dal piano regionale o definito dalle singole Aziende USL, specifico per ciascuna prestazione ambulatoriale, all'interno del quale è garantito al cittadino il diritto di fruire della prestazione nei tempi massimi previsti dalla classe di priorità assegnata dal prescrittore.
- **Attività aggiuntiva:** prevista dall'Art. 115 “*Tipologie di attività libero professionale intramuraria*” del [CCNL 2016-2018 dell'Area della Sanità del 19 dicembre 2019](#) (vedi Par. 5.2.5 e 5.4.5).
- **Cabina di Regia Ambulatoriale:** prevista dal presente Regolamento (vedi Par.5.1.2), ha mandato di presidiare e mantenere l'organizzazione ambulatoriale. La Cabina di Regia rappresenta il livello tattico previsto dalla Del. GRT 750/2018 ed è costituita in funzione delle tematiche da affrontare da: UOc Governo Percorsi Outpatient, UOc Direzione Operativa, UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera e medici di Direzione Sanitaria Responsabili Sanitari di Dipartimento afferenti, UOc Servizi Amministrativi a supporto delle Attività Sanitarie, UOc Controllo Direzionale, UOc Gestione Attività Libero Professionale, UOs Monitoraggio Performances Sanitarie, Responsabile Piattaforma Produttiva Outpatient, Responsabile Piattaforma SIP e Logistica sanitaria, Responsabili Amministrativi di Dipartimento, Coordinatori/Coordinatrici delle AAA afferenti alle Piattaforme produttive e ai Servizi coinvolti.
- **Centrale CUP:** (vedi anche: CUP) Articolazione della UOc Governo dei Percorsi Outpatient che realizza la creazione e modifica delle agende di appuntamenti autorizzate dagli RSD e attribuisce agli operatori i privilegi di accesso, visione, prenotazione e accettazione.
- **Centro Servizi NIC:** è la sede fisica in cui sono state centralizzate funzioni aziendali quali l'ascolto e l'informazione correlata alle funzioni URP, l'Aiuto Point ed inoltre, attraverso un complesso di sportelli fisici multifunzionali provvede alla consegna dei referti e delle copie di documentazione sanitaria, all'attivazione della tessera sanitaria e al supporto al cittadino per la gestione del consenso sul FSE, allo spostamento degli appuntamenti AOUC per esigenze interne (Par. 5.6.1). Ha sede al piano terra dell'edificio NIC (Nuovo Ingresso Careggi) in Largo Brambilla 3.
- **Centro Unificato per la Diagnostica (CUD):** articolazione organizzativa della UOc Attività Amministrativa a Supporto Attività Sanitarie per la programmazione delle prestazioni di diagnostica per immagini al fine del completo utilizzo dell'offerta.
- **Check Point:** filtro in ingresso agli edifici ospedalieri. In tempo di pandemia da SARS-CoV-2, ad esempio, è attivo in ciascun padiglione sanitario in coerenza con gli orari di apertura, esercita sulle persone che vi accedono il controllo della temperatura corporea mediante termometri ad infrarossi e termoscanner, bloccando gli ingressi a persone con temperatura corporea sopra soglia, effettua il controllo della presenza della mascherina correttamente indossata e invita alla igienizzazione delle mani con soluzione disinfettante.
- **Classe di priorità:** sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alla prenotazione in rapporto alle condizioni di salute dell'utente, riferibili al rischio correlato alla latenza di presa in carico e quindi alla priorità del quadro clinico. È stata resa obbligatoria in Toscana dal 1° giugno 2019 ed è vincolante per la prescrizione su SIRE3 delle prestazioni monitorate dal “[Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019-2021](#)”. Per le prestazioni ambulatoriali sono previste (vedi anche Par. 5.3.2):
 - **U = urgente**, nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore
 - **B = breve**, entro 10 gg
 - **D = differibile**, entro 15-30 gg le visite ed entro 30-60 gg le prestazioni strumentali
 - **P = programmata**, entro 120 gg.
 - **N.I. = non indicata**, prenotata come D differibile
- **Contact Point:** il concetto di Contact Point va oltre la funzione di Call Center classicamente intesa in quanto gestisce i contatti con l'utenza anche attraverso mail e chat e non solo attraverso la telefonia (call).
- **Contratto di servizio:** Il contratto di prestazione di servizi è un contratto dove una parte, il **Committente** commissiona un servizio all'altra parte, il **Fornitore**, che grazie alla sua prestazione, manuale o intellettuale, fornirà il servizio richiesto. Questo rapporto dovrà essere un rapporto continuativo e costante che si instaura tra il committente ed il fornitore. Oggetto del contratto è il servizio reso dal



fornitore al committente, oggetto che può essere di qualsiasi tipo, l'importante è che il servizio venga reso prevalentemente dal fornitore, anche se questi avrà la possibilità di potersi avvalere di collaboratori nell'esecuzione della sua prestazione. Tra le parti non si instaura nessun tipo di rapporto subordinato, tipico del contratto di lavoro, ma si avrà una relazione cliente-fornitore, dove il fornitore dovrà attenersi alle richieste del committente. Un esempio è l'affidamento del front office in AOU Careggi.

- **CORD - Centro Oncologico di Riferimento Dipartimentale:** preposto alla gestione complessiva dell'organizzazione del percorso sanitario a favore del cittadino con sospetta o accertata diagnosi di neoplasia. Provvede altresì alla certificazione per esenzione ticket per patologia codice 048.
- **Credenziali di dominio e applicative:** sono di dominio le credenziali (login e PW) utilizzate dall'utente per accedere alla rete aziendale. Coincidono con le credenziali utilizzate ad esempio per accendere il PC. Le credenziali applicative sono utilizzate per accedere ad uno specifico software.
- **CUP (Centro unificato di Prenotazione):** sistema centralizzato, informatizzato di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, improntato a criteri di **equità di accesso** e deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in **agende elettroniche** di appuntamenti l'attività delle unità eroganti, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e permette di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso strumenti di analisi che forniscono informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa. Al singolo operatore del sistema CUP sono attribuiti specifici **privilegi informatici** che ne definiscono l'operatività, in termini di livello di ampiezza (quali agende) e di profondità (quali operazioni). Al CUP partecipano direttamente o indirettamente **tutti** i sanitari e gli operatori non sanitari coinvolti nei processi che spaziano dalla programmazione alla erogazione delle attività sanitarie per il singolo cittadino. Il CUP si avvale anche di **procedure che facilitano l'accesso del cittadino** direttamente attraverso il web o, indirettamente, attraverso un servizio telefonico e una rete di sportelli fisici interni ed esterni all'Azienda. Il CUP, per le prestazioni di primo accesso si avvale del sottosistema di prenotazione "CUP-Metropolitano", per le prestazioni di presa in carico si avvale del sottosistema di prenotazione interno "CUP AOUC", per le prestazioni dell'ALPI si avvale del sottosistema "CUP Libera Professione", salvo le prestazioni in attività aggiuntiva che confluiscono in quelle istituzionali CUP-Met ed hanno identiche modalità di accesso.
- **CUP 2.0:** La pianificazione regionale prevede l'utilizzo di uno specifico finanziamento ministeriale per la progressiva sostituzione dei sottosistemi informatici aziendali con la piattaforma informatica regionale unica CUP 2.0, la cui estensione all'Area Vasta Sud Est e all'Area Vasta Nord Ovest è pressoché completa mentre l'estensione all'Area Vasta Centro, prima della pandemia, era prevista da completare entro il 2020 (DGRT 604/2019 [PRGLA 2019-2021](#)) ed è tuttora in corso.
- **CUP-Met:** CUP Metropolitano di Firenze, originariamente costituito dal sistema di prenotazione avviato nel 2001 dall'allora Azienda Sanitaria di Firenze, oggi confluita nell'Azienda USL Toscana Centro, e dall'AOUC. Costituisce il principale sistema di prenotazione di prestazioni di primo accesso per la popolazione dell'AUSL Toscana Centro/Area Vasta Centro fino alla sua sostituzione con il CUP 2.0. Careggi vi contribuisce con visite e prestazioni strumentali.
- **CUP AOUC o CUP Careggi:** sistema aziendale per la predisposizione delle agende per la prenotazione dell'offerta ambulatoriale complessiva di Careggi sia per i primi accessi sia per la presa in carico. Per i primi accessi confluisce nel CUP-Met (poi CUP 2.0), rendendo così prenotabile la quota di prestazioni di primo accesso, essenzialmente visite e prestazioni strumentali a tutto il circuito CUP-Met. Le prestazioni di primo accesso costituiscono la quota minore della produzione aziendale di prestazioni erogate nel setting ambulatoriale, essendo la gran parte dell'offerta ambulatoriale prenotata tramite circuiti interni di presa in carico. È altresì, quindi, il sistema di prenotazione per la gestione delle prese in carico utilizzato all'interno di AOU Careggi. Infatti, ai pazienti giunti all'AOUC con primo accesso ambulatoriale o dimessi dal PS o dai setting di ricovero Medico o chirurgico, vengono assicurate le successive prestazioni di approfondimento o di controllo/follow-up tramite prenotazione su agende elettroniche interne, adeguatamente condivise tra l'erogatore/fornitore e i servizi interni richiedenti/clienti. In questo modo la programmazione degli accessi successivi di presa in carico ha luogo nel servizio in cui opera il prescrittore interno e il tempo di programmazione di queste prestazioni è controllato direttamente dal Medico.
- **DAI:** Dipartimento ad Attività Integrata
- **Data, in sequenza:** data prescrizione → data prenotazione/contatto → data di prima disponibilità (che, se accettata dal paziente, coincide con) data appuntamento (che, se il paziente si presenta, coincide con) data erogazione → data refertazione.
- **Data di prescrizione:** è la data di compilazione della prescrizione SSN.
- **Data di prenotazione/contatto:** è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione (il paziente, il suo Medico curante) entra in contatto con il sistema di prenotazione, anche per inserimento nelle preliste.
- **Data di prima disponibilità:** è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.
- **Data di appuntamento:** è la data assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale prenotata o inizi l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.
- **Data di erogazione:** è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino o inizia l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.
- **Data di refertazione:** è la data in cui lo Specialista predispose e firma il referto ed è immediatamente precedente o coincide con la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.
- **Day Service Ambulatoriale (DSA):** modalità di organizzazione della assistenza specialistica ambulatoriale per casistica complessa al fine di facilitare la deospedalizzazione. È avviato dallo Specialista e prevede un ridotto numero di accessi ambulatoriali durante il quale vengono erogati pacchetti preordinati di prestazioni diagnostiche al fine di rispondere al quesito clinico. Vedi Regolamento D/903/110 "[Il Day Service - modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata](#)".



- **DEMA:** ricetta dematerializzata (vedi).
- **DPS:** Dipartimento delle professioni Sanitarie
- **Drop-out:** mancata presentazione del cittadino nella data e all'orario previsti, senza preventiva disdetta. Il drop-out ha una importanza direttamente proporzionale alla lunghezza della lista di attesa, ma anche al tempo di programmazione. I principali strumenti per contenere gli effetti del drop-out sono riferibili alle molteplici modalità di recall. Il richiamo (recall) del cittadino da parte dell'operatore può essere efficacemente vicariato con moderni e potenti strumenti automatici di promemoria e richiesta di conferma (chiamate da operatore virtuale, SMS, e-mail, calendario social). Una delle modalità di gestione del Drop-Out è l'Overbooking (vedi).
- **Garanzia dei tempi massimi:** indica la situazione in cui l'utente accede al sistema di prenotazione con diritto a fruire della prestazione nell'ambito territoriale di garanzia (vedi) e nei tempi massimi specifici per quella prestazione e per la classe di priorità (vedi) assegnata dal Medico prescrittore.
- **Indice di cattura (Catchment index):** rapporto tra i volumi di prestazioni prescritte, calcolate mediante i flussi delle prescrizioni dematerializzate ed elettroniche, e i volumi di prestazioni prenotate nello stesso periodo (su 15 giorni) in un determinato ambito territoriale (Ambito territoriale di garanzia, territorio delle ex Aziende USL, Area Vasta, Regione). Viene correntemente calcolato in Toscana per ciascuna delle principali prestazioni monitorate dal [PRGLA 2019-2021](#), rappresentato come andamento in un dato periodo ed esprime la percentuale di cattura delle prescrizioni nel sistema di prenotazione.
- **MMG:** Medico di Medicina Generale
- **Modalità di prenotazione:** in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica, web, app.
- **Modalità di rilevazione dei tempi di attesa "ex-ante":** consiste nella rilevazione (prospettica) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione. Esprime il **preventivo** dei tempi di attesa.
- **Modalità di rilevazione dei tempi di attesa "ex-post":** l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione. Esprime il **consuntivo** dei tempi di attesa.
- **Numero di persone in attesa:** è il numero di persone in attesa della prestazione, per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora nemmeno una data approssimativa.
- **Outbound:** telefonata in uscita da un centro servizi / call center. Il CUP effettua in outbound il recall dei prenotati per ridurre il numero di mancate presentazioni ed eventualmente ricollocare i posti così liberati, come anche per spostare e ricollocare gli appuntamenti nei casi di indisponibilità imprevista di tecnologie e competenze.
- **Overbooking:** prenotazione di posti eccedenti le ordinarie disponibilità prenotabili, da realizzarsi di norma attraverso un prolungamento delle sedute ambulatoriali anche tramite l'inserimento di forzature nelle agende.
- **PACC:** percorsi ambulatoriali complessi e coordinati, strumento operativo del Day Service, consistono in gruppi selezionati di prestazioni, incluse nel catalogo regionale della specialistica ambulatoriale, coerenti al raggiungimento degli obiettivi diagnostico-terapeutici. I PACC sono esplicitati a priori per ciascuna problematica clinica. All'interno del PACC le prestazioni possono essere organizzate in step successivi di approfondimento. È cura dello specialista erogatore delle prestazioni previste nel primo step, l'eventuale prescrizione e attivazione di quelle previste negli step successivi.
- **PAGLA, PRGLA, PNGLA:** Piano [Aziendale](#) ([Regionale](#), [Nazionale](#)) di Governo delle Liste di Attesa.
- **PDTA:** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- **Personale di assistenza:** è il personale afferente al DPS e comprende tutti gli esercenti le [professioni sanitarie](#) non mediche.
- **Personale di supporto:** si identifica con l'operatore sociosanitario (OSS), afferente al DPS, essendo cessate le altre figure previste in passato (*generico, OTA*)
- **PLS:** Pediatra di Libera Scelta
- **Prestazioni oggetto del monitoraggio sui tempi di attesa:** sono state selezionate negli anni dal Ministero della salute, con i successivi piani nazionali, e integrate in Toscana con ulteriori prestazioni (si veda il PN-19/903/04 A "[Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali 2019 - 2021](#)").
- **Prenota 8000:** articolazione organizzativa della PO Partecipazione ed accoglienza, all'interno della UOc Attività Amministrativa a Supporto Attività Sanitaria, che provvede alla prenotazione telefonica per un gruppo selezionato di agende e prestazioni. Funziona anche da **Contact point** per le funzioni attribuite. Trattasi di funzione ed articolazione in via di sviluppo come dettagliato al par. 5.2.7.
- **Prestazioni ad accesso diretto in senso stretto:** l'utente accede alla prestazione senza la ricetta medica e senza prenotazione (previste dalla Del GRT 493/2004)
- **Prestazioni ad accesso diretto in senso lato** nell'applicativo di prenotazione/accettazione "**accettazione diretta**": l'utente accede con prescrizione medica ma senza fase di prenotazione e riceve immediatamente la prestazione (es: prelievo per esami di laboratorio)
- **Prima visita (PV) e visita di controllo:** nella **Prima visita** (codici LEA: 89.7, 89.13, 95.02, 89.26) "*il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia*" ([PRGLA 2019-2021](#)). Nella **Visita di controllo** (codice LEA: 89.01): "*un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica*" ([PRGLA 2019-2021](#)).



- **Primo accesso e presa in carico:** nel primo accesso o primo contatto il quesito diagnostico ipotizzato generalmente dal MMG/PLS necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nella prescrizione DEMA, nel campo tipo di accesso valorizzare con “**Primo accesso**”. È tale il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale ([PRGLA 2019-2021](#)). La presa in carico o prestazione successiva al primo accesso gestisce le prestazioni solitamente richieste dal Medico Specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione. Nella prescrizione DEMA, nel campo tipo di accesso valorizzare con “**Altra tipologia di accesso**”. Sono tali “*la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo Specialista; la visita o prestazione di controllo (follow-up)*” (DGRT 604/2019 “[PRGLA 2019-2021](#)”). La “presa in carico” sottende la gestione della prescrizione e prenotazione delle prestazioni conseguenti al primo accesso, già disciplinate dalla [Del. GRT 1038/2005](#), dai successivi Atti regionali e dalla P/903/63 “[Competenze prescrittive e prestazioni correlate al ricovero](#)”.
- **Punto di Accoglienza:** ha funzione di presa in carico globale dell'utente. Il Punto di padiglione afferisce al Centro Servizi del Nuovo Ingresso Careggi (NIC) o al SIP dell'edificio e garantisce al Poliambulatorio, o a più Poliambulatori, le attività di accoglienza, preferibilmente con un unico punto di accettazione, ove possibile, tenuto conto delle dimensioni e delle peculiarità di ogni edificio.
- **QD: Quesito diagnostico:** è sempre obbligatorio nella prescrizione.
- **RA:** Responsabile Tecnico Amministrativo di Dipartimento
- **Referente Unico per una specifica visita/area specialistica:** Il Referente Unico è individuato dal Direttore di Dipartimento su richiesta del Direttore Sanitario, che formalizza periodicamente l'elenco aggiornato dei Referenti unici, per la pubblicazione nella [intranet aziendale](#); opera in rappresentanza e con piena delega del Direttore DAI e dei Direttori SOD coinvolti nell'erogazione e partecipa ai lavori della Cabina di Regia Ambulatoriale per riorganizzare l'offerta secondo le indicazioni del Regolamento ambulatoriale. Rappresenta tutte le SOD che erogano quella visita/quel gruppo di prestazioni specialistiche al Tavolo Operativo del Poliambulatorio, che include anche il Coordinatore del Poliambulatorio e il Coordinatore/Responsabile del SIP. Il Referente Unico si raccorda nel Dipartimento con il Direttore e Staff DAI e i con i Direttori SOD per le analisi preliminari, le modifiche organizzative e la successiva operatività quotidiana del poliambulatorio.
- **Ricetta:** è il documento, redatto da un Medico del SSN e valido su tutto il territorio nazionale, che consente l'accesso ordinario alle prestazioni del SSN. Con il Decreto MEF 2 novembre 2011 la vecchia “**Ricetta rossa cartacea**” è stata sostituita con la “**Ricetta dematerializzata (DEMA)**”. Dal 1° luglio 2019, nella prescrizione DEMA delle prestazioni oggetto di monitoraggio PRGLA, in Toscana su SIRE3 è obbligatorio indicare il “Tipo di accesso” (“Primo accesso” o “Altro tipo di accesso”, quest'ultimo corrisponde alla presa in carico)
- **RSD:** Dirigente Medico di Direzione Sanitaria con incarico di **Responsabile Sanitario di Dipartimento**
- **Scelta dell'utente:** situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto.
- **Scorrimento o scrolling:** nelle **agende a scorrimento** ogni giorno l'applicativo di prenotazione aggiunge un ulteriore giorno di apertura in fondo al periodo di prenotabilità, che resta quindi costante. Le agende a scorrimento pertanto non sono mai chiuse. La normativa regionale impone di mantenere almeno un anno prenotabile (DGRT 604/2019 “[PRGLA 2019-2021](#)”) e tale è il periodo prenotabile delle agende AOUC di primo accesso esposte al CUP Metropolitano. Per le agende AOUC di presa in carico tale periodo è definito in 400 giorni per agevolare la riprenotazione dei controlli a cavallo del periodo estivo (Prov. DG 471/2019 “[Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali 2019-2021](#)”).
- **Single Sign-On:** il SSO è l'autenticazione unica, ovvero la proprietà di un sistema di controllo delle credenziali d'accesso che consente ad un utente di effettuare un'unica autenticazione valida per più sistemi software o risorse informatiche alle quali è abilitato.
- **SIP:** Servizi integrati di padiglione.
- **SOD:** Struttura Organizzativa Dipartimentale
- **Televisita di controllo:** “*La televisita è un atto sanitario in cui il Medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita il Medico può farsi assistere da un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente o, per la comunicazione, dal caregiver. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e avvenire in tempo reale o differito*” (Intesa 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR) della Conferenza Stato-Regioni sul documento recante “[Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali](#)”). La Televisita è ammessa in Toscana esclusivamente in alternativa alla visita di controllo ([DGRT 464/2020](#)). Il [Catalogo ambulatoriale](#) include la televisita di controllo per ognuna delle 81 discipline specialistiche. SIRE 3 ne permette la prescrizione dematerializzata e ogni agenda di prenotazione che preveda visita di controllo è stata integrata con la corrispondente televisita. La scelta di utilizzare la televisita di controllo in alternativa alla visita di controllo tradizionale compete allo Specialista, che potrà valutare preliminarmente sia la disponibilità della tecnologia occorrente presso l'abitazione del paziente che la sua situazione soggettiva secondo i **criteri di eleggibilità**:
 - a – diagnosi nota o sospetto diagnostico già formulato in una precedente visita e eventualmente in corso di approfondimento;*
 - b – eventuale terapia già in corso;*
 - c – pazienti per i quali non è necessario acquisire informazioni rilevanti da una semeiotica diretta o dallo esecuzione di prestazioni strumentali, diagnostiche o terapeutiche contestuali;*
 - d – paziente non autonomo supportato da caregiver nella gestione della comunicazione*In ogni caso l'interazione Medico paziente deve essere adeguata al bisogno sanitario del paziente. La televisita è effettuata tramite [portale regionale al quale il Medico accende con carta operatore](#). In generale non si richiede necessariamente un collegamento audiovideo, pur raccomandato, e la televisita può essere condotta anche solo mediante una telefonata, secondo valutazione del Medico.
- **Teleconsulenza delle professioni sanitarie:** psicologici, dietisti, fisioterapisti, infermieri accedono ad un [portale dedicato per il teleconsulto senza carta operatore](#). Per le altre modalità di utilizzo è analoga alla Televisita di controllo.



- **Tempo di prenotazione/contatto:** tempo che intercorre tra la data di prescrizione e la data di contatto/prenotazione.
- **Tempo di attesa (TAT):** tempo che intercorre tra il momento della prenotazione e il momento dell'erogazione. Può essere calcolato con "modalità di rilevazione ex-ante" o "ex-post" (vedi).
- **Tempo di attesa effettivo o assoluto:** tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di appuntamento.
- **Tempo di attesa relativo:** tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di prima disponibilità, anche non accettata.
- **Tempo massimo di attesa:** tempo massimo che può intercorrere tra la data della prenotazione e l'erogazione secondo gli standard del PRGLA.
- **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce a **primo accesso** o a **presa in carico** (vedi).
- **Volumi erogati:** si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate in un periodo specifico.

5 REGOLAMENTO

Di seguito sono individuati i tre livelli di governo, le Strutture coinvolte e le relative responsabilità. Sono successivamente dettagliati i criteri di organizzazione adottati. Viene poi approfondita la caratterizzazione del primo accesso, con le classi di priorità e i tempi di attesa, e della presa in carico per cronicità e follow-up, proseguendo l'evoluzione del LEA ambulatoriale da un modello organizzativo per prestazioni ad un modello per percorsi. Sono infine descritte le responsabilità di gestione delle agende di appuntamento, precisando le modalità di creazione e scorrimento delle stesse, di attribuzione dei privilegi di accesso e modifica dei dati di calendario.

5.1 LIVELLI DI GOVERNO

Il governo della specialistica ambulatoriale è articolato in tre livelli:

- 1) La **pianificazione strategica** è ascrivita alla **Direzione Aziendale** che la realizza fornendo direttive e indirizzi.
- 2) La **programmazione** è ascrivita alla Direzione Sanitaria che la esercita attraverso la **Cabina di Regia Ambulatoriale** alla quale partecipano le Strutture e funzioni Centrali e Dipartimentali.
- 3) La **gestione operativa** e il controllo delle attività sono ascriviti ai **Tavoli Operativi dei Poliambulatori**, ai quali partecipano le funzioni di Responsabilità direttamente correlate alla erogazione ambulatoriale.

5.1.1 Pianificazione strategica: Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale realizza la **governance** delle liste di attesa partecipando al coordinamento regionale presso la Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana (DGRT 604/2019). Ogni Area Vasta contribuisce all'obiettivo integrando l'offerta specialistica ambulatoriale complessivamente disponibile nell'**ambito geografico di riferimento**. L'organizzazione dell'offerta nell'**Area Vasta** Centro coinvolge l'Azienda USL Toscana Centro, le AOU Careggi e Meyer e il privato accreditato in un processo unitario di programmazione dell'offerta necessaria a soddisfare la **prescrizione elettronica** complessiva, che dà la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della **domanda** in un dato periodo. Il sistema di **monitoraggio** nazionale e regionale dei Tempi di Attesa e il sistema di valutazione della performance del SSR toscano prevedono **indicatori** specifici per verificare che le Aziende garantiscano ai propri cittadini i **tempi massimi** previsti dalla programmazione regionale (tra i quali: indice di cattura, % di prenotazioni entro i tempi fissati dal programmatore nazionale PNGLA e dal programmatore regionale PRGLA per Azienda e Area Vasta, Monitoraggio ministeriale TAT ex ante ed ex post, monitoraggio sospensioni, monitoraggio ALPI, monitoraggio inclusione di tutte le agende nel sistema CUP). Il rispetto di tali garanzie costituisce adempimento LEA ed è vincolante per l'erogazione del

maggior **finanziamento** SSN alle Regioni. Se i sistemi di monitoraggio regionale evidenzieranno particolari aree di criticità, la Regione Toscana concorderà **piani di rientro** con le singole Direzioni Aziendali.

Careggi “*si caratterizza per l’attività assistenziale di ricovero, per prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d’emergenza urgenza. In particolare, persegue lo sviluppo di attività d’alta specializzazione in quanto riferimento d’Area Vasta, regionale e nazionale*” ([Prov. DG 547/2014 “Atto aziendale”](#), art. 3), persegue dunque finalità di diagnosi e cura che devono accogliere il bisogno di salute anche travalicando i confini del territorio geografico su cui insiste.

La **Direzione Aziendale**, anche tramite le proprie articolazioni:

- a) partecipa alla programmazione unitaria Regionale e di **Area Vasta Centro**;
- b) definisce le **linee di sviluppo aziendali** sulla specialistica ambulatoriale;
- c) fornisce gli **obiettivi di budget** ai Direttori e Responsabili di Dipartimento, SOD, UO, Unit e Piattaforme Produttive;
- d) anche coordinando i livelli di programmazione e monitoraggio aziendali afferenti alla “Cabina di Regia Ambulatoriale” descritta al paragrafo 5.1.2, fornisce **gli indirizzi per il mantenimento o la modulazione dell’offerta di prestazioni**, realizzata dai livelli operativi di cui al paragrafo 5.1.3.

5.1.2 Programmazione aziendale: Cabina di Regia Ambulatoriale

La programmazione delle azioni finalizzate alla realizzazione degli indirizzi della Direzione aziendale nel setting ambulatoriale è realizzata dalla **Direzione Sanitaria** con l’apporto integrato delle seguenti Strutture centrali e Piattaforme costituenti la **Cabina di Regia Ambulatoriale**, coordinata dal Direttore della UOc Governo dei Percorsi Outpatient.

Partecipano ai lavori della Cabina di Regia Ambulatoriale e sono di volta in volta convocati:

- A) Direttore Sanitario**, orienta e all’occorrenza partecipa ai lavori della Cabina di Regia.
- B) Direttori dei DAI** di volta in volta coinvolti sulle specifiche attività ambulatoriali oggetto della riorganizzazione: partecipano ai lavori attraverso i **Referenti Unici per una specifica visita/area specialistica** da loro individuati (vedi Glossario). Ogni Direttore di DAI, anche tramite i **Responsabili di ADO**, esercita il livello di responsabilità operativo gestionale di competenza e coordina le Direzioni di SOD afferenti, al fine di predisporre l’apporto concorrente di tali Strutture alla realizzazione di **programmi integrati di utilizzo** delle tecnologie sanitarie, degli spazi fisici ambulatoriali e del personale di assistenza e supporto ([Prov. DG 547/2014 “Atto aziendale”](#), art. 30).
- C) UOc Governo dei Percorsi Outpatient**, coordina la Cabina di Regia ambulatoriale e:
 - a. partecipa al Tavolo regionale sul LEA Ambulatoriale (Nomenclatore) e cura la manutenzione del [Catalogo ambulatoriale](#) delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - b. partecipa al Tavolo regionale sul governo dei Tempi e delle Liste di attesa ambulatoriali;
 - c. si coordina con la **UOc Direzione Operativa** per le attività di **programmazione** e di assegnazione delle risorse nel setting ambulatoriale, per proporre eventuali progettualità aggiuntive volte a soddisfare necessità di riequilibrio dell’offerta e la supporta nel governo delle attività ambulatoriali del percorso chirurgico;
 - d. si coordina con la **UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera** per le attività di predisposizione degli **ambienti e tecnologie** delle attività sanitarie ambulatoriali;

- e. si coordina con gli **RSD** competenti per Dipartimento e le Piattaforme produttive per **modulare l'assegnazione delle sedute ambulatoriali** ai Dipartimenti, alle SOD e alle Unit per la realizzazione degli indirizzi direzionali e degli obiettivi di budget e realizza le azioni di modulazione dell'offerta tese ad assicurare la disponibilità di prestazioni ambulatoriali coerente con gli indirizzi direzionali e con i tempi di attesa normativamente previsti;
- f. attraverso la **Centrale CUP** realizza la configurazione generale delle agende di appuntamenti ambulatoriali (paragrafi 5.4.4 e 5.4.5), predispose le eventuali successive modifiche, realizza l'attribuzione dei privilegi informatici di accesso alle agende (paragrafo 5.5.3) e monitorizza l'utilizzo delle sedute di attività ambulatoriale assegnate;
- g. analizza e valuta i **dati di attività** ambulatoriale, per supportare la Direzione nella definizione degli obiettivi di budget e nel monitoraggio degli interventi organizzativi e dei programmi di offerta assegnati alle strutture erogatrici;
- h. in ottemperanza da quanto previsto dalla L.R. 51/2009 in materia di Autorizzazione all'esercizio e di Accredimento, in collaborazione con la UOc **Accreditamento, Qualità e Risk Management**, analizza e valuta i dati dell'attività ambulatoriale, anche tramite un'analisi proattiva dei rischi, al fine di garantire il mantenimento degli standard di qualità e sicurezza delle cure previsti, coordinati nel Piano Qualità e Sicurezza aziendale;
- i. in ottemperanza con il piano aziendale della trasparenza garantisce la pubblicazione e l'aggiornamento per gli utenti dei **tempi di attesa** nell'ambito ambulatoriale;
- j. garantisce, in collaborazione con gli RSD, i RA, la UOc Gestione Attività Libero Professionale, le Piattaforme Produttive del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e le altre strutture e funzioni di volta in volta coinvolte, il supporto alla UOc Attività Amministrative a Supporto Attività Sanitaria e alle sue articolazioni (URP, Settore Tutela, Gestione Reclami), per la redazione delle risposte a **controversie** o **reclami** dell'utenza in ambito ambulatoriale;
- k. monitora in collaborazione con gli RSD e la UOc Gestione Attività Libero Professionale il raggiungimento degli obiettivi definiti nei progetti di **attività aggiuntiva**
- l. collabora con UOc Direzione Operativa e la UOc Gestione Attività Libero Professionale che le prestazioni effettuate in ambito ambulatoriale **libero-professionale intramuraria** dai professionisti siano **coerenti con quanto previsto nell'atto di negoziazione**.

D) UOc Direzione Operativa: è struttura centrale di “*governo, programmazione e monitoraggio delle risorse destinate all'attività assistenziale svolta dai Dipartimenti*” ([Prov. DG 547/2014 “Atto aziendale”](#), art. 19), coordina l'Area Management Attività Sanitarie della Direzione Sanitaria, a cui afferisce la UOc Governo dei Percorsi Outpatient, e in tale contesto:

- a. partecipa alla **pianificazione strategica** e alla **programmazione** delle attività ambulatoriali con la Direzione Aziendale;
- b. presidia le modalità organizzative ed operative del **percorso chirurgico**, supportata nel setting ambulatoriale dalla UOc Governo dei Percorsi Outpatient e dagli RSD;
- c. coordina la stesura del **piano di modulazione estiva e invernale** di attività, supportata nel setting ambulatoriale dalla UOc Governo dei Percorsi Outpatient, dalla UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera, dagli RSD e dalle Piattaforme Produttive;

- d. in caso di mancato mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella **libero-professionale intramuraria**, realizza, in collaborazione con la UOc Governo dei Percorsi Outpatient e la UOc Gestione Attività Libero Professionale, gli interventi di competenza atti al ripristino degli equilibri normativamente previsti;
- e. monitora in collaborazione con la UOc Governo dei Percorsi Outpatient e la UOc Gestione Attività Libero Professionale che le prestazioni effettuate in **ambito ambulatoriale libero-professionale intramuraria** dai professionisti siano **coerenti con quanto previsto nell'atto di negoziazione**.
- f. collabora con la UOc Governo dei Percorsi Outpatient, gli RSD e la UOc Gestione Attività Libero Professionale per il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi definiti nei progetti di **attività aggiuntiva**;
- E) UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera:** coordinandosi con la **UOc Direzione Operativa e la UOc Governo dei Percorsi Outpatient** e attraverso i medici di Direzione Sanitaria afferenti con incarico di **RSD**, che garantiscono il raccordo con i DAI:
- individua gli spazi fisici per l'erogazione dell'attività;
 - si rapporta con il **Responsabile dell'Area Tecnica** per predisporre spazi fisici e arredi;
 - si rapporta con il **Direttore UOc Innovazione Tecnologica nell'Attività Clinico Assistenziali** per individuare, acquisire e sostituire le tecnologie sanitarie e informatiche;
 - propone trasferimenti e accorpamenti di attività ambulatoriali atti a conseguire un dimensionamento dei poliambulatori caratterizzato da efficacia, efficienza e appropriatezza organizzativa;
 - fornisce indicazioni per il controllo delle infezioni ospedaliere compreso l'ambito ambulatoriale;
- F) UOc Servizi Amministrativi a supporto delle Attività Sanitarie:**
- fornisce le indicazioni generali e specifiche alla **Piattaforma SIP e Logistica sanitaria e alle altre strutture/funzioni coinvolte**, per la conduzione delle attività amministrative di front e back office, volte alla corretta rilevazione dell'attività a fini economici, e per l'adempimento dei debiti informativi, inclusi elementi di monitoraggio.
 - Coordina l'attività dei **Responsabili Amministrativi (RA)** di supporto ai Direttori DAI e SOD finalizzata all'erogazione dell'attività ambulatoriale.
 - Attraverso l'**Ufficio Gestione Percorsi di Partecipazione, Centro Servizi - CUP e Prenota 8000** promuove un rapporto di collaborazione proattiva tra operatori e cittadini con cui mantenere un rapporto stabile basato su consenso, trasparenza e partecipazione come parte attiva; adotta azioni per un corretto orientamento e per l'educazione ai servizi; contribuisce alla definizione di percorsi volti al miglioramento continuo dell'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali.
 - Coordina le attività dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico e del Settore Tutela per la gestione di **richieste, segnalazioni e reclami** degli utenti.
- G) UOc Controllo Direzionale:** anche nell'ambito del più ampio monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi di budget, predispone la reportistica per il monitoraggio della produzione di prestazioni nei regimi istituzionale e libero professionale, associandovi i tempi di attesa rilevati, aggregando i dati per Centri di ricavo, per branca specialistica, per SOD, per Dipartimento, Area Vasta e Regione di provenienza e fornendo elementi atti a rilevare eventuali scostamenti rispetto all'isoperiodo precedente. Aggiorna le elaborazioni atte a quantificare, sulla base delle prenotazioni ambulatoriali attive, la distribuzione oraria delle presenze ed il conseguente grado di impegno e affollamento degli edifici.



- H) **UOc Gestione Attività Libero Professionale:** contribuisce a fornire elementi utili per valutare il mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero-professionale intramuraria anche perseguendo l'equilibrio dei tempi di attesa e supportando la gestione delle progettualità aggiuntive (Art. 115, comma 2, del [CCNL dell'Area della Sanità del 19 dicembre 2019](#)); collabora nella verifica che le prestazioni effettuate dai professionisti siano coerenti con quanto previsto nell'atto di negoziazione;
- I) **UOs Monitoraggio performances sanitarie:** concorre a rilevare e segnalare gli andamenti degli indicatori aziendali e di *benchmarking* interaziendale principalmente sui tempi di attesa e sul rapporto tra ALPI e istituzionale.
- J) **Dipartimento delle Professioni Sanitarie:** *“assicura la gestione integrata delle risorse umane e materiali secondo il modello dipartimentale”* ([Prov. DG 547/2014 “Atto aziendale”](#), art. 16). Individua i Coordinatori delle AAA che, attraverso le Piattaforme produttive, supportano la Direzione Operativa nel governo e nella gestione delle risorse umane, materiali e tecnologiche attribuite. In particolare, il DPS:
- a. attraverso la **Piattaforma Outpatient**, con i Responsabili di Linea e i Coordinatori di AAA, assicura il governo e la gestione integrata delle risorse umane, materiali, strumentali e tecnologiche attribuite alle AAA ad essa afferenti e dedicate alla attuazione dei percorsi ambulatoriali erogati in regime istituzionale e di libera professione e:
- partecipa alle riorganizzazioni volte alla realizzazione degli obiettivi aziendali, anche coinvolgendo i Coordinatori delle AAA negli incontri della Cabina di Regia Ambulatoriale,
 - assicura l'attuazione e il mantenimento degli standard operativi definiti dalla competente struttura organizzativa del DPS e verifica l'aderenza ad essi dei piani di servizio elaborati dalle funzioni gestionali delle AAA,
 - collabora alla attuazione degli obiettivi di efficientizzazione dell'utilizzo degli spazi ambulatoriali e opera la rimodulazione dell'assetto operativo e delle risorse in aderenza ai programmi di utilizzo dei fattori produttivi formulati dalla UOc Governo dei Percorsi Outpatient e dalla struttura organizzativa aziendale di riferimento per le attività erogate in regime di libera professione,
 - partecipa con i Coordinatori/Responsabili SIP dell'edificio in cui insistono le Aree di Attività Ambulatoriali di afferenza alla attuazione e al mantenimento dei criteri per il distanziamento nelle sale di attesa,
 - collabora alle attività di riprenotazione dei controlli;
- b. attraverso la **Piattaforma SIP e Logistica sanitaria**, gestisce le funzioni logistiche, di accoglienza, orientamento e amministrative e:
- partecipa alle riorganizzazioni volte alla realizzazione degli obiettivi aziendali, anche coinvolgendo i Coordinatori/Responsabili negli incontri della Cabina di Regia Ambulatoriale,
 - presidia il coordinamento dei check point degli edifici sanitari (ad es.: in periodo pandemico dispensa la soluzione disinfettante idroalcolica ed effettua, agli utenti in ingresso agli edifici sanitari, il monitoraggio della temperatura e del corretto uso della mascherina),
 - assicura negli orari di apertura al pubblico delle attività ambulatoriali l'accettazione amministrativa e, fuori degli orari di apertura al pubblico, le correlate funzioni di retrospertello,
 - monitora attraverso la [piattaforma aziendale della reportistica](#) gli andamenti circadiani e settimanali dei flussi di arrivo dei pazienti prenotati, predisponendo gli adeguamenti necessari per farvi fronte anche separando le tipologie di flussi in ingresso e in uscita dagli edifici,

- gestisce il distanziamento nelle sale di attesa d'intesa con i Coordinatori delle Aree di Attività ambulatoriali, partecipando alle attività di riprenotazione dei controlli;
- c. attraverso la **Piattaforma Produttiva Servizi Diagnostici**, assicura il governo e la gestione integrata delle risorse umane, strumentali e tecnologiche attribuite alle AAA ad essa afferenti e dedicate alla attuazione delle attività di diagnostica per immagini e di trattamento terapeutico erogate in regime istituzionale e di libera professione,
 - partecipa alle riorganizzazioni volte alla realizzazione degli obiettivi aziendali, anche coinvolgendo i Coordinatori delle AAA negli incontri della Cabina di Regia Ambulatoriale,
 - assicura l'attuazione e il mantenimento degli standard operativi definiti dalla competente struttura organizzativa del DPS e verifica l'aderenza ad essi dei piani di servizio elaborati dalle funzioni gestionali delle AAA afferenti,
 - assicura il monitoraggio e il controllo degli standard di efficienza operativa realizzati nelle AAA e la gestione sistematica della variabilità della domanda attraverso la rimodulazione delle risorse umane e la pianificazione operativa integrata delle attività,
 - collabora alla attuazione degli obiettivi di efficientizzazione dell'utilizzo delle tecnologie in dotazione alle AAA e opera la rimodulazione dell'assetto operativo e delle risorse in aderenza ai programmi di utilizzo dei fattori produttivi formulati dalla UOc Governo dei Percorsi Outpatient e dalla struttura organizzativa aziendale di riferimento per le attività erogate in regime di libera professione,
 - collabora alla attuazione dei piani di gestione delle liste di attesa e, ove necessario, gestisce i progetti di attività aggiuntiva autorizzati per la loro realizzazione e ne garantisce il monitoraggio periodico,
 - partecipa con i Coordinatori/Responsabili SIP dell'edificio in cui insistono le Aree di Attività di afferenza alla attuazione e al mantenimento dei criteri per il distanziamento nelle sale di attesa.

5.1.3 Gestione e controllo operativo delle attività: Tavolo Operativo del Poliambulatorio

La **dimensione organizzativa di erogazione** delle prestazioni specialistiche ambulatoriali al paziente è l'AAA **Poliambulatorio**, in cui i Medici specialisti afferenti alle SOD e Unit effettuano le prestazioni ambulatoriali specialistiche in costante interazione con i professionisti sanitari e gli operatori di supporto ad essa assegnati. Sono funzionalmente assimilabili ai poliambulatori anche i punti di prelievo delle matrici biologiche e le **Aree di diagnostica strumentale e per immagini**, mentre le Aree di laboratorio, cui il paziente non accede direttamente, sono soggette a modalità organizzative proprie e specifiche. In funzione della consistenza degli ambulatori e degli spazi accessori e della loro articolazione sui piani/livelli, in ciascun **edificio/padiglione** insistono uno o più Poliambulatori. Di norma, in ciascun edificio/padiglione è previsto un **Punto di Accoglienza** (vedi Glossario, par. 5.2.7 e par. 5.2.9).

In ogni Poliambulatorio aziendale si individua il **Tavolo Operativo del Poliambulatorio**, che opera secondo la programmazione realizzata dalla **Cabina di Regia Ambulatoriale** in applicazione degli indirizzi della Direzione aziendale. Su richiesta della Cabina di Regia, il Tavolo Operativo può essere convocato al completo e allargato ad ulteriori figure. Il Tavolo assume due seguenti configurazioni principali:

- 1) **PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE GENERALE DEL POLIAMBULATORIO:** è volta all'adozione dei criteri di organizzazione di cui al Capitolo. 5.2. Il Tavolo agisce come proiezione geografica della Cabina di Regia e viene coordinato dalla UOc Governo Percorsi Outpatient con la partecipazione attiva degli RSD competenti per Dipartimento, del Referente Unico per una specifica visita/area specialistica, del Responsabile della Piattaforma Produttiva Outpatient, del Responsabile Piattaforma SIP e Logistica Sanitaria, del Coordinatore/Responsabile SIP, del Coordinatore di AAA.
- 2) **OPERATIVITÀ ORDINARIA DEL POLIAMBULATORIO:** il Tavolo ha **valenza funzionale** ed è tenuto a partecipare in modo diffuso e costante alla manutenzione operativa continua del piano di lavoro dello specifico Poliambulatorio. A questo scopo **figura centrale è quella del Coordinatore di AAA**, che si relaziona singolarmente e direttamente con i Referenti Unici, i Direttori e Responsabili o loro delegati. Ai lavori ordinari del Tavolo partecipano:
 - a) **Direttore di SOD/Responsabile Unit**, anche tramite il *Referente Unico per una specifica visita/area specialistica individuato dal Direttore DAI*. – Il Direttore SOD, in quanto assegnatario delle risorse umane della Dirigenza Medica, organizza e struttura le turnazioni dei medici per la realizzazione delle attività ambulatoriali secondo i criteri del presente regolamento. Analogamente, il Responsabile di Unit organizza le attività integrate dei medici che partecipano alla erogazione dei percorsi specialistici di competenza.
 - b) **Coordinatore dell'AAA**. – Secondo gli indirizzi della *Piattaforma Produttiva Outpatient del Dipartimento Professioni Sanitarie*, cui afferisce, in quanto assegnatario delle risorse umane, materiali e tecnologiche di pertinenza del DPS, gestisce, organizza e verifica i piani di servizio e di lavoro del personale attribuito e gestisce le risorse tecnologiche e strumentali attribuite per la realizzazione delle attività. Di norma gestisce un **marginale operativo** per evenienze inattese che determinino necessità di ricollocazione dei pazienti prenotati (caso “F” del par. 5.6) oltre che per evenienze legate all'assistenza che possono rendere momentaneamente indisponibile un locale ambulatorio.
 - c) **Coordinatore/Responsabile Servizi Integrati del Padiglione (SIP)** – Secondo gli indirizzi della *Piattaforma SIP e Logistica sanitaria* del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, cui afferisce, in quanto assegnatario/gestore delle risorse umane, organizza e struttura le attività di accoglienza, orientamento e accettazione durante l'orario di apertura al pubblico e in coerenza con le attività clinico-assistenziali. Secondo gli indirizzi della *UOc Servizi Amministrativi a supporto dell'Attività Sanitaria*, organizza le attività di *front-office* e *back-office* necessarie e adeguate al corretto espletamento delle attività ambulatoriali dell'edificio, al corretto orientamento degli utenti e all'educazione ai servizi volta al miglioramento continuo dell'accessibilità agli stessi.

5.2 CRITERI DI ORGANIZZAZIONE

Accanto al ruolo fondamentale del **Medico Specialista** e dei **Professionisti sanitari**, direttamente coinvolti nella erogazione dei percorsi e delle prestazioni ambulatoriali, viene data rilevanza ai criteri attraverso i quali i **Direttori e Responsabili** delle Strutture e Funzioni aziendali realizzano le premesse ottimali per garantire equità, uniformità, agilità, sicurezza, efficienza e economicità ai processi correlati all'erogazione nel setting ambulatoriale.

Sinteticamente, tali criteri costituiscono il riferimento aziendale per: il dimensionamento delle AAA, l'orario di apertura sulle 12 ore e l'efficiente impiego delle risorse, la presenza dei professionisti sanitari e degli operatori di



supporto in relazione ai bisogni dell'ambulatorio, l'assegnazione delle sedute ambulatoriali e la costanza del ritmo settimanale di utilizzo delle sedute, il rapporto dell'attività istituzionale con l'attività libero professionale e l'utilizzo dell'attività aggiuntiva, la separazione tra "primo accesso" e "presa in carico" e il presidio del rapporto tra prime visite e controlli, la gestione della prenotazione/riprenotazione in funzione del tipo di accesso e dei livelli da parte del Centro Servizi NIC, del Prenota 8000, del SIP e dell'ambulatorio, il contenimento dell'affollamento all'interno della struttura mediante la schedulazione la puntualità e la Televisita di controllo, l'intima connessione tra la prescrizione medica e la prenotazione nel perseguimento della qualità del rapporto con gli utenti, la condivisione e circolarità delle agende di appuntamento riservate a percorsi di presa in carico tra i gruppi specialistici interni.

In ciascuno dei paragrafi seguenti, ogni criterio sarà esplicitato in un riquadro e dettagliato con il relativo razionale.

5.2.1 Dimensionamento delle aree di attività ambulatoriale: poliambulatori

Nei trasferimenti e nelle riorganizzazioni di Aree di attività si persegue l'aggregazione degli ambulatori in efficienti poliambulatori di grandi dimensioni.

Per le ragioni descritte sopra, l'ottimale dotazione e presenza di personale sanitario non Medico e di supporto e l'ottimale funzionamento e fruibilità dei servizi di interfaccia all'utenza possono essere conseguiti efficacemente a condizione di perseguire la **massima aggregazione dell'attività nei poliambulatori**, anche mediante l'accorpamento di quelle attività ambulatoriali svolte in ambulatori isolati, tali da non consentire un utilizzo efficiente delle risorse tecnologiche, una dotazione adeguata di personale di assistenza e supporto e una coerente attività amministrativa di front e di back office.

Le Strutture Centrali aziendali, anche e soprattutto durante le operazioni di riorganizzazione correlate ai trasferimenti, continueranno a perseguire l'applicazione di questo criterio, per consentire a tutte le attività ambulatoriali di poter disporre di risorse tecnologiche e personale correlato alle necessità cliniche.

5.2.2 Orario di apertura sulle 12 ore: efficienza e sicurezza

L'efficienza di utilizzo di locali e tecnologie e la tempestività del loro ammodernamento si persegue con l'apertura sulle 12 ore 6 giorni su 7.

Gli orari di servizio ambulatoriali di AOUC, "contenitori" degli orari di lavoro e di apertura al pubblico sono stati stabiliti dalle 7:00 e alle 20:00, dal lunedì al sabato compreso¹. **Le turnazioni del personale della Dirigenza Medica e del Comparto** nelle AAA ambulatoriali sono conseguentemente strutturate sulla fascia oraria 7:00-20:00, con **avvio delle attività sanitarie entro le ore 8:00**, una eventuale breve interruzione tra l'orario antimeridiano e quello pomeridiano e **termine della seduta pomeridiana alle ore 19:30**.

I **costi generali** per l'erogazione di attività ambulatoriali consistono dei costi di manutenzione, illuminazione, riscaldamento, pulizia, acquisto e ammortamento di strumentazione, arredi e apparecchiature elettromedicali. Questi costi incidono 365 giorni l'anno. Per economicità di gestione è da perseguire l'utilizzo completo delle risorse

¹ - Lettere del Direttore Generale Prot. 12404 (indirizzata alle OO.SS. del Comparto) e Prot. 12405 (indirizzata alle OO.SS. della Dirigenza) ad oggetto "Orari di servizio, di apertura al pubblico e di lavoro dei servizi ambulatoriali"

che li producono. L'utilizzo intensivo permette ad esempio di recuperare i rilevanti costi di acquisizione e di ammortamento delle **tecnologie** e ne consente una **sostituzione** più coerente con i tempi di obsolescenza.

L'ampliamento degli orari di apertura al pubblico contribuisce a mantenere il **distanziamento sociale**, dettato dalla pandemia da SARS-CoV-2 ma utile a contenere il rischio di tutte le malattie a trasmissione aerea/droplet, distribuendo le attività ambulatoriali su tutto l'arco della giornata per garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori, mantenendo la coerenza tra attività sanitarie e spazi di accoglienza e attesa.

L'attività sulle 12 ore e su 6 giorni consente di conseguire sostanziali effetti favorevoli:

- a) L'efficienza di impiego del personale costituisce preconditione per un **incremento di attività volta al contenimento dei tempi di attesa**.
- b) La gestione di un ridotto numero di strutture e apparecchiature completamente utilizzate consente di perseguire **tempi ridotti di sostituzione tecnologica e di ammodernamento edilizio**, dove storicamente la richiesta di ristrutturazione dei locali o di sostituzione delle tecnologie utilizzate risente invece della dispersione e frammentazione delle strutture edilizie e del parco apparecchiature.

5.2.3 Presenza di personale di area assistenziale e tecnico-riabilitativa in riferimento ai bisogni specifici

Il personale di area assistenziale e tecnico-riabilitativa è assegnato alle AAA ambulatoriali in funzione delle competenze richieste dall'attività svolta e dei bisogni specifici degli utenti

La **presenza** del personale sanitario e di supporto deve essere programmata dal Coordinatore di AAA, utilizzando la **dotazione** attribuita dalla Piattaforma di afferenza in funzione del **fabbisogno** stimato.

Le attività assistenziali erogate in regime ambulatoriale si distinguono in:

- A. **attività erogata direttamente al paziente**, erogata di norma dai professionisti sanitari di area infermieristica, ostetrica, tecnica e della riabilitazione
- B. **attività strumentali e complementari a quelle di assistenza diretta**, garantita di norma dall'infermiere (es.: gestione carrello emergenze, riordino e gestione farmaci, manutenzione apparecchiature) e dall'OSS (es.: ripristino lettino, eliminazione presidi utilizzati, chiusura sacchi rossi, chiusura contenitore taglienti, chiusura rifiuti contaminati antiblastici, pulizia attrezzature, riordino materiale, gestione biancheria, movimentazione interna paziente non autonomo, movimentazione matrici biologiche)
- C. **attività domestico alberghiera** (pulizie) e **trasporto esterno** all'unità assistenziale (trasporto malati P/903/21, trasporto materiale biologico e sanitario), garantite di norma da personale esterno all'AAA.

Il fabbisogno di professionisti sanitari e OSS è correlato essenzialmente alle **attività "A" e "B"**. Per la definizione delle risorse necessarie, si individuano **criteri uniformi** graduati per complessità delle attività da garantire e delle competenze a ciò necessarie. La **presenza costante del personale di assistenza e supporto nel singolo ambulatorio** deve essere assicurata nei soli casi in cui è continuativamente impegnato in ragione della complessità e intensità della specifica attività. Qualora invece la presenza del personale di area assistenziale e tecnico-riabilitativa si renda necessaria solo durante una fase della prestazione o solo per una quota di pazienti, il Coordinatore del Poliambulatorio rende **disponibile all'occorrenza il personale sanitario e di supporto secondo il fabbisogno occasionale preventivato**. Questo sarà pertanto presente nell'AAA senza essere allo stesso tempo assegnato ad uno specifico ambulatorio.

Si riportano di seguito alcuni dei **criteri generali di riferimento per la valutazione del fabbisogno**. Ulteriori integrazioni e revisioni dei criteri potranno essere adottati e aggiornati dalle Piattaforme a cui le risorse afferiscono e saranno approvati dalla Cabina di Regia Ambulatoriale.

Primi criteri di valutazione del fabbisogno	Valutazione fabbisogno	Figura professionale di riferimento	Note
Dipendenza	Si	OSS	Nei casi valutati senza bisogno di personale di assistenza o di supporto, la prestazione / attività sarà autonomamente gestita dal Medico, salvo richieste specifiche e motivate per il supporto
Disorientamento	Si	OSS	
Agitazione	Si	OSS	
Paz. solo, che deve essere accompagnato/orientato	Si	OSS	
Instabilità clinica (1 parametro vitale alterato rispetto alla propria normalità)	Si	Inf	
Manovre invasive o comunque che alterano parametri vitali	Si	Inf / Ost	
Somministrazione di farmaci	Si	Inf	
Ambulatorio infermieristico / ostetrica	Si	Inf / Ost	

La **Cabina di Regia Ambulatoriale** conduce specifiche valutazioni nei singoli contesti avendo anche a riferimento il modello utilizzato per le analoghe attività erogate in regime libero professionale.

5.2.4 Assegnazione delle sedute ambulatoriali e costanza di utilizzo settimanale

L'assegnazione delle sedute ambulatoriali impone che la programmazione del loro completo utilizzo e della presenza dello Specialista sia resa coerente con le modulazioni e le altre attività

La modulazione dell'assegnazione delle **sedute ambulatoriali**, intese come l'insieme di spazi fisici e orari di utilizzo all'interno dei Poliambulatori viene effettuata dalla **Cabina di Regia Ambulatoriale**.

I destinatari dell'assegnazione sono i **Direttori SOD** e, per le attività "interdivisionali" garantite a rotazione da più SOD, i **Dipartimenti**. Viene promossa l'organizzazione delle **attività su base dipartimentale** con integrazione delle competenze di più SOD, quando queste concorrono alla conduzione di una particolare casistica o all'utilizzo di una tecnologia sanitaria.

Agli assegnatari delle sedute ambulatoriali è richiesto di:

- 1) **utilizzare completamente** lo spazio fisico e temporale assegnato per la produzione delle prestazioni;
- 2) realizzare una **turnazione che garantisca una costanza del ritmo settimanale di utilizzo di locali e tecnologie**. Questa costanza di utilizzo (es.: ogni lunedì pomeriggio, tutti i giorni mattina e pomeriggio) è indispensabile per la programmazione dell'attività nel medio periodo (6-12 mesi);
- 3) Garantire che lo Specialista in turno **non abbia contemporaneità e sovrapposizioni di compiti** che rechino pregiudizio allo svolgimento della seduta ambulatoriale.

In aderenza all'obiettivo di garantire la costanza del ritmo settimanale e la stabilità delle relative agende, il **Direttore SOD** avrà cura di gestire le circostanze, descritte analiticamente nel Capitolo 5.6 (vedi pagina 30 "**Manutenzione agende – modifica dei calendari**"), che comportano la modulazione dell'attività ambulatoriale: pianificazione aziendale, programmazione annuale, modulazioni transitorie, imprevisti organizzativi (indisponibilità di personale) e tecnologici (indisponibilità di apparecchiature).



5.2.5 Rapporto tra attività istituzionale e ALPI, significato e scopo dell'Attività aggiuntiva

La prevalenza dell'attività istituzionale sulla LP è il fondamento della “libera scelta” del cittadino. L'attività aggiuntiva è una forma di attività disciplinata con specifici progetti autorizzati dall'Azienda, erogata dai Professionisti in orario ulteriore a quello contrattualmente dovuto e contabilizzata separatamente, tuttavia percepita dall'utente come fruita in regime SSN istituzionale.

RAPPORTO ISTITUZIONALE/ALPI - In aderenza al “**principio di prevalenza**” dell'attività istituzionale su quella libera professionale, la DGRT 529/2013 dispone di adottare “*sistemi e moduli organizzativi che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero professionali che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro*”. L'Art. 3 del [Regolamento aziendale sulla LP intramuraria \(Prov. DG 186/2015\)](#) prevede che l'ALPI “*non può globalmente comportare un volume di prestazioni o di orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali*”. Il rapporto tra i volumi dell'attività istituzionale e dell'ALPI è monitorato dalla Direzione a livello di singola SOD tramite le Strutture Centrali (UOc Direzione Operativa, UOc Governo dei Percorsi Outpatient, UOc Gestione Attività Libero Professionale con il supporto della UOc Controllo Direzionale). Il **mantenimento della prevalenza** dell'attività istituzionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al **rispetto dei tempi di attesa** in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della “**libera scelta**” del cittadino di avvalersi del regime libero professionale. Preme ricordare che l'ALPI contribuisce comunque a soddisfare una quota del bisogno sanitario e, in tal modo, contribuisce a ridurre i tempi e le liste di attesa anche in regime istituzionale.

ATTIVITÀ AGGIUNTIVA – Prevista dal [CCNL 2016-2018 Area Sanità](#), comporta una produzione “aggiuntiva” di prestazioni attraverso un impegno orario dell'équipe “aggiuntivo” a quello contrattualmente dovuto ed è remunerata dall'Azienda ai professionisti con emolumenti “aggiuntivi”. Viene invece **percepita dal cittadino come attività istituzionale e in questa confluisce per la riduzione dei tempi di attesa**². All'attività aggiuntiva partecipa il personale afferente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie secondo uno specifico regolamento³.

L'attività aggiuntiva viene autorizzata dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, su presentazione di un **Progetto di Attività Aggiuntiva (LP in forma di Equipe)** specifico e dettagliato. Il Responsabile del progetto nella proposta dichiara le motivazioni per le quali l'organico non può far fronte ad ulteriore carico di lavoro e espone la cornice normativa che legittima il progetto e le sue finalità; dettaglia il tipo di attività prodotta e le prestazioni di interesse, il setting di erogazione e i beneficiari, le professionalità coinvolte e le tecnologie impiegate; indica le modalità di remunerazione, i costi mensili, i volumi di produzione attesi e gli indicatori di risultato; specifica i giorni e le fasce orarie di attività aggiuntiva in relazione a quelle di orario ordinario.

Il Progetto sottoscritto dal Direttore SOD Responsabile, dal Direttore DAI, dal RSD, dal Direttore UOc Governo Percorsi Outpatient (per attività ambulatoriali), dal Direttore UOc Direzione Operativa, che verificano

² Art. 115 “*Tipologie di attività libero professionale intramuraria*” del [CCNL 2016-2018 dell'Area della Sanità del 19 dicembre 2019](#) prevede “*le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle Aziende o Enti ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate e nel rispetto delle direttive nazionali e regionali in materia*” (Art.115 comma 1 lettera d, comma 2)

³ Prov. DG n. 21 del 14 gennaio 2020 “*Regolamento per la disciplina delle prestazioni orarie aggiuntive del personale appartenente ai profili di area sanitaria afferente al dipartimento delle professioni sanitarie*”

anche l'effettiva carenza di organico, viene valutato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario che ne definiscono il periodo di validità e il fondo dal quale attingere per la remunerazione dei professionisti.

Il Direttore Sanitario impegna il Responsabile del Progetto ad informare i componenti dell'équipe, a verificarne la disponibilità a partecipare, a condizione che siano a rapporto esclusivo e non in debito orario.

Il Direttore SOD deve provvedere, nel caso di debito orario a carico di propri collaboratori, ad elaborare prioritariamente un piano di recupero delle ore mancanti dedicato, in via preferenziale alle attività oggetto di eventuale aggiuntiva.

La UOc Gestione Attività Libera Professione dopo l'approvazione, codifica il Progetto e ne comunica al Direttore SOD Responsabile l'approvazione, per avviare la richiesta di predisposizione delle agende di appuntamento che, ai fini della contabilità del progetto, devono essere dedicate e distinte da quelle in orario ordinario (vedi Par. 5.4.5).

Il Direttore SOD Responsabile, entro il 10 del mese successivo, deve comunicare il personale coinvolto nell'attività alla UOc Gestione Attività Libera Professione, per avviare la liquidazione delle competenze, rendicontando che quanto effettuato sia in linea con gli obiettivi del Progetto.

I progetti sono soggetti a monitoraggio, in particolare la UOc Gestione Attività Libera Professione effettua verifiche a campione sugli orari dichiarati ed effettuati in attività aggiuntiva per singolo professionista, la UOc Governo dei Percorsi Outpatient in collaborazione con RSD e UOc Direzione Operativa verificano a campione la coerenza degli obiettivi previsti nel progetto e quanto effettuato.

5.2.6 Agende di “primo accesso” e agende di “presa in carico”, rapporto PV/Controlli

La disponibilità di posti prenotabili per il primo accesso si fonda sulla separazione delle agende di primo accesso da quelle di presa in carico, sull'apertura a scorrimento 400 gg e sull'aumento del rapporto tra Prime visite e Controlli

SEPARAZIONE TRA PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO - Nella **strutturazione delle agende** deve essere perseguita la separazione tra i due compartimenti prenotabili (descritti al Cap. 5.3):

- agende di **primo accesso**, per le quali è obiettivo la soddisfazione del quesito clinico offrendo un posto prenotabile in tempi contenuti;
- agende di **presa in carico** per i controlli/follow-up/cronicità, ma anche per prenotare prime visite di diversa specialità chieste a seguito del primo accesso.

SCORRIMENTO / SCROLLING - la Centrale CUP applica alle agende la generazione a scorrimento (“scrolling”) per avere ogni giorno una **visibilità/prenotabilità** di 400 giorni che, per ragioni tecniche, sull'applicativo CUP-Met sono 365 giorni. Ogni giorno, il software di prenotazione aggiunge un ulteriore giorno di apertura in fondo al periodo di prenotabilità, che resta quindi costante. Tale periodo può essere ulteriormente ampliato secondo le cadenze specifiche del singolo percorso per le agende di presa in carico. In ogni caso, l'agenda di presa in carico deve permettere comunque di comunicare all'utente la data programmata per il controllo già all'uscita dal Servizio. Ulteriori dettagli sull'utilizzo e l'accesso a queste due tipologie di agende sono riportati al paragrafo 5.3.3 mentre al paragrafo 5.5.3 sono descritte le modalità di prenotazione da parte del paziente.

RAPPORTO PRIME VISITE / CONTROLLI - In linea generale, l'attività di visite specialistiche dedicate al “primo accesso” consente ai nuovi pazienti di entrare nei percorsi di Careggi. L'eventuale inadeguato



dimensionamento del primo accesso si palesa con l'aumento della lista di attesa. Infatti, il Primo accesso è solo una quota dell'attività totale della SOD, che comprende anche le visite di controllo o, più in generale, le prestazioni "di presa in carico". Nelle discipline mediche più che in quelle chirurgiche vi è una **naturale tendenza all'aumento della quota di "presa in carico"**, dovuta all'aumento della prevalenza di patologie croniche connaturato all'invecchiamento della popolazione, alla difficoltà di affidare nuovamente il paziente al medico curante per quella specifica condizione patologica, alla propensione del paziente stesso a cercare e in certi casi ad esigere il rassicurante rapporto con lo "specialista" della sua patologia, a prescindere talvolta dall'effettiva necessità clinica di monitoraggio specialistico. Tuttavia, ogni aumento delle visite di controllo comporta una corrispondente riduzione del tempo che il medico può riservare alle prime visite. **Invertire questa tendenza è un processo attivo**, che comporta la messa a punto e l'implementazione di specifiche **strategie per affidare nuovamente il paziente al MMG** fondate sulle evidenze: al termine del percorso di presa in carico ospedaliero, lo Specialista redige una relazione conclusiva per il curante, comunicando la cessazione della presa in carico. Nelle discipline caratterizzate da un basso **rapporto tra Prime visite e Visite di controllo**, è compito del Direttore SOD presidiare tale indicatore e responsabilizzare i Collaboratori nel perseguire l'obiettivo di spostare l'offerta verso le prime visite. Il Direttore potrà assegnare ai Dirigenti Medici specifici **obiettivi**, da utilizzare per la **valutazione individuale**. Tali obiettivi possono essere monitorati tramite i volumi rispettivamente di Prime visite e di Controlli erogati, dati questi che sono disponibili nella [piattaforma aziendale della reportistica](#).

5.2.7 Prenotazione per tipo di accesso e per livelli: Centro Servizi NIC, Prenota 8000, SIP e Poliambulatorio

L'architettura del sistema di prenotazione e riprenotazione è strutturata per garantire che i diversi attori possano presidiare l'accesso appropriato al primo accesso e alla presa in carico

Lo schema alla pagina seguente sintetizza gli operatori (CUP, Centro Servizi NIC, 8000, SIP, Ambulatorio) e la modalità (telefonica, di persona) di **gestione della prenotazione** per le prestazioni di presa in carico e di primo accesso, di primo e secondo livello, con indicazione del tipo di Medico prescrittore.

In linea generale, il **Centro Servizi NIC** assicura centralmente le principali funzioni di interfaccia all'utenza e alcune funzioni ambulatoriali di prenotazione fisica delle prestazioni di primo accesso. Il **Prenota 8000** prenota telefonicamente prevalentemente prestazioni di secondo livello e di presa in carico. I **Servizi Integrati di Padiglione (SIP)** gestiscono prevalentemente la prenotazione delle prestazioni di presa in carico e l'accettazione delle attività sanitarie dell'edificio in cui insistono. Il **Poliambulatorio** gestisce essenzialmente la riprenotazione dei controlli e delle prestazioni di approfondimento. Di seguito si descrivono tali ruoli e funzioni in dettaglio.

CENTRO SERVIZI NIC - È la sede fisica in cui sono state **centralizzate funzioni aziendali** quali l'informazione correlata alle funzioni URP, la consegna dei referti e delle copie di documentazione sanitaria, l'attivazione della tessera sanitaria e il supporto al cittadino per la gestione del consenso sul FSE, lo spostamento degli appuntamenti AOUC per esigenze interne (Par. 5.6.1).

In particolare, il Centro Servizi NIC permette la **prenotazione** diretta allo sportello (non telefonica) di **prestazioni ambulatoriali di primo accesso** tramite **CUP di Area Vasta**.



Bisogno dell'utente			Prescrittore SSN	Operatore e modalità prenotazione			
tipo di visita	Livello	"Tipo di accesso" su SIRE3		Chi prenota	per telefono	sportello	Applicativo
Prima Visita Specialistica	1° livello (priorità U-B-D-P)	"Primo accesso"	MMG	OPERATORE CUPMET (induso SC-NIC)	SI, solo Call Center CUP-MET	SI, solo CS-NIC	CUP-Met ***
	2° livello (quesito diagnostico)	"Primo accesso" (IN SVILUPPO)	MMG, Specialista altra Azienda	AMBULATORI	No	SI	CUP-Met **** (agende QD) ARIANNA (IN SVILUPPO)
	"presa in carico"	"Altro tipo di accesso"	Specialista AOUC "di altra branca" *	SIP PADIGLIONI per i prescrittori loro afferenti 8000 **	No	SI	ARIANNA ****
Visita di controllo	"presa in carico"	"Altro tipo di accesso" o non indicato	Specialista AOUC, residuale MMG	AMBULATORI	No	SI a fine visita	ARIANNA ****
				SIP PADIGLIONI per i prescrittori loro afferenti 8000 **	No	SI	

* è uno specialista che chiede una prima visita di diversa specialità ad esempio Oculista che chiede una visita cardiologica

** CUP DI SECONDO LIVELLO CAREGGI del Centro Prenotazioni telefonico: al momento solo per alcune specialità

*** prevista sostituzione con CUP 2.0

**** da valutare sostituzione con CUP 2.0

PRENOTA 8000 - provvede alla:

a) **prenotazione** delle prestazioni di **secondo livello con quesito diagnostico**. Diversamente dal CUP di Area vasta che gestisce le prenotazioni di primo accesso per classi di priorità U-B-D(-P), il **Prenota 8000** è destinato sempre più a gestire, attraverso una derivazione del centralino telefonico generale 055 794 111, prenotazioni di secondo livello che richiedono l'interpretazione del quesito diagnostico attraverso un vocabolario codificato e definito d'intesa con le Strutture Cliniche di erogazione. Tale secondo livello, infatti, non è più qualificabile attraverso le **procedure remotizzate** CUP di Area Vasta descritte al paragrafo 5.5.3 ("*prenotafacile*" <https://prenota.sanita.toscana.it/ricetta-dematerializzata>, call center CUP) e può correttamente soddisfare una quota di istanze presentate tramite l'URP ad esempio rappresentate da utenti extraregione come descritto al paragrafo 5.3.1. In sostanza mentre il **1° livello prenota in funzione della classe di priorità U-B-D** (il QD non fa necessariamente la differenza al momento della prenotazione), il **2° livello può indirizzare gli utenti ad agende specifiche per QD** (sempre considerando la priorità che deve essere indicata dal prescrittore e utilizzata per proporre la prima data disponibile sull'insieme delle agende di primo accesso anche non specifiche per QD). Questa funzione è in sviluppo perché, per l'estensione ad un crescente numero di agende e prestazioni, è necessario sia valutare l'eventuale aumento delle postazioni dedicate sia disporre di uno strumento elettronico che supporti l'operatore nella ricerca della soluzione più adeguata al soddisfacimento del bisogno dell'assistito;

b) **prenotazione** telefonica di **gruppi selezionati** di prestazioni di **presa in carico**.

SERVIZI INTEGRATI DI PADIGLIONE (SIP) - Il SIP, come indicato al par. 5.1.3, organizza una **presa in carico globale** in ciascun edificio/padiglione aziendale, integrando il fabbisogno di accoglienza, orientamento, sportello amministrativo per tutte le attività che insistono in quella sede, avendo come obiettivi **qualità e tempestività del servizio** e, in epoca pandemica, **distanziamento sociale**. La **funzione di accoglienza**, che include anche l'**accettazione** amministrativa, la riprenotazione e le attività di retro-sportello, è svolta con maggiore efficienza in vicinanza alla sede di erogazione della prestazione. Il presidio delle funzioni di accoglienza con personale dedicato è garantito con continuità (servizio sulle 12 ore, sostituzione ferie, malattie, ecc.) quando il numero di ambulatori serviti è tale da giustificare un adeguato assorbimento dello specifico lavoro (vedi Par. 5.2.1).

In tutti gli edifici sanitari il SIP gestisce i **check point** (vedi Glossario). Un'accurata **programmazione delle presenze contemporanee** agli accessi, ai check point, agli sportelli e in sala di attesa è necessaria per programmare l'utilizzo in sicurezza di spazi di accoglienza e attesa comuni. Per quantificare l'utenza prenotata in ciascuna ora di ciascun giorno e fornire così un **dato prospettico del livello di affollamento** riferibile all'attività ambulatoriale di ciascun contesto organizzativo (poliambulatorio, edificio) è stato realizzato un cruscotto nella [piattaforma aziendale della reportistica](#), accessibile seguendo il percorso cartelle pubbliche → report applicativi → reportistica AOUC → Gestione tempi di attesa specialistica → report “ANALISI DISPONIBILITÀ SPECIALISTICA 2020” (clic con tasto destro e “visualizza istanza più recente”) questo cruscotto permette di quantificare il numero di appuntamenti programmati attesi per ciascuna ora di ciascun giorno in ciascuna AAA ed in ciascun edificio.

POLIAMBULATORIO – il poliambulatorio assicura la prenotazione diretta dei controlli e delle prestazioni correlate al percorso di approfondimento e, sostanzialmente, di presa in carico.

5.2.8 Contenimento dell'affollamento: schedulazione, puntualità e Televisita di controllo

L'affollamento delle strutture aziendali è governato attraverso un'attenta programmazione che richiede la partecipazione di Professionisti e utenti e prevede, ove possibile, la Televisita di controllo

Spazi di attesa affollati nei poliambulatori, associati a **lunghe attese per fruire della prestazione**, connotano una programmazione non ottimale delle attività e degli appuntamenti e sono associati ad una peggiore qualità percepita da parte del paziente, che riduce di riflesso anche la qualità intrinseca della prestazione clinica.

La ricorrenza di malattie a trasmissione aerea/droplet (epidemie influenzali, pandemia da SARS-CoV-2) impone inoltre di ridurre il rischio di contagio ricorrendo al distanziamento sociale, che può essere favorito già al momento della prenotazione o della convocazione fornendo al paziente l'istruzione di **presentarsi non prima di 15 minuti** dall'orario di appuntamento e **senza accompagnatori** (salvo minori, disabili, non autosufficienti o comunque fragili, difficoltà linguistiche).

La **televisita di controllo** è un ulteriore ed utile strumento di distanziamento sociale per contenere il rischio di contagio dei pazienti cronici e può essere utilizzata in alternativa alla visita di controllo per 81 discipline specialistiche. La Regione Toscana ha perfezionato la piattaforma informatica di televisita e le [istruzioni di collegamento di televisita sono pubblicate sulla intranet](#). La televisita prevede [per i Medici](#) l'accesso con carta operatore. Invece, [per le Professioni Sanitarie](#) non mediche (es. psicologici, dietisti, infermieri), è disponibile un portale dedicato per il teleconsulto senza carta operatore. È possibile organizzare gli ambulatori per alternare visite in presenza e televisite nell'ambito della medesima seduta allo scopo di distanziare l'utenza. Quando il paziente deve effettuare controlli cadenzati è consigliato alternare una visita di controllo in presenza e una in televisita.

Nella programmazione delle attività quotidiane nel singolo poliambulatorio, la configurazione degli orari di appuntamento previsti nelle agende deve essere improntata al **contenimento dell'attesa tra l'arrivo del paziente**, l'espletamento delle pratiche amministrative di accettazione e la **fruizione delle prestazioni**. Fattori principali che contribuiscono al contenimento dell'attesa tra arrivo del paziente e prestazione sono:

- 1) l'accurata previsione delle cadenze orarie nelle agende di appuntamenti;
- 2) la predisposizione del piano di lavoro della SOD evitando contemporaneità e sovrapposizioni di compiti dello Specialista direttamente coinvolto nella erogazione;

- 3) le istruzioni al paziente circa l'arrivo tempestivo e non anticipato;
- 4) la puntualità di preparazione degli spazi fisici e delle apparecchiature e strumentazioni utilizzate;
- 5) la puntualità di avvio delle sedute ambulatoriali da parte dei professionisti direttamente coinvolti;
- 6) il dimensionamento del servizio di accettazione basato sul volume di utenti atteso.

5.2.9 Prescrizione e prenotazione: controllo del TAT da parte dello Specialista e Qualità

La qualità della “presa in carico” ed il governo del percorso ambulatoriale da parte del Professionista implicano che il paziente deve uscire dal Servizio con prescrizione e prenotazione

Già la Del. GRT 1038/2005 aveva previsto che lo Specialista ospedaliero “*prescrive direttamente sul ricettario regionale le ulteriori indagini cliniche diagnostiche necessarie e provvede ad attivare il percorso di prenotazione nelle modalità indicate dall’Azienda (...) accertando la compatibilità dei tempi di attesa proposti con il quadro clinico dell’utente (...) al fine di assicurare la massima tutela e rassicurazione al cittadino*”.

La **programmazione della tempistica** degli accertamenti in base alla valutazione del tempo di attesa e la conseguente attivazione del percorso di **prenotazione** sono elementi inscindibili dalla decisione clinica formalizzata con la **prescrizione**. Pertanto, in ogni caso in cui lo Specialista che effettua la visita ravvisa la necessità di **controlli**, “*il paziente deve uscire dal Servizio con prescrizione e prenotazione*” (Del. GRT 1080/2016), secondo due possibili modalità:

- A. Per le **visite di controllo**, di norma prenotate mediante un’agenda gestita direttamente dallo Specialista, è raccomandato che la **prenotazione** venga realizzata **dal medesimo Specialista contestualmente alla prescrizione**. Solo lo Specialista può infatti valutare, direttamente e al momento, la congruità tra il primo posto disponibile in agenda e la cadenza del controllo da egli prescritto. Inoltre, solo in questo modo il paziente avrà la certezza che il lasso di tempo che intercorre tra accessi successivi è un “**tempo di programmazione**” stabilito dal clinico e **non** avrà la percezione che si tratti invece un “**tempo di attesa**” dovuto all’inefficienza del sistema.
- B. Per la prenotazione dei **percorsi di presa in carico** (follow-up, day service, cronicità), di norma tramite più agende per diverse tipologie di prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, oltre che per ulteriori consulenze specialistiche, lo Specialista che rilascia le prescrizioni può anche **concordare** in sede di Tavolo Operativo dei Poliambulatorio di indirizzare il paziente alle strutture dei **SIP** per la prenotazione. In ogni caso, il Medico deve rapportarsi con il personale del SIP per verificare che i tempi prospettati ai pazienti siano congrui. Il personale del SIP dovrà informare tempestivamente il Medico prescrittore qualora i tempi prospettati agli utenti vengano rilevati o segnalati come eccessivi rispetto a quelli prescritti.

Con riferimento ai tempi di soddisfazione della richiesta di prestazioni, approfonditi nel par. 5.3.2, nel caso si riscontrino tempi eccessivamente lunghi per il primo posto libero:

- 1) il **Medico** informerà il **Direttore SOD**, per l’adozione degli adeguamenti organizzativi;
- 2) il **Direttore SOD** prenderà contatti con i Direttori delle SOD erogatrici delle prestazioni caratterizzate da lunga attesa e riporterà al Direttore DAI eventuali problematiche non direttamente risolvibili.
- 3) Il **Direttore DAI** prenderà contatti con il Direttore DAI di erogazione della prestazione critica e, anche tramite lo “Specialista Unico” riporterà alla Cabina di Regia le eventuali problematiche ancora irrisolte.

5.2.10 Condivisione dell'offerta di prestazioni tra SOD mediante agende di presa in carico

L'offerta ambulatoriale delle SOD si compone di una quota di "presa in carico" che deve essere messa a disposizione delle altre SOD per supportare la dimensione multidisciplinare, i PACC e le Unit

La **condivisione dell'offerta di prestazioni** ambulatoriali da parte di ciascuna SOD è il fondamento della strutturazione della rete di collaborazioni su cui poggiano i percorsi di presa in carico aziendali. A seguito della visita, infatti, lo Specialista può prenotare una successiva visita di controllo nella medesima disciplina o una prestazione ulteriore prenotata sempre tramite le agende dalla SOD di afferenza. In altri casi lo Specialista ha bisogno di prenotare **prestazioni di approfondimento erogate da SOD diverse da quella di afferenza**. Questo accade soprattutto nei percorsi ambulatoriali presidiati dalle Unit e nei PACC del Day Service per le prestazioni di diagnostica per immagini, cardiovascolare, digestiva, bronchiale, immunoallergologica, ecc.

La prenotabilità diretta, anche delle prestazioni offerte da altre SOD, consente allo specialista di realizzare l'obiettivo di **far uscire il paziente con prescrizione e prenotazione**. Tale condivisione ampiamente strutturata in Careggi si realizza attraverso agende, di presa in carico, aperte a prenotazioni di altre SOD come negli esempi seguenti: una quota rilevantisima delle prestazioni prodotte dal Dipartimento dei Servizi è stata resa prenotabile per utenti esterni presi in carico nei percorsi del follow-up oncologico; analogamente si è condivisa con tutte le SOD una quota delle Consulenze cardiologiche per esterni del Dipartimento Cardioracovascolare.

L'espansione ulteriore di questa modalità di prenotazione "**CUP di presa in carico**" evita che il paziente esca dall'ambulatorio con la sola prescrizione per poi impattare sul CUP di primo accesso, al quale rischia di sottrarre indebitamente posti con conseguente aumento dei tempi di attesa per il primo accesso.

Nelle agende di presa in carico, caratterizzate da slot prenotabili riservati ad un determinato percorso, per evitare che gli **slot eventualmente non prenotati** restino inutilizzati, gli stessi si considerano **sbloccati il terzo giorno lavorativo precedente la data di erogazione**. Ad esempio, per agende operative su sei giorni a settimana, gli slot del martedì vengono sbloccati la mattina del venerdì e utilizzati per la prenotazione di altri utenti ambulatoriali. Previa condivisione con la SOD titolare dell'agenda, in prima istanza questi slot saranno utilizzati dai **Poliambulatori e/o dai SIP** per anticipare gli appuntamenti prenotati nelle date successive, nei casi in cui l'anticipazione proposta al paziente sia coerente con il percorso; in subordine questi slot saranno utilizzati per la prenotazione di nuovi utenti (vedi anche par. 5.2.7).

5.3 PRIMO ACCESSO E PRESA IN CARICO

Per gestire le prenotazioni occorre innanzitutto la **separazione tra le richieste** generate nell'ambito del **primo contatto** del cittadino col sistema sanitario e le richieste originate a seguito della **presa in carico** del paziente, nel caso in cui il problema di salute sia conosciuto (cronicità) e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow-up), per eventuali approfondimenti e controlli successivi al primo contatto.

Il Glossario riporta una dettagliata descrizione del **primo contatto** o **primo accesso**, in cui il quesito diagnostico ipotizzato dal MMG presenta caratteristiche di imprevedibilità e necessita di tempestività delle prestazioni utili alla risposta, e della **presa in carico** o **secondo accesso**, che gestisce le prestazioni richieste dallo Specialista per i pazienti che occorre seguire nel tempo programmando i tempi dei controlli.

Primo contatto e presa in carico possono essere caratterizzati sulla base dei seguenti parametri.



	Primo contatto	Presenza in carico
Problema clinico, quesito diagnostico	Nuovo , sconosciuto	Definito, conosciuto
Evoluzione clinica	Situazione potenzialmente evolutiva	Evoluzione prevedibile
Esito	Imprevedibile	Prevedibile
Scopo delle prestazioni richieste	Chiarimento del problema clinico, determina altre decisioni cliniche	Follow-up, monitoraggio (controllo) cronicità, non determina generalmente altre decisioni cliniche
Dimensione temporale per la certezza di tempestività delle prestazioni utili alla risposta	Necessita di risposta immediata (giorni)	Necessita di risposta clinica programmabile nel tempo (settimane – mesi)
Tempo di attesa	Immediatezza, secondo normativa: U=72h, B=10gg, D=15/30gg (visite oculistica, ortopedica, cardiologica, dermatologica, otorinolaringoiatrica, neurologica), 30/60gg diagnostica (RX scheletro e diretta d'organo; ecografia addome)	Programmazione secondo PDTA, PACC
Prescrittore	Medici delle cure primarie MMG/PLS	in AOUC principalmente Specialista
Dimensione professionale e organizzativa	Unico bacino di prenotazione per Azienda Territoriale, AOU e Privato convenzionato.	Per Percorsi, secondo PDTA.
Meccanismi strategici	Bilanciamento programmatico e istantaneo domanda offerta	Bilanciamento programmatico domanda offerta
Canale di prenotazione	CUP Metropolitano	Ambulatorio specialistico in cui è prodotta la prescrizione (si veda par.5.2.9)
Agenda	visibilità a scorrimento giornaliero 365 giorni	visibilità 400 giorni a scorrimento giornaliero
Ambito territoriale di erogazione	Zona distretto secondo PRGLA 2019-21	AOUC, salvo specifici accordi con AUSL TC

5.3.1 Ambito di garanzia del soddisfacimento della domanda di primo contatto

La programmazione regionale considera in ciascun ambito territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili nelle realtà ospedaliere, territoriali, pubbliche e del privato convenzionato. L'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni è definito **"ambito di garanzia"** e si identifica con la Zona Distretto (es. visita cardiologica, esame del *fundus*) o con l'Area Vasta (es. visita reumatologica, RM encefalo), secondo la tipologia di prestazioni monitorate dal ["Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019-21"](#). Il ["Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa Ambulatoriali 2019-21"](#) (PN-19/903/04A) riporta l'elenco delle prestazioni monitorate, dei tempi di attesa e degli ambiti di garanzia.

Careggi, tuttavia, oltre a contribuire alla costituzione dell'offerta della **Zona Distretto Fiorentina**, si qualifica anche e soprattutto come **Azienda di riferimento regionale ed extraregionale** e, conseguentemente, orienta una quota di offerta di prestazioni ambulatoriali anche a utenti provenienti da altri ambiti territoriali. Questa quota di offerta non può essere prenotabile esclusivamente dagli specialisti eroganti e deve essere gestita, in **trasparenza**, attraverso il **Centro Servizi NIC** e il **Prenota 8000**. Dato che queste richieste sono quasi costantemente caratterizzate da un quesito diagnostico dettagliato e che gli utenti risultano orientati specificamente verso una determinata Struttura aziendale, tali prenotazioni possono essere qualificate come secondo livello e gestite con le modalità indicate al paragrafo 5.2.7 punto "a)".

5.3.2 Prestazioni di primo accesso e tempi di attesa

Il **primo accesso** deve essere soddisfatto nei tempi previsti dalla normativa nazionale e regionale per gruppi di prestazioni in funzione dei codici di priorità clinica. **L'Azienda territoriale assicura all'utente il rispetto dei TAT e Careggi contribuisce allo scopo partecipando con proprie quote di offerta.** Il prescrittore, solitamente il MMG/PLS, nella richiesta deve considerare la specialità, le caratteristiche della patologia e la sua acuzie al fine di indicare la modalità più appropriata di accesso alle prestazioni. Tali valutazioni esitano nella prescrizione SSR con l'indicazione dei **codici di priorità** riportati nella tabella seguente.

U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro **72 ore**;

B (Breve), da eseguire entro **10 giorni**;

D (Differibile), entro **15/30 giorni** per le visite o **30/60 giorni** per gli accertamenti diagnostici (secondo le specifiche visite e prestazioni diagnostiche, si veda il "[Programma Aziendale Governo Liste di Attesa 2019-21](#)").

P (Programmata) da eseguire teoricamente entro 120 giorni ma di utilizzo residuale in quanto attiene all'ambito della "presa in carico", ovvero dei controlli cadenzati a giudizio dello Specialista (si veda par. 5.2.9), mentre non è appropriato e non deve essere utilizzato per le Visite di primo accesso, salvo i rari casi di prestazioni che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica o le prestazioni orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, non organizzate in programmi di prevenzione, purché supportate da relative linee-guida.

Non Indicato, i sistemi di prenotazione dovranno proporre l'offerta prevista per la classe di priorità D, senza modificare le informazioni contenute nella ricetta.

5.3.3 Dalle prestazioni ai percorsi: presa in carico, cronicità e day service

I percorsi di presa in carico specifici per patologia sono riconducibili agli ambiti della cronicità e del follow-up e possono essere realizzati anche con la modalità organizzativa del day service (D/903/110 "[Il Day Service, modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata](#)"). I percorsi di presa in carico possono essere esaminati, alla luce dei rispettivi PDTA, per valutare il **fabbisogno**, ovvero il **consumo previsto di prestazioni ambulatoriali**. Tale consumo può essere stimato conoscendo i volumi della casistica gestita, la periodicità delle visite e accertamenti di controllo da PDTA, la percentuale attesa di pazienti per i quali si renderanno necessarie le singole prestazioni ambulatoriali.

La **titolarità del percorso** è in capo al Medico che effettua la **visita specialistica di avvio del percorso** di approfondimento diagnostico, che esita nel trattamento terapeutico con le correlate prestazioni di controllo (Procedura aziendale P/903/63 "[Competenze prescrittive e prestazioni correlate al ricovero](#)"). Gli specialisti titolari di ciascun percorso, riferendosi al Direttore SOD o Responsabile Unit, devono pianificare prospetticamente il fabbisogno di risorse analogamente a quanto già accade nel modello organizzativo del day service e chiedere alla SOD erogante, l'attribuzione ai singoli medici dei privilegi di accesso (par. 5.5.3) alla prenotazione sulle singole agende di gestione delle prestazioni utilizzate nel percorso (par. 5.2.10).

5.4 CREAZIONE AGENDE - STRUTTURAZIONE DEI CALENDARI

Vengono di seguito definite le agende di prenotazione, il percorso autorizzativo per la loro creazione, la modalità di scorrimento, le prestazioni prenotabili, le modalità di accesso alla prenotazione. Le modalità attuali di



utilizzo del SW potranno essere modificate, nella forma e non nella sostanza, con l'adozione del nuovo SW regionale di cui al paragrafo seguente.

5.4.1 Il progetto regionale CUP 2.0

La Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale della Regione Toscana ha varato nel 2016 il progetto CUP 2.0, in via di realizzazione supportato da uno specifico finanziamento ministeriale. Obiettivo del CUP 2.0 è di estendere a tutte le Aziende Sanitarie toscane l'utilizzo di un unico strumento elettronico di prenotazione, ferma restando la possibilità da parte dei singoli soggetti erogatori di mantenere per l'accettazione gli strumenti localmente in uso. Utilizzano al momento il software CUP 2.0 le Aziende USL Nord Ovest e Sud Est e l'AOU Senese, mentre l'Azienda USL Toscana Centro sta avviando l'adozione dello strumento. Il CUP 2.0 utilizza per la prenotazione i criteri del "[Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019-2021](#)" ed il linguaggio operativo comune del Catalogo Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pubblicato nella sua ultima versione 2.11 il 14 ottobre 2020 con Decreto Dirigenziale RT 16269 e recepito nella sua interezza e codifica nel [Catalogo aziendale ambulatoriale](#) pubblicato nella intranet e disponibile negli applicativi aziendali.

5.4.2 Responsabilità decisionale

La responsabilità decisionale sulla creazione e modulazione delle agende che raffigurano il modello organizzativo dell'offerta ambulatoriale è in capo alla **DIREZIONE SANITARIA**, che la esercita tramite gli RSD.

Ogni **RSD** adotta gli indirizzi aziendali concordati negli incontri con la Cabina di Regia Ambulatoriale e vi riconduce le istanze dipartimentali generali e presentate dai singoli **Direttori di SOD**, correlate agli impegni di budget o derivanti da prospettive di sviluppo approvate dalla Direzione.

Il RSD considera e valorizza le istanze dell'**Infermiere Coordinatore**, che ha la responsabilità di gestione degli spazi, nei quali promuove il pieno utilizzo delle tecnologie e la presenza del personale di assistenza e supporto coerente con le attività svolte.

5.4.3 Agende - Le unità eroganti

L'**agenda è lo strumento operativo del CUP**, attraverso cui viene programmata e gestita l'offerta sanitaria ambulatoriale, la cui gestione operativa è affidata al sistema di prenotazione e alla funzione di accettazione.

L'agenda è lo strumento, **esclusivamente elettronico**, che definisce la relazione tra l'equipe di operatori sanitari, le prestazioni da questi erogabili e la durata di ciascuna di esse, la fascia oraria e i giorni della settimana di erogazione, le modalità di accesso alla prenotazione.

5.4.4 Creazione delle agende e sviluppo dei calendari

Amministratore di sistema per le agende ambulatoriali è la **Centrale CUP**, afferente alla UOc Governo dei Percorsi Outpatient. La creazione delle agende elettroniche da parte della **Centrale CUP** è realizzata su **richiesta dello Staff DAI competente**. Il RSD, secondo le previsioni sintetizzate al par. 5.4.2, affianca il Direttore di Dipartimento e, rapportandosi con il RA, fa richiesta di creazione delle agende alla Centrale CUP, nel rispetto dei **Criteri di riferimento** del presente regolamento.

Per lo sviluppo dei calendari da parte della Centrale CUP, sono necessari i seguenti **elementi**:



- 1) Descrizione dell'agenda
- 2) Codice a 4 cifre dell'AAA ambulatoriale sede di erogazione
- 3) Codice a 4 cifre della SOD erogante
- 4) Numero telefonico aziendale di riferimento
- 5) Elenco delle prestazioni prenotabili (codice e descrizione del "[Catalogo aziendale della specialistica ambulatoriale](#)") ed eventuale temporizzazione
- 6) Preparazioni o indicazioni per il paziente, ove previste
- 7) Giorni e rispettivi orari di attività
- 8) Numero e durata degli slot, con eventuali aggettivazioni (es: "riservato per PS, PACC, ...")
- 9) Numero massimo forzature previste (configurabili su tutta l'agenda e non sul singolo giorno)
- 10) Eventuali integrazioni con il laboratorio
- 11) Elenco farmaci, ove previsti
- 12) Elenco degli operatori da abilitare (saranno abilitati all'intera agenda)
- 13) Per le agende di primo accesso da inviare a prenotabilità CUP (1° livello) anche tramite Prenota 8000 (2° livello) sono ulteriormente necessari eventuali quesiti diagnostici, filtro per età, sesso.
- 14) Eventuali note per l'operatore

La **Centrale CUP** restituisce informazioni di **conferma** allo Staff DAI, al Direttore della SOD coinvolta nella modulazione o suo delegato, al Coordinatore di AAA ambulatoriale.

La Centrale CUP ha acquisito nel 2020 molte delle competenze di **configurazione delle agende AOUC esposte alla prenotazione tramite CUP di Area Vasta** (già CUP-Met). Procede pertanto, coordinandosi con il Servizio Gestione Agende (SGA) dell'Azienda USL Toscana Centro, ad apportare modifiche per:

- a) creare nuovi palinsesti provvisori e definitivi in agende esistenti
- b) chiudere e riaprire slot o periodi
- c) creare fasce (sezioni di palinsesto costituenti classi di erogazione) nuove o modificare le esistenti
- d) inserire/togliere prestazioni prenotabili dalle fasce
- e) vincolare fasce alla priorità U-B-D-P
- f) vincolare slot alla prenotabilità da parte di specifici gruppi di soggetti prenotatori.
- g) modificare, tramite SGA, le note per operatori (inerenti al processo di prenotazione) e pazienti (inerenti ad esempio la preparazione all'esame o la documentazione da portare alla visita)
- h) modificare anagrafica dell'Unità Erogante (ovvero l'Agenda AOUC replicata sul software ISED)
- i) aggiungere/rimuovere Quesiti Diagnostici, tramite SGA.

5.4.5 Agende di "attività aggiuntiva" (ALPI ambulatoriale in forma di equipe)

L'Attività Libero Professionale Intramuraria ambulatoriale in forma di equipe, detta "attività aggiuntiva" è descritta analiticamente nel Par. 5.2.5, che riporta anche le modalità di presentazione, approvazione ed avvio di un Progetto di Attività Aggiuntiva. In particolare, questa attività impone per ciascun progetto, il monitoraggio del bilancio tra i costi sostenuti e la produzione di prestazioni. A tale scopo:

- a) L'**apertura** delle **agende** ha luogo su richiesta dello Staff DAI corredata dal Codice di Progetto fornito dalla UOc Gestione Attività Libero Professionale **previa approvazione** del Direttore Sanitario.
- b) Le **agende** ambulatoriali dedicate all'attività aggiuntiva confluiscono nell'offerta complessiva di attività prenotabile dall'utenza, che non ne percepisce la differenza con quelle in orario ordinario. Per ragioni di contabilità, tuttavia, nell'applicativo di prenotazione sono create **distinte** da quelle in orario ordinario e la

descrizione include la dicitura **LPEQ** seguita dal **Codice Progetto** fornito dalla UOc Gestione Attività Libero Professionale e dalla descrizione dell'attività (es.: “LPEQ – PA001 – Camera iperbarica”).

- c) L'agenda, di **durata pari a quella del progetto** non sarà configurata a scorrimento e non prevederà forzature. L'eventuale rinnovo dell'agenda, richiesto con le medesime modalità, è realizzato previa approvazione della proposta di rinnovo da parte del Direttore Sanitario e formalizzazione da parte della UOc Gestione Attività Libero Professionale.

5.5 PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

5.5.1 Prestazioni prenotabili

Le prestazioni prenotabili nelle agende di appuntamenti con le modalità indicate al par. 5.2.9, sono principalmente le visite, le prestazioni strumentali e di diagnostica. Le prestazioni di laboratorio non sono di norma prenotabili singolarmente, mentre viene garantita la [prenotabilità dei prelievi delle matrici biologiche](#) su cui vengono condotte le analisi.

5.5.2 Modalità di scorrimento delle agende

La prenotazione delle agende avviene secondo il criterio di scorrimento temporale senza soluzione di continuità. All'utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile. Non sono ammesse le liste chiuse, ovvero agende la cui visibilità temporale sia saturata, ovvero priva di disponibilità prenotabili.

Le agende specifiche per il follow up sono annuali a scorrimento giornaliero: si aggiunge quotidianamente un ulteriore giorno prenotabile per mantenere una visibilità costante di 400 giorni.

5.5.3 Accesso alla prenotazione CUP: call center e portale “prenotafacile”

L'accesso alle agende in modalità prenotazione e accettazione è realizzato dalla Centrale CUP attraverso l'attribuzione a ciascun operatore, **su richiesta del rispettivo Direttore/Responsabile/Coordinatore/PO**, di **privilegi di accesso che legano il proprio “login” ad una agenda o gruppo di agende**. Al singolo operatore sono attribuiti specifici privilegi informatici che ne definiscono l'operatività, in termini di livello di ampiezza (quali agende) e di profondità (quali operazioni).

Le regole e la [modulistica per la prima abilitazione dell'operatore](#) sono riportate nella [intranet aziendale](#), menù “Applicativi Sanitari”, voce “[Arianna](#)”. I privilegi elettronici permettono di operare attraverso il **software di prenotazione aziendale** su due distinte quote dell'offerta ambulatoriale aziendale complessiva (si veda anche par. 5.2.6, par 5.2.10, par. 5.3 e sottoparagrafi):

- b) **Agende di primo accesso**: sono il canale di accesso riservato a utenti esterni, non già in carico a Careggi, recanti prescrizioni dei MMG/PLS, sono prenotabili **solo** attraverso il **CUP** secondo le previsioni del “[Programma Aziendale Governo Liste Attesa 2019-21](#)”. Gli utenti che si presentano fisicamente possono prenotare al **Centro Servizi NIC**. Gli utenti possono inoltre prenotare attraverso procedure remotizzate del circuito **CUP** interaziendale per via **telefonica** (call center 055 545454 aperto Lunedì/Venerdì 07:45-18:30, Sabato 07:45-12:30, con numero 199.175.955 per il servizio di disdetta automatica) e attraverso il

portale web regionale “prenotafacile” (<https://prenota.sanita.toscana.it/ricetta-dematerializzata>, con codice fiscale e prescrizione dematerializzata).

- c) **Agende di presa in carico:** prenotabile direttamente o indirettamente da operatori interni all’AOUC per i pazienti recanti prescrizioni degli specialisti AOUC, con le accortezze descritte al par. 5.2.9.

5.6 MANUTENZIONE AGENDE – MODIFICA DEI CALENDARI

Le richieste di variazione dei dati base di calendario possono rendersi necessarie per:

- A. Azioni di riorganizzazione di settori di attività attuative delle **linee di indirizzo della Direzione Aziendale** ai Dipartimenti e alle singole SOD, anche riferibili ad obiettivi di budget.
- B. Azioni di riorganizzazione di settori di attività **per trasferimento** delle stesse.
- C. **Modulazioni transitorie estive o invernali.** In questi casi è ammessa la riduzione dell’offerta di prestazioni mantenendo attiva l’agenda in alcuni giorni della settimana. In casi residuali, non altrimenti risolvibili, è ammessa la chiusura dell’intera agenda per periodi non superiori alle 2 settimane consecutive. Il Dipartimento dovrà assicurarsi che tale chiusura si embrichi con quelle di altre agende così da assicurare la continuità dell’erogazione della prestazione, ancorché con volumi ridotti.
- D. **Altre modulazioni transitorie per attività congressuali o comunque correlate alla didattica, formazione e ricerca** devono essere condotte con il massimo anticipo e in coerenza con il mantenimento delle funzioni clinico-assistenziali gestite dal Direttore SOD secondo i principi di questo Regolamento descritti in particolare al par. 5.2.4.
- E. **Indisponibilità programmata non altrimenti risolvibile di personale o apparecchiature,** occasionale e al di fuori dei periodi di modulazione estiva o invernale.
- F. Modulazioni transitorie per **indisponibilità improvvisa, non prevista e non immediatamente risolvibile di personale o apparecchiature.**

In ogni caso, le richieste di modifica delle agende anche su istanza del Direttore SOD dovranno essere validate/autorizzate dal **RSD** competente per DAI e indirizzate alla Centrale CUP a cura dallo **Staff DAI** almeno 7 giorni lavorativi prima della modifica. La **Centrale CUP** restituisce informazioni di **conferma** allo Staff DAI, al Direttore della SOD coinvolta nella modulazione, al Coordinatore di AAA ambulatoriale.

5.6.1 Spostamento delle prenotazioni

Lo spostamento delle prenotazioni per le agende a **CUP Metropolitano** è a cura del Centro Servizi NIC, ed è ammessa **SOLO NEI SEGUENTI CASI:**

- A) **Indisponibilità imprevista di apparecchiature indispensabili** per la esecuzione della prestazione;
- B) **Assenza improvvisa e giustificata** di personale sanitario **non sostituibile** ai fini dell’erogazione di quella particolare prestazione.

In tali casi, il **Direttore di SOD** o suo delegato dovrà:

- 1) avvisare immediatamente il Coordinatore AAA ed il Responsabile dei Servizi Integrati di Padiglione (o suo delegato), perché provvedano ad avvertire tempestivamente gli utenti prenotati;
- 2) avvisare immediatamente lo **Staff DAI** che attiva la Centrale CUP per la chiusura delle agende interessate se il problema dovesse persistere per più di un giorno;



- 3) predisporre con il **Coordinatore AAA**, o suo delegato, gli spazi temporali da utilizzare in sostituzione di quelli soppressi, ricorrendo ad *overbooking* dei giorni successivi, e chiedere alla **Centrale CUP** la conseguente modifica delle agende. Per garantire i tempi di predisposizione e prenotazione, tra la richiesta di modifica a Centrale CUP e la prima disponibilità deve intercorrere almeno una settimana.

La **Centrale CUP** almeno 3 giorni lavorativi prima della data di prima disponibilità dovrà avvisare il Centro Servizi NIC di riprenotare sugli appositi spazi predisposti a tale fine.

6 LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direzione Sanitaria
- Direzione Amministrativa
- Direttori e Staff dei Dipartimenti ad Attività Integrata
- Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- Direttori SOD sanitarie
- Direttore UOc Controllo Direzionale
- Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UOc Direzione Operativa
- Direttore UOc Accreditamento Qualità e Risk Management
- Direttore UOc Attività Amministrative a Supporto alle Attività Sanitarie
- Direttore UOc Gestione Attività Libero Professionale
- Direttore UOc Governo dei Percorsi Outpatient
- Direttore UOc Innovazione Tecnologica nell'Attività Clinico Assistenziali
- Responsabile UOs Informatizzazione dei Processi Sanitari
- Responsabile UOs Monitoraggio delle Performances Sanitarie
- Referenti Unici per una specifica visita/area specialistica
- Responsabile Piattaforma Produttiva Outpatient
- Responsabile Piattaforma Produttiva Blocchi Operatori
- Responsabile Piattaforma SIP e Logistica sanitaria
- Responsabile Piattaforma Produttiva dei servizi Diagnostici
- Coordinatori Aree di Attività Ambulatoriali

I soggetti sopra elencati provvedono alla diffusione a tutto il personale coinvolto a livello operativo nel processo ambulatoriale