



**REGIONE
LAZIO**

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE		N° : 2669	DEL : 30 DIC. 2019
STRUTTURA PROPONENTE: DIREZIONE GENERALE			
OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021 IN ATTUAZIONE DEL DCA U00302 DEL 25/7/2019			
GUADAGNINI ANNA L'Estensore			
Parere del Direttore Amministrativo : <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE Firma	Drssa Maria Luisa Velardi <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>20/12/2019</u>		
Parere del Direttore Sanitario : <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE Firma	Drssa Antonella Proietti <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE (con motivazioni allegate al presente atto) Data <u>20/12/2019</u>		
Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.			
Voce del conto economico su cui si imposta la spesa : _____		ASL VITERBO Il Direttore f.f. U.O.C. Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi Dott.ssa Patrizia Boninsegna	
Visto del Funzionario addetto al controllo di budget : _____		Firma Data <u>20.12.19</u>	
Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990, come modificato dalla L. n° 15/2005.			
Responsabile del procedimento : ANNA GUADAGNINI Data _____		Firma	
Il Dirigente : Data _____		Firma _____	
Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []			

Oggetto:	APPROVAZIONE PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021 IN ATTUAZIONE DEL DCA U00302 DEL 25/7/2019
-----------------	--

IL DIRETTORE GENERALE

- PREMESSO CHE** le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare e che pertanto l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA;
- CONSIDERATO** che con deliberazione del Commissario Straordinario della ASL di Viterbo n. 99 del 14/2/2014 è stato approvato il Piano Attuativo per il Governo delle Liste d'Attesa, in attuazione del DCA 437 del 28/10/2013 "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013-2015";
- RICHIAMATI** il DCA U211 del 10 giugno 2016 di approvazione delle Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale;
- il DCA U00110 dell'11/4/2017 avente ad oggetto "Aggiornamento del Piano regionale 2013-2015 per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Criteri per l'individuazione degli ambiti di garanzia"
- la deliberazione del Direttore Generale n. 2289 del 19 dicembre 2017 con cui è stato istituito l'Osservatorio Aziendale con il compito di monitorare l'applicazione del DCA U00110 del 11/4/2017 e le azioni messe in campo per il contenimento delle liste d'attesa, relazionando mensilmente al Direttore Generale gli esiti del monitoraggio;
- la deliberazione del Direttore Generale n. 2340 del 29/12/2017 "Approvazione del Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste d'attesa di cui al DCA U00110/2017";
- VISTO** il DCA U00152 del 30/4/2019 "Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- PRESO ATTO** del Decreto del Commissario ad Acta n. U00302 del 25/7/2019 "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021", che approva il Piano Regionale dando mandato alle aziende ed agli enti regionali di dare attuazione a quanto nello stesso disposto;

- VISTA la Determinazione della Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria n. G14988 del 4/11/2019 "Attuazione del DCA 25 luglio 2019 n. U00302 recante: *Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021*. Individuazione prestazioni negli Ambiti Territoriali di Garanzia" che individua gli ambiti territoriali entro i quali dovranno essere garantiti i tempi massimi di attesa per le prestazioni di primo accesso identificate come "critiche" per le quali dovranno essere garantiti i tempi massimi di attesa gli ambiti territoriali di garanzia
- CONSIDERATO CHE la Determinazione Regionale n. G14988 del 4/11/2019 sopra richiamata da mandato "alle Aziende Sanitarie di inviare alla Direzione Salute ed Integrazione Sociosanitaria i Piani attuativi aziendali, preventivamente sottoposti all'Osservatorio aziendale per il governo delle liste d'attesa, entro 60 giorni dalla notifica della presente Determinazione";
- VISTO il documento "Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (di seguito *Piano*) redatto dalla Direzione Sanitaria Aziendale in coerenza con il DCA U00302/2019 e con la Determinazione Regionale n. G14988/2019 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- RILEVATO CHE il *Piano* ha l'obiettivo prioritario di individuare elementi di tutela e di garanzia per i cittadini, incrementando il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, garantendo trasparenza e accesso diffuso alle informazioni
- CHE il *Piano* individua gli strumenti e le modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione e/o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta;
- PRESO ATTO CHE il *Piano* è stato sottoposto all'esame dell'Osservatorio Aziendale in data 20 dicembre 2019;
- VISTI il DCA U0052/2017 "Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2016 - 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";
- il DCA 155 del 6/5/2019 "Definizione , ai sensi dell'art. 2, comma 3, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 dei criteri generali e delle procedure per la valutazione dell'attività e della performance dei Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale e assegnazione degli obiettivi per l'anno 2019";
- il DCA U00303 del il DCA U00303 del 25/07/2019 "Adozione del piano di rientro 'Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021' ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo";

il decreto legislativo 30 dicembre 1991, n. 502 e ss.mm.ii;

PRESO ATTO

CHE il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii. assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4 comma 2, L. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n° 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni

ATTESTATO

CHE il presente provvedimento è stato predisposto nel pieno rispetto delle indicazioni e dei vincoli stabiliti dai decreti del Commissario ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Lazio;

Nell'osservanza delle disposizioni di cui alla Legge 6/11/2012, n. 190 "disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione";

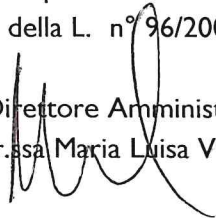
DELIBERA

per i motivi espressi nella premessa che si intendono integralmente richiamati

- di approvare il "Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021" redatto dal Direttore Sanitario Aziendale in coerenza con il DCA U00302/2019 e con la Determinazione Regionale n. G14988 del 4/11/2019 che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il presente atto alla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria;
- di dare mandato al Responsabile Unico Aziendale per il Governo delle liste di attesa, cui la presente è trasmessa per il seguito di competenza, di garantire la massima diffusione del Piano e la sua applicazione;
- di dichiarare l'immediata esecutività dell'atto.

La presente deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art.32, comma 1 della L. n° 96/2009;

Il Direttore Amministrativo
(Dr.ssa Maria Luisa Velardi)



Il Direttore Sanitario
(Dr.ssa Antonella Proietti)



Il Direttore Generale
(Dr.ssa Daniela Donetti)



Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

INDICE

1. Premessa	pagina 3
2. Obiettivi generali	pagina 3
3. Area del Governo della domanda	
3.1 <i>Profili di salute e la valutazione del bisogno</i>	pagina 4
3.2 <i>Appropriatezza prescrittiva: classi di priorità e quesito diagnostico, le prestazioni oggetto di monitoraggio</i>	pagina 6
3.3 <i>Tipologia di accesso: la separazione dei canali tra primo accesso e accesso successivo</i>	pagina 13
3.4 <i>I programmi di screening oncologico</i>	pagina 14
3.5 <i>L'informazione ai cittadini</i>	pagina 14
4. Area del Governo dell'offerta	
4.1 <i>La gestione trasparente delle agende</i>	pagina 15
4.2 <i>I progetti per il potenziamento dell'offerta</i>	pagina 16
4.3 <i>Negoziazione con le strutture private accreditate per l'erogazione di volumi di prestazioni critiche coerenti con i vincoli di budget</i>	pagina 17
4.4 <i>I percorsi di tutela</i>	pagina 17
4.5 <i>Gestione No show</i>	pagina 18
4.6 <i>Ambiti di garanzia</i>	pagina 18
4.7 <i>Riorganizzazione del CUP</i>	pagina 19
4.8 <i>La cooperazione applicativa del MMG</i>	pagina 19

5. Area integrata del Governo della domanda e dell'offerta

- 5.1 *Azioni di miglioramento della presa in carico attraverso l'implementazione dei PDTA, APA, PAC e PAS (Percorsi Ambulatoriali Semplificati)* pagina 19
- 5.2 *Implementazione delle COC (Centrali Operative delle Cronicità)* pagina 20
- 5.3 *Il Piano Aziendale delle Cronicità* pagina 21

6. Area dei Flussi informativi e amministrativo-contabile

- 6.1 *Flussi informativi* pagina 21
- 6.2 *La gestione del rapporto tra le prestazioni rese in regime istituzionale e quelle rese in regime libero professionale* pagina 22
- 6.3 *Gli strumenti retributivi per il potenziamento dell'offerta : Utilizzo del 5% del compenso del libero professionista Prestazioni aggiuntive* pagina 23

7. Unità di crisi per il governo delle liste di attesa pagina 23

8. Osservatorio aziendale per il governo delle liste di attesa pagina 23

9. Piano di diffusione pagina 23



Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

I. Premessa

Le liste di attesa rappresentano una criticità che pregiudicano l'accessibilità alle prestazioni specialistiche dei cittadini in tempi coerenti alle esigenze cliniche. L'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alla patologia ed alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa anche attraverso la realizzazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha l'obiettivo prioritario di individuare elementi di tutela e di garanzia per i cittadini, incrementando il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, garantendo trasparenza e accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Fondamentale diventa inoltre l'individuazione di strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS). Particolare rilevanza rivestono in quest'ottica i modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Nel governo delle liste di attesa assumono inoltre importanza gestionale i seguenti interventi: la separazione dei canali tra "primo accesso" per le prestazioni derivanti dal primo contatto tra il cittadino e il sistema sanitario (tipiche dei servizi di cure primarie dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta) e "l'accesso successivo" per le prestazioni che seguono la presa in carico del cittadino, la regolamentazione della libera professione intra moenia, l'integrazione con le strutture private accreditate.

Tutte le azioni previste nel presente Piano attengono a 4 livelli di competenza :

- area del governo della domanda
- area del governo dell'offerta
- area integrata del governo della domanda e dell'offerta
- area dei flussi informativi e amministrativo-contabile

2. Obiettivi generali

Il presente Piano si pone l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza organizzativa, prescrittiva ed erogativa, per garantire al cittadino l'accesso ai servizi sanitari entro tempi appropriati rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, con l'intento di favorire il contenimento dei tempi di attesa così da garantire l'accesso alle prestazioni entro i tempi stabiliti.

Il Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa mette in atto azioni finalizzate a garantire ai cittadini, il rispetto dei tempi massimi d'attesa per almeno il 90 dei primi accessi, secondo il codice di priorità individuato dal Medico curante (Medico di Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta, Medico Specialista) in base alla situazione clinica rilevata.

Un obiettivo strategico è l'innovazione del sistema di presa in carico del paziente, mettendo in atto modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e l'ampliamento dei PDTA.

Il Piano, nell'ottica di assicurare l'obiettivo di cui sopra, impegna lo specialista, al termine della visita o del ricovero, alla prescrizione diretta delle prestazioni ulteriori necessarie al completamento dell'iter diagnostico-terapeutico, favorendo la prenotazione presso la Struttura stessa a garanzia della corretta presa in carico del paziente.

L'obiettivo di innovazione del sistema di presa in carico corre parallelo al Piano delle cronicità, alla realizzazione del progetto delle Centrali Operative delle Cronicità della ASL di Viterbo, all'implementazione dei PDTA.

3. Area del Governo della domanda

3.1 I Profili di salute e la valutazione del bisogno

I Distretti Sanitari aggiornano annualmente i Profili di Salute anche sulla base dei dati di open data – lo stato di salute della popolazione del Lazio e sulla base dei dati del P.Re.Val.E e valutano il fabbisogno relativo alla erogazione delle prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni critiche per il governo delle liste di attesa.

Si riporta di seguito una sintesi di dati utili alla lettura della domanda:

Tasso di ricovero standardizzato anno 2018 (fonte dati: <https://www.opensalutelazio.it>)

ANNO DI RIFERIMENTO 2018		
CAUSE DI RICOVERO	LAZIO	VITERBO
ALTRE CAUSE	2392,5	1873
MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO	1343,8	1110,9
MALATTIE DELL'APPARATO DIGERENTE	813,1	793,7
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	743,7	662,7
TUMORI MALIGNI	735	589,8
TRAUMATISMI	567,6	569,2
MALATTIE DELL'APPARATO GENITOURINARIO	581,3	534
SINTOMI, SEGNI E STATI MORBOSI MAL DEFINITI	320,2	309,2
MALATTIE ENDOCRINE E DISTURBI IMMUNITARI	225,7	240,6
MALATTIE DEL SISTEMA NERVOSO E DEGLI ORGANI DI SENSO	238,3	204,3
DISTURBI PSICHICI	164	145,4
MALATTIE DEL SANGUE E DEGLI ORGANI EMATOPOIETICI	835	108,2

I tassi di ricovero standardizzato per 100.000 residenti per malattie dell'apparato respiratorio, del sistema circolatorio, per malattie dell'apparato digerente e per tumori maligni sono significativamente più bassi nella ASL di Viterbo rispetto alla media regionale.

L'ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici è la più bassa a livello regionale insieme a quella della Roma4. (fonte dati P.Re.Val.E 2018).

Il diabete mellito è uno dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti e la cui prevalenza

è in continuo aumento. Gli indicatori rappresentano il livello di appropriatezza e di efficacia dell'intero processo di assistenza e di gestione del soggetto diabetico in uno specifico territorio, anche in termini di educazione sanitaria e di accesso alle cure.

Per tale aspetto la ASL di Viterbo assiste efficacemente in ambito extra-ospedaliero tale patologia.

Tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco per 1.000 residenti (50-74 anni): i valori relativi agli ultimi tre anni attestano una progressiva diminuzione del tasso di ospedalizzazione che è il più basso della regione Lazio dopo la ASL di Rieti .

La corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco ha permesso in molti casi di ridurre la progressione della patologia ed evitare il ricorso all'ospedalizzazione.

Il tasso di ospedalizzazione per l'ipertensione arteriosa si attesta al di sotto della media regionale.

Il tasso standardizzato dei ricoveri per disturbi psichici è il più basso a livello regionale dopo la ASL di Latina. Più alto rispetto alla media regionale risulta invece il tasso di ricovero per malattie endocrine .

Distretto A

Quadro della performance dell'offerta di servizi :

la dislocazione delle sedi di produzione ambulatoriale (8) ed i punti di erogazione delle singole branche specialistiche (68) appaiono coerenti con i flussi della domanda (1° accesso) e con i dati di prevalenza/incidenza delle patologie. Tuttavia la risposta di copertura % a 60 gg per alcune discipline deve essere ancora migliorata.

La cardiologia che presenta un tasso di copertura di ASL pari al 85% della domanda (con una relativa fuga del 15%) ed un tasso di utilizzo di 236 utenti/1000 , in questo distretto raggiunge una copertura media del 73% . Le percentuali relative agli esami correlati a tale disciplina (ecg, ecocardio, eco doppl sa etc.) presentano valori medi vicino al 88% (Acquapendente) e Valentano e del 70% (Montefiascone), 90% circa per Tarquinia-Tuscania. Gli esami strumentali (ecocardio etc.) coprono una % molto bassa a Marta; a Bagnoregio la % sale al 95 %.

La gastroenterologia come ASL VT copre 81% della domanda (e relativo 19% di fuga) , presenta un tasso di utilizzo di 42 utenti/1000, e in questo Distretto copre la domanda per il 84% circa nel distretto ex I, e del 88-90 % nel ex distretto 2.

La neurologia : la copertura della domanda è pressochè completa eccezione fatta per la sede di Bagnoregio
La pneumologia : si registra una risposta pari al 95% solo nelle sedi di : Acq.te 95% , Tarquinia 100 % , Tuscania, 97% . Nelle altre sedi non è presente la disciplina. Si tratta di scegliere se tenere "accentrate" tali prestazioni, oppure di potenziare altre sedi.

Diabete presenta un tasso di prevalenza più alto del Distretto B ma meno grave rispetto al Distretto C

Gli esami strumentali correlati registrano % del 82% di copertura (esame complessivo dell'occhio e del fondo)

Distretto B

Quadro della performance dell'offerta di servizi:

Il numero di sedi di produzione (4) con 37 punti di erogazione disciplinare dislocati sul territorio di pertinenza appare congruo con la domanda anche se dovrà correggersi in funzione dell'andamento demografico.

Cardiologia : si registra una copertura pressochè completa ed intorno al 90%;

Neurologia: si registra una copertura pressochè completa ed intorno al 98%;

Gastroenterologia : si registra una % per la prima visita pari al 90% , ma la risposta strumentale è pari la 77% con una percentuale del 60 % per la colonoscopia

Pneumologia: la risposta appare adeguata in generale ma la prima visita copre solo il 79%; si registra una copertura del 77% per la spirometria a Belcolle;

Gli esami strumentali della radiologia in generale registrano una risposta apparentemente adeguata ma con percentuali basse negli esami di area cardiologica: ecocardio (86%), eco doppler SA (58%) ecodoppler arti inf (69%), eco addome sup (73%), tac rachide (67%), eco capo (73%)

Diabete il tasso di prevalenza è più basso del Distretto A e C. Gli esami correlati evidenziano a Orte (99%) a Viterbo (84% e 97%) Soriano 0%.

Distretto C

Quadro della performance dell'offerta di servizi

La dislocazione di 5 sedi di erogazione e 47 punti di produzione disciplinare appare congrua rispetto ai flussi della domanda. In questo Distretto è necessario potenziare e ridistribuire le ore ambulatoriali (gastroenterologia, cardiologia, pneumologia) relativamente alla risposta strumentale a supporto degli accessi. Stante la forte presenza di popolazione immigrata (che non raggiunge pienamente l'offerta ambulatoriale né quella consultoriale) è necessario potenziare il livello comunicativo nel territorio specifico. Cardiologia : La risposta di copertura per la prima visita si aggira intorno al 70% in media. La risposta strumentale risente di una% bassa negli esami (es. ecocardio, eco S.A.) a Ronciglione, Vetralla, Nepi, a Civita castellana ospedale. Le ecografie rispondono in media per il 40%.

Pneumologia :La percentuale di risposta è vicina al 95% per la prima visita, concentrata su Civita Castellana. La diagnostica a supporto (spirometria etc.) si aggira intorno al 50% di copertura media con assenza a Nepi, Vignanello .

Gastroenterologia : La risposta degli esami strumentali si aggira in media sul 50%.

Neurologia : La % di prima vista è vicina al 95%

Diabete presenta una prevalenza più sostenuta che negli altri distretti. Gli esami relativi presentano % del 85-90% di copertura ad eccezione dell'ospedale dove si registra un 48% di copertura per l'esame completo dell'occhio ed un 75% per il fondo

Tuttavia per il Diabete è necessario fare riferimento sia alla prevalenza che nel Distretto C per i maschi risulta particolarmente elevata, mentre per le femmine è meno elevata ma interessa anche il Distretto A, che ai dati del centro aziendale situato presso la cittadella della salute di Viterbo dove si documenta una sostanziale e corretta presa in carico degli oltre 20.000 pazienti seguiti con specifici esami (vedi emoglobina glicosilata etc.)

Complessivamente i tassi di ospedalizzazione, come indicatori indiretti del funzionamento del territorio, mostrano una buona performance nella presa in carico delle patologie croniche a livello distrettuale seppure è necessario intervenire nel potenziare alcune branche specialistiche quali la cardiologia, la gastroenterologia, la pneumologia .

3.2 Appropriately prescrivita: classi di priorità e quesito diagnostico

La classe di priorità è uno strumento atto ad armonizzare le esigenze cliniche con le necessità organizzative del sistema che, a seguito di accurata valutazione clinica del singolo caso, offre la possibilità di erogare una prestazione nel tempo clinicamente più adeguato.

Detto strumento impegna tutti gli attori coinvolti nel processo: il medico prescrittore , il cittadino utente e la struttura erogatrice.

Al fine di implementare il governo clinico della domanda di prestazioni specialistiche la ASL adotta il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

L'adozione del modello RAO ha l'obiettivo di rendere omogeneo su tutto il territorio aziendale l'utilizzo dei codici di priorità, per le prestazioni di primo accesso, utilizzando strumenti di governo della domanda e a supporto della decisione prescrittiva basati sull'esplicitazione delle indicazioni di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche. A tal fine il presente Piano promuove l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) sviluppato, in via sperimentale, da AGENAS e secondo quanto indicato nelle Linee guida nel PGNLA 2019-2021. Tale modello individua categorie di attesa omogenee in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali; i contenuti clinici sono stati definiti in base ad accordi fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti

Azioni specifiche :

- diffusione delle linee guida dei Raggruppamenti Omogenei di Attesa ai MMG/PLS/Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri (azione già effettuata nel corso dell'anno 2019, ripetere nell'anno 2020)
- piano di formazione 2020-2021 per MMG/PLS/Specialisti ambulatoriali ed ospedalieri sull' appropriatezza prescrittiva " linee guida dei Raggruppamenti Omogenei di Attesa " (almeno 2 eventi ECM realizzati nel PFA 2020 e nel PFA 2021)
- verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso metodo della concordanza tra specialisti e MMG/PLS con la metodica degli audit (almeno 3 audit per prestazioni critiche strumentali di gastroenterologia entro il 2020 almeno 3 audit per prestazioni critiche strumentali di radiodiagnostica entro il 2020)
- verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso attività della CAPD con MMG PLS/Specialisti ospedalieri e territoriali (almeno 1 riunione mensile della CAPD interdistrettuale)
- diffusione dell'informazione rivolta al cittadino, sulle classi di priorità presso gli ambulatori dei medici prescrittori , presso i CUP e attraverso incontri con le associazioni (azione richiesta dall'Osservatorio Aziendale per le Liste di Attesa) vedi anche paragrafo 3.4
- controllo sul rispetto dei criteri di priorità per gli interventi chirurgici da parte dell'Unità di Programmazione delle Attività Chirurgiche coordinata dalla Direzione Sanitaria del Polo Ospedaliero

- Classi di priorità per prestazioni ambulatoriali :

In ciascuna impegnativa per prestazione ambulatoriale il Medico prescrittore deve attribuire la classe di priorità valutata sulla base della necessità clinica del paziente al momento dell'anamnesi e riportare in ricetta il relativo contrassegno. L'indicazione della classe di priorità da parte del Medico è obbligatoria. Nel caso in cui la priorità non fosse compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada nella priorità P -Programmata . Tale, necessaria, assunzione può determinare d'altra parte una non corretta rappresentazione dei dati rispetto all'effettività e soprattutto per le prestazioni di primo accesso che, per la loro natura, di inquadramento di una patologia di nuova insorgenza, dovrebbero avere una tempistica più breve .

Classi di priorità in vigore per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- U = Urgente – prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque , entro 72 ore. Si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
- B = (urgenza Breve) – Prestazione da eseguire entro 10 giorni. Per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi e comunque per prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
- D = (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente.

- P = (Programmabile) [1] prestazione da eseguire entro 180 giorni (120 giorni dal 1/1/2020) programmate prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO :

Visite specialistiche

n.	prestazione	Codice nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

Prestazioni strumentali

Diagnostica per immagini			
n.	prestazione	Codice nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del torace	87.41	87.41
18	TC del torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01,3	88.01,3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC cranio-encefalo	87.03	87.03
26	TC cranio-encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1

35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
<i>Altri esami Specialistici</i>			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52

57	Elettrocardiogramma dinamico (holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice per arto superiore – analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	Elettromiografia semplice per arto inferiore fino a 4 muscoli. analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice del capo fino a 4 muscoli. Ananalisi qualitativa. escluso: emg dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	Valutazione EMG dinamica del cammino. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	Emg Dinamica dell'arto superiore. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

Tutte le richieste di prestazioni di specialistica ambulatoriale debbono riportare la diagnosi o il sospetto diagnostico prevalente (**quesito diagnostico**) anche per le richieste relative a pazienti con patologie croniche, alle malattie rare, alla gravidanza.

Il Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare le prestazioni; può essere riportato testualmente facendo riferimento alla classificazione internazionale delle malattie (ICD)-CM) o con la corrispondente codifica a sei cifre .

L'indicazione del quesito diagnostico per il Primo accesso , o della diagnosi quando si tratta di Controlli

Successivi è sempre obbligatoria e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta .

Si ricorda la necessità di riportare sulle ricette, in particolare per gli esami, la **dizione primo accesso o controllo** per distinguere una prestazione di primo accesso con priorità P (programmata) da quelle di controllo le cui caratteristiche consentono una programmazione in un arco di tempo più ampio, talvolta anche superiore ai 180 giorni, e comunque nei tempi indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non vanno ad influenzare la prognosi e il corretto svolgimento dell'iter terapeutico. Questa indicazione consente di registrare correttamente le prestazioni di controllo con priorità P ed escluderle dalle rilevazioni dei tempi di attesa regionali e nazionali che riguardano esclusivamente i primi accessi.

La prenotazione delle richieste di prestazioni ambulatoriali deve quindi rispettare i seguenti criteri:

- l'appuntamento deve essere fissato nel rispetto delle priorità cliniche indicate dal medico prescrittore;
- nel caso non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, attraverso la Counseling Unit –info liste di attesa , si attiva per offrire la prestazione entro i tempi indicati anche attraverso il contatto con le Unità Operative erogatrici (vedi percorso di tutela)
- qualora sul territorio aziendale non fossero presenti le disponibilità richieste, la ASL dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket (vedi percorso di tutela)

- Classi di priorità per i ricoveri programmabili

Anche per le prestazioni di ricovero lo specialista che ha in carico il paziente ha l'obbligo di assegnare all'intervento una priorità, indicandola sulla richiesta . La data presunta del ricovero deve essere comunicata al paziente .

Le liste di attesa per interventi chirurgici nella ASL di Viterbo sono gestite attraverso un programma informatizzato dove sono riportate le classi di priorità. Le liste operatorie e le sedute operatorie sono gestite dall'Unità di Programmazione Centralizzata delle Attività Chirurgiche (UPAC) con sede presso l'Ospedale di Belcolle e coordinata dalla Direzione Sanitaria del Polo Ospedaliero .

Classe A : Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi

Classe B : Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

Classe C: Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

Classe D : Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO

N.	prestazione	Codici intervento ICD-9-CM	Codici diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno retto	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	Angioplastica coronarica (PTCA)	06.66; 36.06; 36.07	
9	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
10	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
11	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
12	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57	
13	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
14	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
15	Riparazione ernia inguinale	53.0x – 53.1x	

3.3 Tipologia di accesso: la separazione dei canali tra primo accesso e accesso successivo

Nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale il medico prescrittore deve indicare obbligatoriamente se la prestazione richiesta rappresenta un primo accesso o una prestazione successiva al primo accesso.

Si considera **primo accesso**:

- il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo

esame di diagnostica strumentale;

- la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico.
- nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Si considera **prestazione di secondo accesso per controlli successivi** :

riguardano prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello) a pazienti per i quali è stata già formulata una diagnosi iniziale , in particolare :

- la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in ^[1][SEP]carico dal primo specialista;
- la visita o prestazione di controllo (follow up) o la visita prevista all'interno di uno specifico PDTA

Le prestazioni successive al primo accesso, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, nello specifico, della "presa in carico" del paziente cronico, secondo precisi protocolli, si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento.

Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate in una stessa ricetta

Azioni specifiche :

entro marzo 2020 tutte le U.O. dovranno configurare, di concerto con il responsabile aziendale delle liste di attesa, agende di II livello dedicate ai controlli (follow up), a specifici PDTA

entro marzo 2020 tutte le agende di II livello dovranno essere visibili a CUP

il responsabile aziendale delle liste di attesa dovrà effettuare controlli sul regolare utilizzo delle agende di II livello fornendo report mensile alla Direzione strategica

3.4 I programmi di screening oncologico

I programmi di screening oncologico del tumore della mammella e del colon retto sono un importante strumento di governo della domanda per quanto attiene le prestazioni di mammografia e colonscopia .

La ASL di Viterbo da anni ha investito in questi importanti interventi di prevenzione ottenendo ottime performance a livello regionale con ripercussioni positive anche sul governo delle liste di attesa . In particolare per la mammografia l'obiettivo è quello di ridurre al minimo o azzerare gli slot di primo accesso per far sì che l'offerta venga tutta esaurita all'interno dei percorsi di prevenzione e dello specifico PDTA

3.5 Informazione ai cittadini

La ASL di Viterbo mette in atto nel corso del 2020 campagne informative per una corretta informazione ai cittadini sui percorsi di accesso, sui codici di priorità, da divulgare attraverso i media locali e presso gli studi dei MMG/PLS, presso le sedi di erogazione delle prestazioni interne e del privato accreditato, su tutti i canali

social (Facebook, Instagram, LinkedIn e Twitter) e sul sito aziendale, con l'obiettivo di rendere edotti i cittadini sui loro diritti e doveri previsti dalla normativa vigente.

Le campagne informative, di sensibilizzazione e di diffusione, anche finalizzate a una maggiore cultura dell'appropriatezza prescrittiva, saranno messe in campo dal team dell'Area della comunicazione (Comunicazione istituzionale, comunicazione pubblica e Urp), a seguito di un processo di programmazione degli strumenti e di individuazione dei target, dei messaggi e dei linguaggi da utilizzare. Processo che, oltre l'Area della comunicazione, prevede il coinvolgimento della Direzione strategica, del Collegio di direzione e del Responsabile per il Governo delle liste di attesa.

Ogni azione di comunicazione e di informazione ai cittadini, ai medici prescrittori (interni ed esterni all'Azienda) deve essere coerente e coordinata con le strategie di comunicazione indicate dalla Regione Lazio e, nello specifico, con quanto contenuto nel portale regionale salutelazio.it.

Per quanto attiene l'orientamento e l'accesso ai servizi, la Asl di Viterbo intende potenziare il rapporto con i cittadini attraverso progetti di comunicazione finalizzati a informare circa i principali argomenti legati alla tematica delle liste d'attesa. Tra questi:

- Le modalità di prescrizione medica per le prime visite e per le prime prestazioni strumentali ambulatoriali: le classi di priorità, cosa sono e come si leggono;
- I percorsi di garanzia/tutela: cosa sono e come vi si accede;
- L'allungamento dei tempi di d'attesa per le prestazioni prescritte: cosa prevede la normativa in merito e come ci si tutela;
- Quali sono le prestazioni per cui è garantito il rispetto dei tempi massimi d'attesa; prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero;
- La presa in carico del paziente cronico e le visite di controllo.
- La responsabilità derivante dall'obbligo di disdire una prenotazione, qualunque sia il motivo (perché la prestazione non è più necessaria, perché è stata effettuata altrove, o perché si è impossibilitati a presentarsi all'appuntamento prenotato).

Le informazioni al cittadino saranno condivise con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti aziendali, i quali, a loro volta, saranno chiamati a diffondere tra i loro assistiti il materiale prodotto. L'informazione ai cittadini sarà diffusa anche attraverso le associazioni di rappresentanza dei cittadini che partecipano alle attività attivamente per il tramite del Tavolo Partecipare in Sanità.

Gli elenchi con le prestazioni che prevedono i tempi massimi da rispettare saranno resi noti anche nelle sedi dei punti informativi e URP. In caso di criticità il cittadino può rivolgersi all'Ufficio relazione con il pubblico che provvederà a farsi carico del bisogno specifico verso gli uffici interni affinché l'utente abbia la risposta a cui ha diritto. L'URP si farà inoltre carico, sulla base delle criticità rilevate, di proporre apposite azioni di miglioramento alla direzione strategica aziendale.

4. Area del Governo dell'offerta

4.1 La gestione trasparente delle agende

La gestione delle agende è in carico direttamente al Responsabile Unico delle Liste di Attesa, nonché Responsabile CUP che dovrà provvedere a :

- Configurare tutte le agende per classi di priorità
- Distinguere le agende per canali di accesso : primo accesso e visite successive
- Rendere visibili a CUP tutte le agende comprese quelle dedicate all'ALPI e quelle degli accreditati
- Prevedere un overbooking sistematico pari al 20% a copertura delle prestazioni non effettuate

4.2 I progetti per il potenziamento dell'offerta

Rilevate le criticità sulle prestazioni critiche nell'anno 2020 verranno messi in atto progetti per il potenziamento dell'offerta di seguito specificati, con apertura di sedute ambulatoriali aggiuntive per pazienti in primo accesso , coerentemente con le risorse aziendali rese disponibili (utilizzo del 5% del compenso del libero professionista, finanziamenti regionali specifici per l'abbattimento delle liste di attesa come previsto dal DCA 302/2019)

- potenziamento della specialistica ambulatoriale convenzionata
- potenziamento delle prestazioni ambulatoriali di Ch vascolare –visite ed ecocolor doppler
- potenziamento delle prestazioni di endoscopia digestiva
- potenziamento delle prestazioni critiche di diagnostica per immagini con piano di efficientamento sulle apparecchiature di alta diagnostica per il raggiungimento dello standard di capacità produttiva dell'80%

Progetto per il potenziamento dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata da specialisti convenzionati da erogare preferenzialmente nel fine settimana

Prestazioni	sedute settimanali	Personale dedicato /ore	N° prestazioni erogate /mese	Costo annuale del progetto	Strumento retributivo
prestazioni di cardiologia, pneumologia, ortopedia	8/settimana	48 h /sett	480/mese	91.403,52	plus orario specialistica convenzionata

Progetto per il potenziamento dell'offerta di prestazioni critiche di diagnostica per immagini da erogare preferenzialmente nel fine settimana

Prestazioni	sedute settimanali	Personale dedicato /ore	N° prestazioni erogate /mese	Costo annuale del progetto	Strumento retributivo
TC	2	radiologo/ 24 ore mese TSRM/24 ore mese infermiere /24 h mese	104	29.952	prestazioni aggiuntive
Mammografia	2	radiologo/6h mese TSRM/6 ore mese	104	5.904	prestazioni aggiuntive
Ecografia	2	radiologo/ 24 ore mese infermiere /24 h mese	104	23.616	prestazioni aggiuntive
Ecocolor Doppler TSA	1	radiologo/ 24 ore mese infermiere /24 h mese	52	23.616	prestazioni aggiuntive
Risonanza Magnetica	1	radiologo/ 24 ore mese TSRM/24 ore mese infermiere /24 h mese	35	29.952	prestazioni aggiuntive
				costo totale: 113.050	

Progetto per il potenziamento dell'offerta di prestazioni di endoscopia digestiva da erogare preferenzialmente nel fine settimana

Prestazioni	sedute settimanali	Personale dedicato /ore	N° prestazioni erogate /mese	Costo annuale del progetto	Strumento retributivo
Colonscopia,	2	Med /48 ore mese	96	47.232	Prestazioni

gastroscopia		Inf /48 ore mese			aggiuntive

Progetto per il potenziamento dell'offerta di prestazioni ambulatoriale di Chirurgia vascolare da erogare preferenzialmente nel fine settimana

Prestazioni	sedute settimanali	Personale dedicato /ore	N° prestazioni erogate /mese	Costo annuale del progetto	Strumento retributivo
ecocolordoppler	2	Med/48ore mese Inf/48 ore mese	104	47.232	Prestazioni aggiuntive

4.3 Negoziazione con le strutture private accreditate per l'erogazione di volumi di prestazioni critiche coerenti con i vincoli di budget

A partire da Gennaio 2020 il Budget 'dedicato' all'esecuzione delle prestazioni critiche corrisponderà ad almeno il 100% del valore di produzione lorda erogata dalle Strutture accreditate per la specialistica ambulatoriale nel 2018 (DCA U00152/2019)

4.4 I percorsi di tutela

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, l'Azienda attiva "percorsi di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino.

Counseling Unit- Info liste di attesa è un percorso dedicato agli utenti che, nel processo di prenotazione, incontrano delle criticità tali da causare attese troppo lunghe o non appropriate per la classe di priorità assegnata dal medico prescrittore. In questo caso tramite il CUP l'utente viene messo in contatto con la counseling unit- Info liste di attesa, viene invitato a fornire una copia dell'impegnativa e un recapito telefonico o telematico (mail personale). La sua prescrizione viene così presa in carico e riallocata nell'ambito di garanzia previsto dalla classe di priorità originaria tramite la gestione delle disdette ottenute mediante l'attività di recall massivo.

Il team del Counseling, consultando le agende di prenotazione e verificando le effettive disponibilità derivanti sia dalle disdette acquisite che dalle variazioni nei piani di lavoro è in grado di svolgere la suddetta attività riallocativa e comunicarla all'utente con sufficiente anticipo.

L'attività di Counseling è inoltre coadiuvata dalla collaborazione diretta con le Unità Operative eroganti le "prestazioni critiche". Per esami molto richiesti dall'utenza, i cui tempi di attesa tendono ad essere particolarmente lunghi (gastroscopie, colonscopie, RM etc...) la Counseling Unit, qualora necessario, nel processo di riallocazione di una prestazione, può procedere contattando direttamente i reparti interessati e verificare con i responsabili le disponibilità nelle agende.

La mancata accettazione da parte del cittadino dell'appuntamento proposto in alternativa, farà venire meno il diritto alla garanzia del tempo di attesa richiesto.

Nel caso in cui il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'azienda attiva un percorso di accesso alternativo alle prestazioni

specialistiche , consistente in una tipologia di libera professione denominata Libera Professionale Aziendale la quale viene concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Tale percorso è a domanda individuale ed è gestito dall'URP.

Le istanze dell'utenza per il rispetto dei tempi di attesa dovranno essere fatte pervenire all'URP e l'attivazione dei percorsi di tutela solo in determinati casi di comprovata inadempienza dell'azienda.

Le richieste pervenute all'URP dovranno essere valutate dal Responsabile Unico Aziendale per le Liste di Attesa e poi dal Direttore Sanitario Aziendale per l'eventuale autorizzazione all'attivazione del percorso di tutela. L'autorizzazione o le motivazioni di un eventuale diniego saranno comunicate all'utente tramite l'URP .

4.5 Gestione No show

Al fine di limitare il fenomeno del cosiddetto "No Show" (mancata disdetta della prenotazione) vengono adottate azioni finalizzate a verificare/ricordare ai pazienti prenotati l'appuntamento fissato e a semplificare il più possibile le procedure di annullamento delle prenotazioni effettuate.

Azioni specifiche :

- informazione ai cittadini
- azioni di recall/reminder nei 10 gg precedenti l'erogazione
- procedura di addebito del costo della prestazione

In base alla normativa nazionale (art.3 comma 15 D.lgs. 124/1998) è prevista l'attivazione del procedimento di addebito del costo della prestazione , agli utenti che non si presentano, senza disdire la prenotazione. Il D.Lgs. n. 124/1998 "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449" dispone infatti, all'art. 3 comma 15, che l'utente che non si presenti, ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione .Diventa quindi obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 3 giorni lavorativi di anticipo^[1]. La sanzione non si applica in presenza di gravi e documentati motivi (es. esibizione di certificato di malattia)

Nel caso di mancato ritiro dei risultati degli esami e dei referti per prestazioni effettuate a carico del Sistema Sanitario Regionale, l'utente è tenuto al pagamento dell'intera prestazione anche se esente (vedi Delibera del DG n° 2474 del 10/12/2019) procedura seguita dalla UOC 'Pianificazione Programmazione, Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi informativi.'

4.6 Ambiti di garanzia

La ASL di Viterbo recepisce gli Ambiti Territoriali di Garanzia individuati con determina della Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria della Regione Lazio n° GI4988 del 4 novembre 2019, specificando che, l'ambito distrettuale coincide con quello aziendale, essendo possibile trovare la risposta in ambiti geograficamente limitrofi , viste le caratteristiche orogeografiche e di popolazione , così come previsto per le ASL che non comprendono il territorio di Roma Urbe .

Tuttavia al fine di erogare la maggior parte delle prestazioni secondo il principio della prossimità , in

considerazione della situazione oro-geografica provinciale , si procederà ad istituire la Rete Integrata della Specialistica di Prossimità (RISP). E' stata immaginata una Rete Integrata Specialistica di Prossimità, che prevede, come risposta alla peculiarità orografica territoriale della nostra Azienda, la suddivisione del territorio della ASL VT, in N° 13 Comuni Capofila (rispetto ai 60 comuni presenti nel nostro territorio), dove già sussistono degli ambulatori polispecialistici di riferimento, aggregando i comuni limitrofi con una distanza chilometrica che preveda un cutoff massimo di 20 km e tenuto conto del baricentrismo degli stessi, in termini di viabilità.

4.7 Riorganizzazione del CUP

L'acquisizione del nuovo sistema ReCUP consentirà un migliore monitoraggio grazie all' applicativo web che presenta un' interfaccia grafica e modalità di configurazione, compilazione ed interrogazione assai più agili. Il nuovo ReCUP consente un'interrogazione dei dati acquisiti personalizzabile e più veloce. La facilità di utilizzo e configurazione consente maggiore flessibilità del programma ai futuri assetti erogativi dell'azienda. L'interrogazione dei dati, infatti produce risultati esportabili in tempo su foglio di calcolo elettronico per una consultazione immediata e filtrata in base a parametri di ricerca specifici direttamente dall'applicativo o successivamente sul foglio elettronico.

4.8 La cooperazione applicativa

E' previsto l'aggiornamento del "Protocollo di Intesa per l'integrazione Ospedale territorio e la Riorganizzazione dell'assistenza Territoriale e la Medicina d'Iniziativa "PARTECIPARE IN SANITA' " anni 2017/2018 con i MMG , con riformulazione e integrazione dell'accordo medesimo, prevedendo la **prenotazione diretta** da parte degli studi dei MMG ,delle prestazioni di primo accesso di visite specialistiche ed esami diagnostici . Il progetto prevede il coinvolgimento di 6 UU.CC.PP , 2 per ogni Distretto A,B,C e si svilupperà nell' arco temporale di un anno, nel corso del quale, i medici saranno adeguatamente formati in merito con il sistema RECUP (primi due mesi sperimentali in cui verranno anche addestrati all'utilizzo del sistema di prenotazione). Il progetto è già stato condiviso con i rappresentanti Sindacali dei Medici di Medicina Generale con il Responsabile Unico Aziendale delle Liste di Attesa , il Responsabile dell'Osservatorio Aziendale sulle liste di attesa e con il Direttore del Dipartimento del Governo e dell' Offerta e delle Cure Primarie. La sperimentazione avverrà su un campione di n° 47584 utenti pari al 14,95% della popolazione residente.

5. Area del Governo della domanda e dell'offerta

5.1 Azioni di miglioramento della presa in carico attraverso l'implementazione delle reti, dei percorsi, dei PDTA, APA, PAC e PAS .

La Asl di Viterbo nel triennio 2016-2019 ha messo a punto percorsi di presa in carico per la gestione delle patologie a maggiore impatto dal punto di vista epidemiologico e dell'impegno delle risorse . Per tali patologie è di fondamentale importanza realizzare un percorso diagnostico terapeutico basato sulle evidenze e calato nello specifico contesto organizzativo.

Un elemento determinante del governo della domanda è la corretta implementazione delle reti, dei percorsi, dei PDTA, APA, PAC e PAS (Percorsi Ambulatoriali Semplificati per i follow up dei pazienti oncologici) al fine di realizzare la presa in carico del cittadino, evitando il ricorso a prestazione inappropriate .

Tutte le visite e le prestazioni diagnostiche previste all'interno di questi percorsi devono essere gestite

direttamente dallo specialista/struttura che ha in carico il paziente senza che lo stesso venga rinviato dal MMG , prevedendo specifiche agende dedicate .

La corretta implementazione di questi percorsi prevede il raggiungimento della popolazione target in percentuale adeguata al contesto epidemiologico. Per i PDTA a maggiore impatto epidemiologico (BPCO, Diabete, Scompenso) viene definito ed attentamente monitorato il numero di cittadini che ci si prefigge di raggiungere nel corso del triennio di vigenza del presente atto .

Di seguito vengono riportati i principali percorsi di presa in carico attivi presso la ASL di Viterbo per patologie croniche, oncologiche e neurodegenerative :

- PDTA carcinoma della mammella- breast unit (aggiornamento) deliberazione del DG 603/2019
- Rete per i disturbi cognitivi e le demenze - deliberazione del DG 1309/2019
- Rete endocrinologica aziendale per la gestione del paziente con nodulo tiroideo - deliberazione del DG 473/2019
- PDTA del paziente con neoplasia della prostata - deliberazione del DG 1044/2018
- PIC scompenso cardiaco - deliberazione del DG 366/2018
- PIC diabete - deliberazione del DG 369/2018
- PIC BPCO- deliberazione del DG 367/2018
- PDTA del tumore del polmone - deliberazione del DG 29/2017
- PIC del colon-retto ed istituzione del Gruppo Oncologico Multidisciplinare (GOM) deliberazione del DG 655/2017
- PDTA Sclerosi Multipla - deliberazione del DG 796/2016
- Rete clinica per le malattie dell'apparato digerente - deliberazione del DG 1009/2016
- Percorso per l'appropriatezza diagnostica ed endoscopica - deliberazione del DG 351/2016
- Percorso per l'appropriatezza diagnostica per immagini – deliberazione del DG 271/2016

5.2 Implementazione delle COC (Centrali Operative delle Cronicità)

Il Progetto per la gestione territoriale delle cronicità attraverso “ Centrali Operative delle Cronicità” prevede la presa in carico dei pazienti affetti da : Diabete , Scompenso Cardiaco . BPCO e TAO, attraverso specifici PDTA / PIC che, dal punto vista epidemiologico, impattano con una fetta di popolazione equivalente a circa 40.000 pazienti, di cui il 50% affetti da policronicità .

Il Progetto prevede la valorizzazione della reti assistenziali , riorganizzando strutture e servizi disponibili e riqualificando la rete dei professionisti, in una visione di continuità assistenziale, modulata per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socio-assistenziali. Il tutto con una maggiore flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, che preveda una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche, tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team multi professionali dedicati e modelli specifici di integrazione socio-sanitaria.

Attraverso le Centrali Operative delle Cronicità la gestione della patologia avviene in forma proattiva, in equipe multidisciplinare che vede la partecipazione attiva del MMG; lo strumento operativo informatico è la Smart Digital Clinic che prevede Alert, arruolamento di pazienti che possono utilizzare una specifica App per il collegamento con la centrale e per l'automonitoraggio.

Con l'inserimento a CUP degli slot dedicati alle visite specialistiche erogate all'interno dei PDTA/PIC tali prestazioni, offerte in forma proattiva, vengono appropriatamente sottratte dalle agende di prima visita, liberando spazi di prenotazione diretta a CUP.

Dall'ultima rilevazione (ottobre 2019) risultano arruolati attraverso le COC:

3502 pazienti per il PDTA dello scompenso cardiaco

897 pazienti per il PDTA del diabete

1122 pazienti per il PDTA della BPCO

L'obiettivo del prossimo biennio è il progressivo arruolamento della popolazione target

5.3 Il Piano Aziendale delle Cronicità

La ASL di Viterbo individua il Piano Aziendale delle Cronicità quale strumento strategico per il governo della domanda offerta delle prestazioni volte alla popolazione affetta da patologie croniche. Le Centrali Operative della Cronicità già attive sono elementi costitutivi del Piano Aziendale delle Cronicità che verrà definito entro il primo quadrimestre 2020, salvo diverse indicazioni regionali.

La presa in carico nel modello organizzativo aziendale per la gestione delle cronicità, prevede percorsi dedicati e la prenotazione in agende dedicate delle prestazioni da garantire ai pazienti che aderiranno. Tutto questo dovrà realizzarsi in sintonia e nel pieno equilibrio con le attività da erogare a tutti i cittadini a cui le Strutture Sanitarie devono garantire l'appropriato accesso alle prestazioni e la eventuale successiva corretta presa in carico, garantendo direttamente in Struttura le prestazioni di controllo necessarie non solo dopo la visita ma anche dopo un ricovero.

6. Area dei Flussi informativi e amministrativo-contabile

6.1 Flussi informativi e monitoraggio

I Sistemi Informativi aziendali trasmettono mensilmente il seguente report aggregato alla Direzione Strategica, ai Distretti, alla UOC Cure Primarie e alla Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero:

- a) Report mensile ex post sulle prestazioni "critiche" con analisi della produttività suddivisa per presidio, branca e classe di priorità con evidenza della % di prestazioni effettuate nell'arco temporale previsto dal DCA n. 155/2019.

(Responsabilità UO SIA- Fonte dati flusso informativo SIAS)

- b) Report trimestrale ex post sull'utilizzo delle classi di priorità nelle ricette per prestazioni

specialistiche, da parte dei MMG.

(Responsabilità UO SIA- Fonte dati flusso informativo SIAS)

c) Report mensile ex ante sui tempi di attesa per tutte le prestazioni critiche

(Responsabilità UO PGOA - Fonte dati ReCUP)

d) Report mensile sull'utilizzo delle agende dei controlli.

(Responsabilità UO PGOA - Fonte dati ReCUP)

e) Report on line sul monitoraggio dei tempi di attesa prestazioni ambulatoriali specialistiche di primo accesso per Azienda Sanitaria

(Fonte dati Regione Lazio <https://www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa-dati>)

I Distretti, la UOC Cure Primarie e la Direzione Sanitaria Polo mensilmente, sulla base dei flussi informativi prodotti effettuano una analisi puntuale della produttività delle sedi di produzione e della produttività del singolo specialista, richiamando il professionista in caso di inadempienza contrattuale e/o del mancato raggiungimento degli obiettivi aziendali, proponendo soluzioni organizzative che verranno valutate in seno all'Unità di Crisi per il governo delle liste di attesa.

L'Unità di crisi, presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale, si riunisce 1 volta al mese entro il 15 del mese successivo alla produzione mensile del report aggregato.

6.2 La gestione del rapporto tra le prestazioni rese in regime istituzionale e quelle rese in regime libero professionale

Al fine di garantire la coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione/solvenza con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa viene costantemente monitorato il rapporto, sul singolo professionista e per ogni Unità Operativa, tra le prestazioni rese in libera professione e quelle in regime istituzionale.

Qualora l'attività libero professionale sia superiore al 100% di quanto erogato in regime SSN, la Asl di Viterbo interviene attuando un progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali, fino alla sospensione dell'attività. Tutto questo a tutela del fatto che il ricorso alla libera professione/solvenza deve porsi come libera scelta del cittadino-utente.

L'ufficio ALPI effettua un monitoraggio costante delle prestazioni rese in libera professione e i report vengono analizzati in seno alla Commissione Paritetica Aziendale sulla Libera Professione a cadenza almeno trimestrale, mettendo in atto sistemi di Alert.

L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'azienda prevede per il cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Per le prestazioni critiche ai fini dei tempi di attesa l'azienda prevede l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive (ai sensi dell'art.55 comma 2 lett. d del CCNL 8/6/2000), che saranno svolte al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale e all'interno delle strutture aziendali

6.3 Gli strumenti retributivi per il potenziamento dell'offerta

- Utilizzo del 5% del compenso del libero professionista

La somma pari al 5% del compenso del libero professionista , prevista dall'art.2,comma 1, lettera e) secondo periodo della legge 189 del 8 novembre 2012, n°158, sarà prioritariamente dedicata agli interventi di potenziamento dell'offerta ai fini del contenimento delle liste di attesa .

- Prestazioni aggiuntive

La ASL di Viterbo, al fine di contenere le liste di attesa per le prestazioni critiche , nell'ambito degli interventi per il potenziamento dell'offerta, definisce un programma aziendale di incremento delle attività facendo ricorso allo strumento retributivo delle prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art.55, comma 2 lett. d) del CCNL 8/6/2000 dell'Area della Dirigenza Medica Veterinaria e dell'Area della Dirigenza Sanitaria .

7. Unità di crisi per il governo delle liste di attesa

Viene istituita una Unità di Crisi per il Governo delle liste di attesa composta da:

Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Responsabile Unico Liste di Attesa, Direttori di Distretto, Direttore Cure Primarie, Direttore Sanitario Polo H, Responsabile dei Sistemi Informativi Aziendali

con il compito di valutare l'effettiva realizzazione delle azioni messe in atto per il governo delle liste di attesa e previste dal presente piano, individuare eventuali strategie alternative o azioni correttive in caso di inefficacia di quelle messe in campo

L'Unità di crisi è presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale e si riunisce 1 volta al mese entro il 15 del mese successivo alla produzione mensile del report aggregato

8. Osservatorio Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

In applicazione del DCA 110/2017 è stato istituito con deliberazione n. 2289 del 10 dicembre 2017, l'Osservatorio Aziendale sulle Liste di Attesa.

Tale organismo è composto dalle figure individuate nel DCA summenzionato ma, visto l'importanza dell'argomento trattato si è deciso di coinvolgere nel confronto anche le figure professionali dei MMG/PLS e Organizzazioni sindacali presenti sul territorio. Si riunisce una volta al mese

9. Piano di diffusione

Il presente Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa viene diffuso secondo le seguenti modalità :

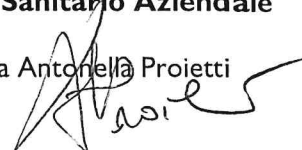
- presentazione in collegio di Direzione
- riunione plenaria con i Responsabili delle Unità Operative coinvolte
- declinazione delle azioni negli obiettivi di budget 2020 delle singole Unità Operative

- eventi formativi ECM sull'appropriatezza prescrittiva (vedi paragrafo 3.2)
- informazione ai cittadini (vedi paragrafo 3.4)

Viterbo 20/12 /2019

Direttore Sanitario Aziendale

Dott.ssa Antonella Proietti



2669

30 DIC. 2019

DELIBERAZIONE N° del
composta di n. pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 24 allegati

30 DIC. 2019

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il :
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li 30 DIC. 2019

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



30 DIC. 2019

Trasmessa al Collegio Sindacale il :

Viterbo, li 30 DIC. 2019

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



30 DIC. 2019

La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :

Viterbo, li 30 DIC. 2019

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



30 DIC. 2019

Viterbo, li

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI

