



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 1



REGIONE
LAZIO

**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL
GOVERNO
DELLE LISTE E DEI TEMPI D'ATTESA
2019-2021
(ai sensi del DCA n. U00302 del 25/07/2019)**

Sommario

Introduzione	4
1. Recepimento degli elenchi di prestazioni per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo la classe di priorità ad almeno il 90% di coloro a cui esse vengono prescritte	6
1.1 Elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con tempi di attesa garantiti e oggetto di monitoraggio	6
1.2 Elenco delle prestazioni in regime di ricovero	8
2. Recepimento, per le diverse prestazioni, degli ambiti territoriali di garanzia definiti a livello regionale	8
3. Previsione di piani di comunicazione multicanale, coerenti con gli indirizzi concordati a livello regionale, indirizzati agli assistiti, ai prescrittori ed agli erogatori	22
3.1 La comunicazione al cittadino.....	23
3.2 La comunicazione e il confronto con i prescrittori e gli erogatori	25
4. Governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione e della separazione dei canali (Primo accesso e accesso successivo)	26
5. Procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva.....	30
5.1 Monitoraggio uso dei RAO	31
6. Azioni utili, sulle apparecchiature di alta diagnostica, per il raggiungimento dello standard di capacità produttiva di almeno l'80%;.....	31
7. Definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità anche attraverso PDTA, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Cronicità	32
8. Adeguamento dei contenuti informativi, il presidio della completezza e dell'accuratezza dei dati rilevati e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste	35
8.1 Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale	35
8.2 Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale	35
8.3 Monitoraggio attività di ricovero	35
8.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	36
8.5 Monitoraggio PDTA.....	36
8.6 Monitoraggio ALPI	36
8.7 Monitoraggio siti WEB	36
9. Attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.....	37
10. Regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione:	39
11. Modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per le urgenze e per i percorsi di presa in carico, compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza;.....	43

12. Informazione ai cittadini circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare preventivamente una prenotazione.....	44
13. Gestione trasparente mediante la verifica, presso le UU.OO. di ricovero delle strutture a gestione diretta e di quelle accreditate in accordo contrattuale, della presenza e della regolare tenuta delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;.....	45
14. Iniziative di formazione e confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva (e.g., sulle caratteristiche cliniche da associare alle diverse classi di priorità o sul corretto utilizzo della diagnostica per immagini ad alto costo).....	47
15. Linee strategiche aziendali: funzioni di committenza.....	49

Alla stesura del presente documento hanno collaborato: Assunta Mammarella, Ornella Corrado, Raffaella Iacoucci, Tiziana Fatato, Denisia Barbu, Marco Fantini, Laura Lo Cicero, Rita Lucchetti, Ester Zantedeschi, Barbara Guglietta, Silvia Pozzato, Lucia Carosi, Claudio Lazzari, Marco Di Marco, Silvia Dionisi, Antonina Santisi, Enrico Pofi, Camillo Giulio De Gregorio, Donatella Biliotti

Introduzione

Il piano attuativo aziendale della ASL Roma 1 è stato predisposto in ottemperanza del Decreto del Commissario Ad Acta n. U00302 del 25 luglio 2019.

Con l'adozione del presente piano attuativo, l'Azienda Roma 1 si propone di affrontare il problema dei tempi di attesa e del loro contenimento attraverso la definizione di un piano di governo a carattere sistemico, capace di agire sugli aspetti costitutivi del fenomeno al fine di porre in atto possibili strategie di soluzione.

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici ed attengono a tre grandi aree di intervento:

1. il governo della domanda di prestazioni;
2. il governo dell'offerta di assistenza;
3. i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

In particolare fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali orientati al «consumo sanitario», la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario, anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti, le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili, le difficoltà di un settore che presenta al proprio interno nicchie di mercato di difficile regolamentazione.

Per tali motivi è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

A tutt'oggi, considerando la situazione generale in cui versa il Sistema Sanitario Nazionale con le varie realtà regionali, l'obiettivo di una Azienda Sanitaria deve essere quello di garantire l'accesso alle prestazioni sanitarie prioritariamente ai pazienti che possono, con la tempestività della presa in carico, trarne maggiore beneficio (appropriatezza temporale) per il proprio problema di salute.

Infatti, in una situazione caratterizzata da vincoli crescenti di bilancio, una ottimizzazione della spesa in funzione delle esigenze di salute e di assistenza dei cittadini rappresenta l'unico strumento possibile per coniugare i risparmi possibili con l'efficienza delle prestazioni e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Pertanto, l'appropriatezza clinica e temporale-organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute.

Il livello quantitativo dell'offerta aziendale è molto elevato e, oltre a soddisfare la domanda di prestazioni espressa dai residenti, ha anche forte potenzialità di attrazione nei confronti di cittadini non residenti, come dimostrano le analisi condotte sui dati di mobilità interaziendale.

In tal senso, la peculiarità della ASL Roma 1 è determinata dalla coesistenza sul proprio territorio di strutture a diversa tipologia di offerta e con diverse tipologie di rapporti con il Sistema Sanitario Regionale. Le strutture a gestione diretta della Asl Roma 1, responsabili della cosiddetta produzione "interna" rappresentano un numero piuttosto esiguo di strutture che, sebbene erogano un numero di prestazioni qualitativamente e numericamente importanti, pur non riescono a svolgere un ruolo determinante se poste a confronto con la produzione "esterna" derivante dall'elevato numero di strutture pubbliche e private accreditate che insistono sul territorio aziendale. Tale contesto determina, certamente, il fatto che la ASL risponde direttamente soltanto di una piccola quota della produzione globale, ma anche l'opportunità di costruire una rete integrata in grado di rispondere sinergicamente ai bisogni di salute dei cittadini, in una logica di sistema nel quale i processi garantiscano la presa in carico del paziente e la continuità diagnostico-terapeutica-

assistenziale, attraverso una efficace azione di committenza nei confronti dei soggetti erogatori che insistono sul proprio territorio aziendale.

In effetti, ad oggi, nelle ASL della Regione Lazio, la funzione di committenza non ha trovato uno sviluppo definito, sistematico ed omogeneo.

Il piano strategico aziendale della Asl Roma 1, anche alla luce dell'attuale assetto organizzativo, assegna all'attività di committenza un ruolo importante da attuarsi sia a livello centrale che a livello distrettuale.

La "mission" del Distretto è di governare la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie. Di conseguenza, in questo scenario, la funzione di committenza costituisce il momento centrale della programmazione, che correla l'analisi dei bisogni/consumi con la rimodulazione dell'offerta, per aumentare l'appropriatezza e l'ottimizzazione del beneficio sociale.

La committenza, pertanto, lungi dall'essere solo una richiesta di prestazioni o di commissione di servizi, è una funzione di governo organizzativo, gestionale ed economico del sistema e si esplica con la programmazione realizzata sulla base della domanda sanitaria (epidemiologia) e col reperimento all'interno o all'esterno della ASL delle prestazioni e servizi atti a soddisfare i bisogni di salute; inoltre si realizza con il confronto continuo e con le sinergie che si attivano a livello della Conferenza sanitaria locale oltre che di Distretto/Municipio.

L'attività programmatoria aziendale, fermo restando il contesto di riferimento normativo regionale e la conseguente applicazione operativa di contenuti e tempistica (Legge Regionale N.6/2011- art. 5, DCA 321/2016, DCA 324/2015, DCA n. 249 del 3 luglio 2017, DCA n.231 dell'8 giugno 2018, DCA n.513 del 24 dicembre 2018, e i più recenti DCA n. 48 del 1 febbraio 2019 che ha previsto l'estensione dell'erogabilità di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale alle strutture accreditate in possesso dell'autorizzazione ed accreditamento per la branca di Diagnostica per immagini, e DCA n. 246 del 01/07/2019 avente per oggetto: "*Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 relativo all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato. Direttive alle ASL*"), dovrà operativamente prevedere:

- una vera e propria forma di partnership con le Aziende Ospedaliere che insistono nel nostro territorio (AOU Sant'Andrea, AU Policlinico Umberto I, AO San Giovanni Addolorata);
- una collaborazione attiva, attraverso la stipula di Piani di Committenza ad integrazione degli Accordi contrattuali, con le strutture accreditate ubicate nel territorio aziendale (Ospedali Classificati, Policlinici Universitari privati, IRCCS privati, Case di Cura e strutture ambulatoriali territoriali).

1. Recepimento degli elenchi di prestazioni per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo la classe di priorità ad almeno il 90% di coloro a cui esse vengono prescritte

Il presente Piano, in accordo con il PRGLA 2019-2021, individua le prestazioni ambulatoriali, e quelle in regime di ricovero, che saranno oggetto del monitoraggio e per le quali saranno garantiti i tempi massimi di attesa.

1.1 Elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con tempi di attesa garantiti e oggetto di monitoraggio

Tabella 1 - Visite specialistiche

Num	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice LEA	nuovi
1	Prima visita cardiologica	89.7	08	89.7A.3	
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	
3	Prima visita endocrinologica	89.7	19	89.7A.8	
4	Prima visita neurologica	89.13	32	89.13	
5	Prima visita oculistica	95.02	34	95.02	
6	Prima visita ortopedica	89.7	36	89.7B.7	
7	Prima visita ginecologica	89.26	37	89.26.1	
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	89.7B.8	
9	Prima visita urologica	89.7	43	89.7C.2	
10	Prima visita dermatologica	89.7	52	89.7A.7	
11	Prima visita fisiatrica	89.7	56	89.7B.2	
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	58	89.7A.9	
13	Prima visita oncologica	89.7	64	89.7B.6	
14	Prima visita pneumologica	89.7	68	89.7B.9	

Tabella 2 - prestazioni strumentali

Num	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice LEA	nuovi
Diagnostica per immagini				
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 senza e con contrasto Torace	87.41.1	87.41.1	
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2	88.01.2	
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3	
22	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4	88.01.4	
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	
24	TC senza e con contrasto Addome completo	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 Speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	
28	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	
29	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	
30	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale senza e con mdc	88.38.2	88.38.D	
31	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico senza e con mdc	88.38.2	88.38.E	
32	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale senza e con mdc	88.38.2	88.38.F	

33	TC bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RMN de encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RMN di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con mdc	88.91.2	88.91.2
36	RMN di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con mdc	88.95.5	88.95.5
38	RMN della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RMN della colonna in toto senza e con mdc	88.93.6	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco(color) doppler cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	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 arteriose e/o venoso		
Altri esami Specialistici			
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	
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16; 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Elettrocardiogramma da sforzo con ciclo ergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test vascolari 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 (EMG) 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 (EMG) per arto inferiore. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) 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

1.2 Elenco delle prestazioni in regime di ricovero

Tabella 3

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Num	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 colon	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	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

2. Recepimento, per le diverse prestazioni, degli ambiti territoriali di garanzia definiti a livello regionale

La Asl Roma 1 pone la massima attenzione a tutelare la salute della popolazione residente nel proprio territorio aziendale.

Tale territorio – che comprende i municipi I, II, III, XIII, XIV, XV - definisce il c.d. “Ambito territoriale di garanzia”, entro il quale l’azienda si impegna a garantire, ai cittadini che vi risiedono, l’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, nei tempi previsti dalle classi di priorità, presso tutte le proprie Strutture Pubbliche a gestione diretta, e presso quelle Private accreditate.

Inoltre, in base alla complessità delle prestazioni, alla disponibilità delle risorse, e alla domanda storica, la ASL tenderà a decentrare la propria offerta, in modo da rendere il più facile possibile l’accesso alle prestazioni (servizi di prossimità). Saranno quindi previsti ambiti di garanzia Distrettuali e Aziendali.

Resta comunque fermo, lo sforzo generale a garantire tale accesso, anche a tutti gli altri cittadini non residenti, che decidono di avvalersi delle strutture aziendali, nei limiti che i mezzi e le risorse ordinarie consentono.

In attuazione del DCA n. U00302 del 25/07/2019, con Determinazione n. G14988 del 04/11/2019, l'Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria ha individuato gli ambiti territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione, nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, in via prioritaria, delle prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali di primo accesso) descritte nell'elenco di cui al paragrafo 4.1.3 del DCA n.U00302.

Come da sopraccitato DCA, gli ambiti territoriali identificati sono:

- a. distrettuale per prestazioni a bassa e media complessità;
- b. aziendale (a livello di Presidio ospedaliero) per le prestazioni di media ed alta complessità;
- c. sovraziendale o regionale per prestazioni ad alta ed altissima specialità;
- d. nazionale per le prestazioni ad alta complessità, non erogate in ambito regionale.

Tabella 4

Numero	Prime visite specialistiche	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	ATG
1	cardiologica	89.7	8	89.7A.3	distrettuale
2	chirurgia vascolare	89.7	5	89.7A.6	distrettuale/ aziendale
3	endocrinologica	89.7	19	89.7A.8	Distrettuale/aziendale
4	neurologica	89.13	32	89.13	distrettuale
5	oculistica	95.02	34	95.02	distrettuale
6	ortopedica	89.7	36	89.7B.7	distrettuale
7	ginecologica	89.26	37	89.26.1	distrettuale/aziendale
8	otorinolaringoiatrica	89.7	38	89.7B.8	distrettuale
9	urologica	89.7	43	89.7C.2	distrettuale
10	dermatologica	89.7	52	89.7A.7	distrettuale/aziendale
11	fisiatrica	89.7	56	89.7B.2	distrettuale/aziendale
12	gastroenterologica	89.7	58	89.7A.9	aziendale
13	oncologica	89.7	64	89.7B.6	aziendale
14	pneumologica	89.7	68	89.7B.9	aziendale

Tabella 5

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	ATG: proposta
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	distrettuale/aziendale
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	distrettuale/aziendale
17	TC del Torace	87.41	87.41	aziendale
18	TC senza e con contrasto Torace	87.41.1	87.41.1	aziendale
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	aziendale
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2	88.01.2	aziendale
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3	aziendale
22	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4	88.01.4	aziendale
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	aziendale
24	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6	88.01.6	aziendale
25	TC Cranio-encefalo	87.03	87.03	aziendale

26	TC Cranio-encefalo senza e con mdc	87.03.1	87.03.1	aziendale
27	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	aziendale
28	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	aziendale
29	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	aziendale
30	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale sena e con mdc	88.38.2	88.38.D	aziendale
31	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico sena e con mdc	88.38.2	88.38.E	aziendale
32	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale sena e con mdc	88.38.2	88.38.F	aziendale
33	TC bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	aziendale
34	RMN de encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	aziendale
35	RMN di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con mdc	88.91.2	88.91.2	aziendale
36	RMN di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	aziendale
37	RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con mdc	88.95.5	88.95.5	aziendale
38	RMN della colonna in toto	88.93	88.93.6	aziendale
39	RMN della colonna in toto senza e con mdc	88.93.6	88.93.B	aziendale
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	distrettuale/aziendale
41	Eco(color) doppler cardiaca	88.72.3	88.72.3	distrettuale/aziendale
42	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	88.73.5	88.73.5	distrettuale/aziendale
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	distrettuale
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	distrettuale
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	distrettuale
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	distrettuale/aziendale
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	distrettuale7aziendale
48	Ecografia Ostetrica	88.78	88.78	distrettuale
49	Ecografia Ginecologica	88.78.2	88.78.2	distrettuale
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arteriose e/o venoso	88.77.2	88.77.2	distrettuale/aziendale
Altre prestazioni				
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	ATG
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	aziendale
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	aziendale
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	distrettuale
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13		distrettuale
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16; 45.16.2	aziendale
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	distrettuale
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	aziendale
58	Elettrocardiogramma da sforzo con ciclo ergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	aziendale
59	Altri test vascolari da sforzo	89.44	89.44; 89.41	aziendale
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	distrettuale
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	distrettuale
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	aziendale
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	distrettuale

64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore.	93.08.1	93.08.A	aziendale
	Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2			
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore.	93.08.1	93.08.B	aziendale
	Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2			
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo.	93.08.1	93.08.C	aziendale
	Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)			
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco.	93.08.1	93.08.D	aziendale
	Analisi qualitativa fino a 4 muscoli			
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	aziendale
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F	

Relativamente alla definizione del fabbisogno aziendale di specialistica ambulatoriale, la ASL Roma 1, in ottemperanza a quanto previsto dal DCA U00302 e sulla base di indicazioni regionali inerenti la metodologia, in linea con attività precedentemente condotte, intende procedere ad una complessa attività di analisi del rapporto tra domanda ed offerta di prestazione sul proprio territorio, con l'obiettivo di stimare la domanda appropriata attesa in base alle caratteristiche demografiche ed al quadro epidemiologico della popolazione residente. La stima potrà costituire il riferimento cardine per stabilire il fabbisogno aziendale in termini di volumi di prestazioni, di risorse umane e tecnologiche e di presidi ambulatoriali da impiegare, con evidenti ricadute anche sulla definizione degli accordi contrattuali per le strutture che insistono sul territorio aziendale.

Nell'ambito regionale, un primo tentativo di approccio metodologico per la stima della domanda appropriata di prestazioni per la popolazione residente, è stata effettuata nell'anno 2014 ed è stata inserita come parte integrante del Piano Aziendale per il Governo delle liste di attesa della ex Roma E. Successivamente, è stato elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia (DEP) un documento in cui si è provveduto ad identificare una serie di condizioni di salute da cui partire per individuare percorsi diagnostico-terapeutici e profili assistenziali che possano consentire una stima del fabbisogno per garantire i volumi di prestazioni necessari ed appropriati anche in termini di tempistica di erogazione.

Questo approccio comporta, certamente, una lunga e complessa attività di analisi epidemiologica per l'individuazione di coorti di pazienti in base ai quali definire i volumi di prestazioni appropriate, per la definizione di profili di cura per ciascuna condizione e per la rilevazione, in alcune di queste condizioni, di stime di prevalenza a livello nazionale e regionale.

Si è avviata, pertanto, una prima analisi sintetica del rapporto tra domanda ed offerta nel territorio afferente all'ASL Roma 1, allo scopo di ottenere, attraverso una fotografia di ciò che attualmente è presente, primi elementi sui consumi della popolazione residente, della domanda espressa e soddisfatta dal sistema aziendale e della distribuzione territoriale dei punti di erogazione riferita alle prestazioni critiche e alla attività di produzione dell'anno 2018.

La ricognizione della produzione, in funzione della residenza degli utenti e della tipologia delle strutture, ha lo scopo di valutare l'articolazione dell'offerta a livello aziendale e distrettuale, di quantificare la mobilità in entrata e in uscita dal territorio aziendale, di analizzare la variabilità del ricorso alle varie prestazioni nei distretti aziendali anche in rapporto ai livelli regionali o nazionali qualora disponibili e costituisce una traccia per la definizione degli ambiti territoriali di garanzia (ATG) oltre che un utile strumento per valutare e definire volumi di prestazioni e modalità di

accesso alle stesse da prevedere nel contesto di collaborazione tra Asl e Aziende Ospedaliere insistenti sul territorio aziendale e negli accordi con le strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale.

Progressivamente, nell'arco temporale di vigenza del presente Piano Attuativo, la Asl Roma 1 potrà allineare gli ambiti territoriali di garanzia così come previsti con la Determinazione n. G14988 del 04/11/2019 dell'Area Rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, avvalendosi della attività di produzione di tutte le strutture pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio aziendale.

La definizione degli ATG, inoltre, potrà subire revisioni periodiche in linea con variazioni nella domanda ed in relazione ai cambiamenti nel quadro dell'offerta, dell'acquisizione di apparecchiature sanitarie e, più in generale, dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie.

Di seguito si riporta, una breve analisi descrittiva concernente la popolazione residente, la distribuzione, per specialistica ambulatoriale, dei punti di erogazione per specialità, i volumi di produzione di prestazioni critiche oltre che una analisi, su base distrettuale, della relazione tra domanda ed offerta, limitata per necessità di sintesi, alle prestazioni di visita cardiologica e RMN.

Popolazione residente e Distribuzione dei punti di erogazione per specialità e tipologia di struttura

La popolazione aziendale e la distribuzione dei punti di erogazione per specialità e tipologia di struttura, è descritta nelle tabelle che seguono.

Popolazione residente iscritta in Anagrafe al 31 dicembre 2018

Tabella 6 - Popolazione residente iscritta in Anagrafe al 31 dicembre 2018

Popolazione maschile e femminile iscritta in anagrafe al 31 dicembre 2018 per municipio e classi di età quinquennali																			
Municipi	Classi quinquennali - maschi e femmine															Totale			
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74		75-79	80-84	oltre
I	5.285	6.325	6.652	6.267	7.170	8.156	9.379	10.864	12.596	14.323	15.129	13.630	11.548	10.389	9.826	8.818	6.758	7.213	170.328
II	5.940	7.356	7.510	7.391	7.745	8.092	8.661	9.579	11.603	13.803	14.457	12.953	11.360	9.843	9.246	8.599	6.557	7.715	168.410
III	8.107	9.362	9.273	8.452	8.593	9.493	11.045	12.967	15.882	17.572	17.384	15.239	13.178	11.592	11.386	10.370	8.007	7.930	205.832
XIII	4.851	5.861	6.332	5.945	5.863	6.350	6.973	8.223	9.963	11.694	12.192	10.198	8.352	7.028	6.700	6.260	5.173	5.381	133.367
XIV	7.962	8.966	9.194	8.934	9.008	9.456	10.395	12.353	14.325	16.381	17.177	14.763	11.824	9.749	9.225	8.355	7.089	6.844	192.000
XV	6.082	7.561	8.007	7.841	7.895	7.978	8.711	10.134	12.313	14.575	14.298	12.378	9.826	8.126	7.485	6.989	5.400	5.196	160.795
Totale	38.227	45.431	46.968	44.830	46.274	49.533	55.164	64.120	76.702	88.348	90.637	79.161	66.088	56.727	53.868	49.391	38.984	40.279	1.030.732

Elaborazioni Ufficio di Statistica su dati di Fonte Anagrafica

Municipi	0-64	>64	Totale
I	127.324	43.004	170.328
II	126.450	41.960	168.410
III	156.547	49.285	205.832
XIII	102.825	30.542	133.367
XIV	150.738	41.262	192.000
XV	127.599	33.196	160.795
Totale	791.483	239.249	1.030.732

Numero di Presidi e Punti di Specialità - ASL Roma 1

Si è proceduto analizzando i dati dell'Archivio SIAS Anno 2018 - Onere SSN, escluso la Branca Laboratorio Analisi e pacchetti di prestazioni (APA, PAC, Dialisi e Medicina Sportiva).

Tabella 7

Archivio SIAS anno 2018 - Onere SSN - Escluso branca Laboratorio Analisi e pacchetti (APA, PAC, Medicina sportiva, Dialisi)

Comparto	Distretto	Presidi		Punti di specialità		N. medio di punti di specialità per presidio	
		N.	%	N.	%	ASL Roma 1	Target regionale*
A gestione diretta	1	17		169		9,9	
	2	7		58		8,3	
	3	7		58		8,3	
	13	10		57		5,7	
	14	6		74		12,3	
	15	8		67		8,4	
	Totale		55	39,3	483	58,1	8,8
Privato accreditato	1	18		47		2,6	
	2	20		24		1,2	
	3	17		45		2,6	
	13	10		25		2,5	
	14	5		13		2,6	
	15	6		14		2,3	
	Totale		76	54,3	168	20,2	2,2
Classificato	1	1		22		22,0	
	2						
	3						
	13	1		9		9,0	
	14	1		19		19,0	
	15	1		18		18,0	
	Totale		4	2,9	68	8,2	17,0
AO - PU - IRCCS	1	1		26		26,0	
	2	1		27		27,0	
	3						
	13	1		7		7,0	
	14	1		26		26,0	
	15	1		27		27,0	
	Totale		5	3,6	113	13,6	22,6
Totale	1	37		264		7,1	
	2	28		109		3,9	
	3	24		103		4,3	
	13	22		98		4,5	
	14	13		132		10,2	
	15	16		126		7,9	
	Totale		140	100,0	832	100,0	5,9

* Decreto del Commissario ad acta 15 marzo 2018, n. U00073 "Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio. Stima del fabbisogno. Approvazione documento tecnico" - Allegato A - Tabella 3 (dati anno 2015)

Si rileva che sono presenti complessivamente 140 presidi, di cui circa il 40% a gestione diretta, le AO e Policlinici Universitari costituiscono il 3,6%, circa il 54% è costituito da privati accreditati ed il restante circa 3% dai Classificati.

I punti di specialità complessivi ammontano a n. 836. Per quanto riguarda il numero medio di punti di specialità per presidio risulta pari a 5,9 a livello aziendale (il dato a livello regionale di 7,7 fonte DEP Anno 2015), con numero di punti medio per le strutture a gestione diretta pari a 8,7 vs un n medio di punti di 22,6 per le AO, PU e IRCCS.

Produzione Prestazioni critiche - ASL Roma 1

Complessivamente la Asl ha erogato nel 2018 n 1.312.510 prestazioni critiche, di cui il 48,7% a residenti. In particolare, come descritto da tabella e grafico sottostante:

- Strutture a gestione diretta 31,4%, di cui circa il 63% ai residenti;
- Strutture private accreditate 11,2%, di cui circa il 72% ai residenti;
- Strutture classificate 12,6%, di cui circa il 51% ai residenti;
- AO, PU IRCCS 44,8%, di cui circa il 32% ai residenti

Tabella 8

	Residenti		Non Residenti		Totali	
	N.	% riga	N.	% riga	N.	% colonna
A gestione diretta	259.305	62,9	152.658	37,1	411.963	31,4
Privato accreditato	106.145	72,2	40.940	27,8	147.085	11,2
Classificato	84.590	51,1	81.079	48,9	165.669	12,6
AO - PU - IRCCS	189.274	32,2	398.519	67,8	587.793	44,8
Totale	639.314	48,7	673.196	51,3	1.312.510	100,0

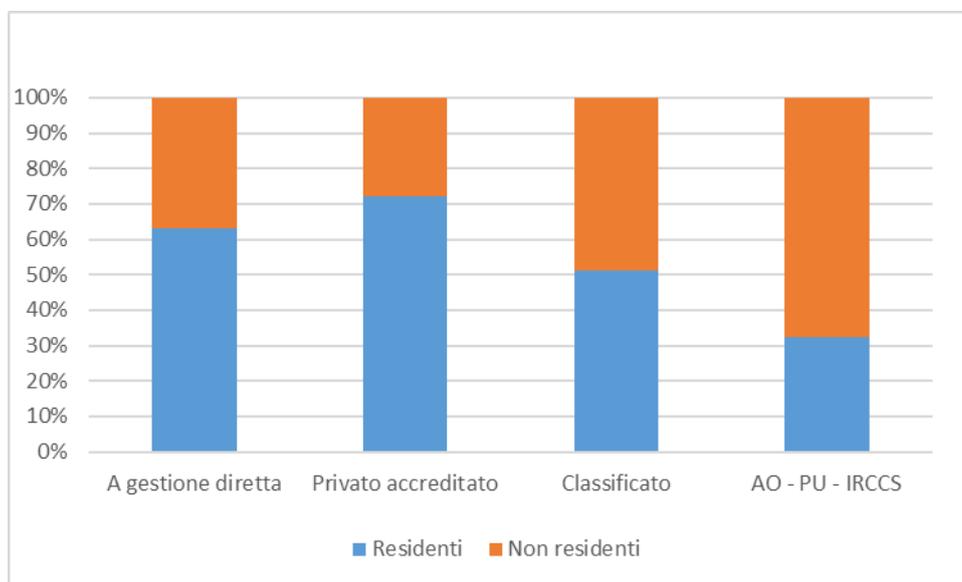


Grafico 1

Produzione Prestazioni critiche a residenti della ASL Roma 1

Si rileva, come da tabella e grafico seguenti, che i nostri residenti hanno usufruito di prestazioni critiche erogate in strutture collocate nel territorio aziendale in circa il 79,3% dei casi. Con una variabilità che va dal 94% per la visita fisiatrica, al 48% per la RM della colonna in toto. Complessivamente hanno richiesto n. 805.896 prestazioni critiche.

Tabella 9

		N.	%	
Strutture ASL	A gestione diretta	259.305	40,6	
	Privato accreditato	106.145	16,6	
	Classificato	84.590	13,2	
	AO - PU - IRCCS	189.274	29,6	
	Totale entro ASL	639.314	100,0	79,3
Strutture fuori ASL	Altre ASL	99.021	59,4	
	Altri AO - PU - IRCCS	67.561	40,6	
	Totale fuori ASL	166.582	100,0	20,7
	Totale	805.896		100,0

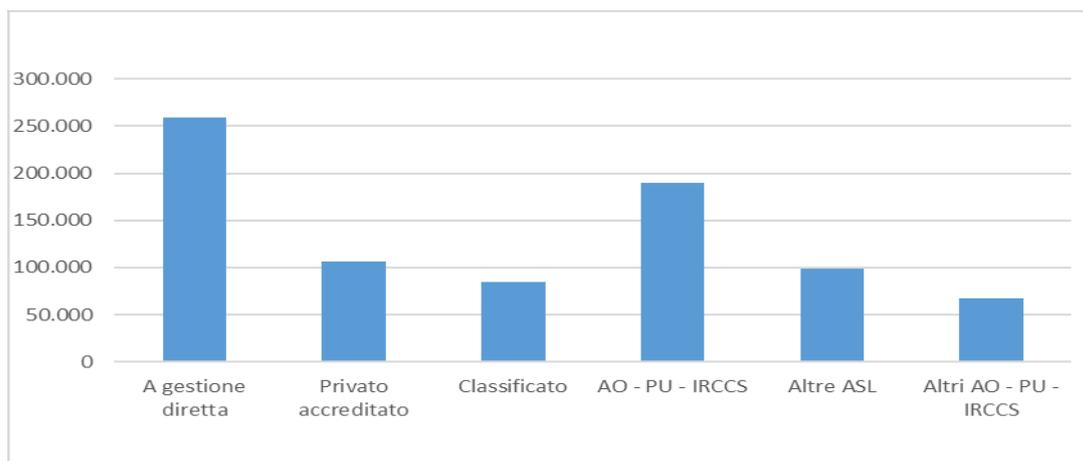


Grafico 2

Analisi dati a livello distrettuale

Al fine di delineare la relazione tra domanda ed offerta a livello distrettuale, si è proceduto ad effettuare un'analisi per prestazioni critiche. Di seguito si riporta a titolo esemplificativo l'analisi riferita alla visita cardiologica e al gruppo di prestazioni di RMN.

VISITA CARDIOLOGICA

Si rappresenta, come da tabelle e grafici sottostanti, che per la *Prima visita cardiologica* a fronte di una produzione complessiva della Asl Roma 1 di n. 65.253, la domanda dei residenti è pari a 47.599 di cui l'83% soddisfatta da strutture del territorio.

Tabella 10

		Residenti		Non	Totali
		N.	%	N.	N.
Strutture ASL	Strutture ospedaliere a gestione diretta*	2.826	5,9	2.667	5.493
	Strutture distrettuali a gestione diretta	15.573	32,7	5.574	21.147
	Privato accreditato	12.494	26,2	4.052	16.546
	Classificato	3.646	7,7	3.770	7.416
	AO - PU - IRCCS	4.889	10,3	9.762	14.651
	Totale entro ASL	39.428	82,8	25.825	65.253
Strutture fuori ASL	Altre ASL	4.318	9,1		
	Altri AO - PU - IRCCS	3.853	8,1		
	Totale fuori ASL	8.171	17,2		
	Totale	47.599	100,0		

* Santo Spirito (102100), Oftalmico (102000), San Filippo Neri (285*), Nuovo Regina Margherita (110301), Sant'Anna (200501)

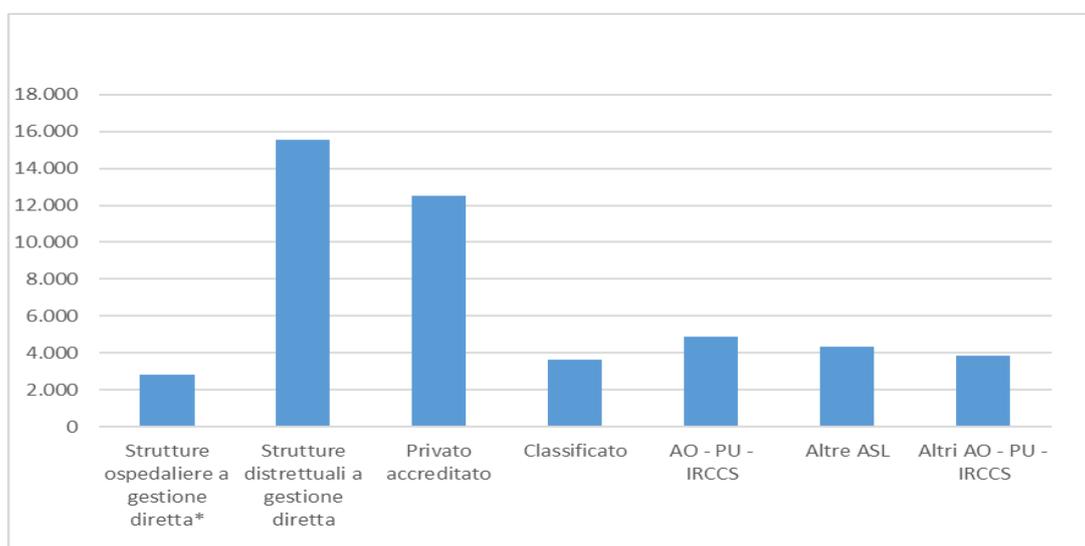


Grafico 3

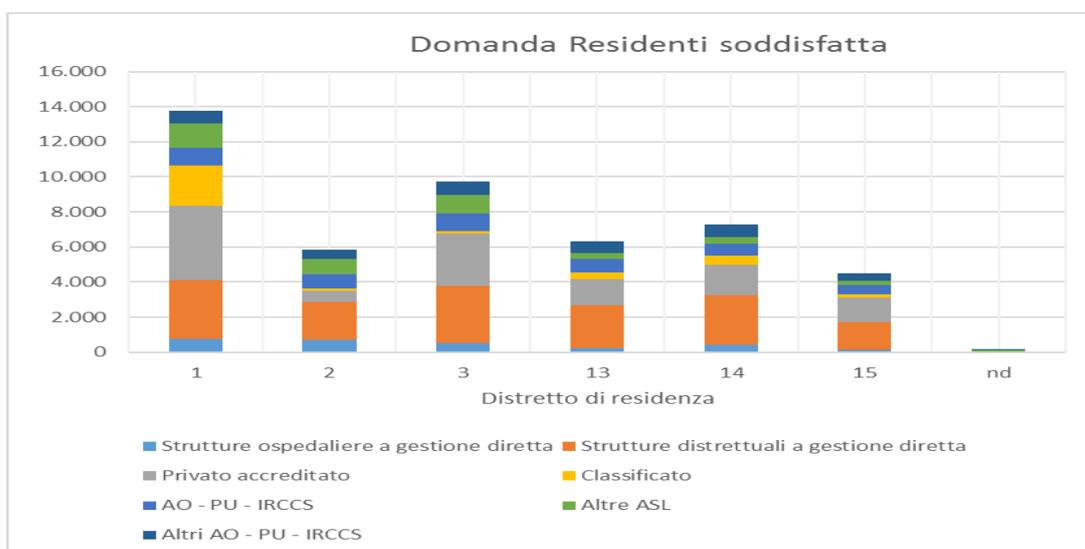


Grafico 4

Nella tabella che segue sono riportati i volumi di prestazioni di visita cardiologica erogate ai residenti, ponendo in correlazione il distretto di residenza con l'ubicazione distrettuale della struttura erogatrice. Dai dati si evince che è ricorrente il soddisfacimento della domanda di prestazioni dei residenti principalmente dalle strutture erogatrici ubicate nello stesso distretto di residenza, con percentuali che variano dal 56,4% di domanda soddisfatta nello stesso distretto per il Distretto 15 al 36,3% di domanda soddisfatta nello stesso distretto di residenza per il Distretto 13.

Tabella 11

Volumi di prestazioni a residenti								
Distretto Struttura	Distretto Residenza							Totale
	1	2	3	13	14	15	nd	
1	5.259	745	534	1.159	967	481	11	9.156
2	1.068	3.000	1.754	111	147	295	23	6.398
3	2.686	385	5.035	12	33	48	10	8.209
13	1.840	49	49	2.292	682	122	3	5.037
14	229	98	133	1.514	3.909	357	4	6.244
15	584	184	406	213	468	2.527	2	4.384
altro	2.091	1.407	1.843	1.020	1.078	651	81	8.171
Totale	13.757	5.868	9.754	6.321	7.284	4.481	134	47.599
	38,2%	51,1%	51,6%	36,3%	53,7%	56,4%		

Si è proceduto, inoltre, all'analisi della produzione delle strutture erogatrici per Distretto di afferenza; la seguente tabella riporta le prime cinque strutture per Volume di produzione di ogni Distretto.

Tabella 12

Distretto Struttura	Struttura	Volumi	% cum.
Distretto 1	POL. OSP. FATEBENEFRAPELLI	3.860	25,4
	CASA DELLA SALUTE PRATI-TRIONFALE	2.033	34,2
	POL. LUZZATTI	1.987	45,7
	POL. OSP. NUOVO REGINA MARGHERITA	1.910	56,8
	AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOLORATA	1.610	66,1
Distretto 2	POL.UNIV. UMBERTO I	6.917	49,9
	POL. CIRCONVALLAZIONE NOMETANA	1.924	63,8
	CENTRO TUTELA SALUTE DONNA S.ANNA	1.810	76,8
	POL. TAGLIAMENTO	1.608	88,4
	BIOS S.P.A.	754	93,9
Distretto 3	POL. DINA GALLI	2.366	21,5
	C C VILLA TIBERIA HOSPITAL s.r.l	2.125	40,9
	NARGI MAURIZIO	1.383	53,4
	MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	1.329	65,5
	VILLA VALERIA POLIAMBULAT.	942	74,1
Distretto 13	OSP. S. CARLO DI NANCY	2.294	30,5
	I.D.I.	1.187	46,3
	S. FELICIANO	826	57,2
	NOSTRA SIGNORA S. CUORE	719	66,8
	BOCCEA	666	75,6
Distretto 14	S. ZACCARIA	2.148	24,5
	POL.UNIV.A.GEMELLI	1.601	42,7
	A.C.I.S.M.O.M. CENTRO ANTIDIABETICO	1.101	55,3
	OSPEDALE CRISTO RE	939	66,0
	S.MARIA DELLA PIETA'	905	76,3
Distretto 15	AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	2.908	42,4
	NUOVA VILLA CLAUDIA	1.750	67,9
	TOR DI QUINTO	736	78,6
	ENEA CASACCIA	459	85,3
	MINISTERO AFFARI ESTERI	378	90,8

Inoltre, sempre per la prestazione di *Prima Visita Cardiologica*, per ciascun Distretto si è effettuata un'analisi relativa alle strutture in cui è stata soddisfatta la domanda espressa dal residente di ciascun Distretto.

Nella tabella sono riportate le prime cinque strutture erogatrici per volume di produzione in cui è stata rivolta la domanda

Tabella 13

Distretto Residenza	Struttura	Volumi	% cum.
Distretto 1	OSP. S. CARLO DI NANCY	1.544	11,2
	MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	1.255	20,3
	C C VILLA TIBERIA HOSPITAL s.r.l	988	27,5
	POL. LUZZATTI	683	32,5
	U.S.I.	680	37,4
Distretto 2	POL. CIRCONVALLAZIONE NOMENTANA	739	12,6
	POL.UNIV. UMBERTO I	646	23,6
	POL. TAGLIAMENTO	629	34,3
	CENTRO TUTELA SALUTE DONNA S.ANNA	584	44,3
	POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'	472	52,3
Distretto 3	POL. DINA GALLI	1.494	15,3
	NARGI MAURIZIO	1.061	26,2
	VILLA VALERIA POLIAMBULAT.	698	33,4
	POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'	696	40,5
	POL.UNIV. UMBERTO I	611	46,8
Distretto 13	POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'	601	9,5
	S. ZACCARIA	589	18,8
	S. FELICIANO	501	26,8
	I.D.I.	482	34,4
	CASA DELLA SALUTE PRATI-TRIONFALE	365	40,2
Distretto 14	S. ZACCARIA	1.066	14,6
	POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'	693	24,1
	VILLA CHIARA	626	32,7
	A.C.I.S.M.O.M. CENTRO ANTIDIABETICO	592	40,9
	S.MARIA DELLA PIETA'	516	48,0
Distretto 15	NUOVA VILLA CLAUDIA	1.147	25,6
	POLIAMBULATORI BAMBINO GESU'	381	34,1
	AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	377	42,5
	TOR DI QUINTO	319	49,6
	CASA DELLA SALUTE LABARO-PRIMA PORTA	249	55,2

RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE

(si intende il gruppo di prestazioni con codici nomenclatore: 88.91.1 - 88.91.2 - 88.95.4 - 88.95.5 - 88.93 - 88.93.1)

Tra le prestazioni strumentali, si evidenzia, come da tabella e grafici seguenti, che la *RMN* a fronte di una produzione complessiva della Asl Roma 1 di n. 53.668 prestazioni, la domanda dei residenti è pari a 37.642 di cui il 63% soddisfatta da strutture del territorio.

Tabella 14

		Residenti		Non	Totali
		N.	%	N.	N.
Strutture ASL	Strutture ospedaliere a gestione diretta*	1.314	3,5	1.246	2.560
	Strutture distrettuali a gestione diretta	0	0,0	0	0
	Privato accreditato	13.932	37,0	12.687	26.619
	Classificato	2.915	7,7	3.178	6.093
	AO - PU - IRCCS	5.497	14,6	12.899	18.396
	Totale entro ASL	23.658	62,9	30.010	53.668
Strutture fuori ASL	Altre ASL	9.999	26,6		
	Altri AO - PU - IRCCS	3.985	10,6		
	Totale fuori ASL	13.984	37,1		
	Totale	37.642	100,0		

* Santo Spirito (102100), Oftalmico (102000), San Filippo Neri (285*), Nuovo Regina Margherita (110301), Sant'Anna (200501)

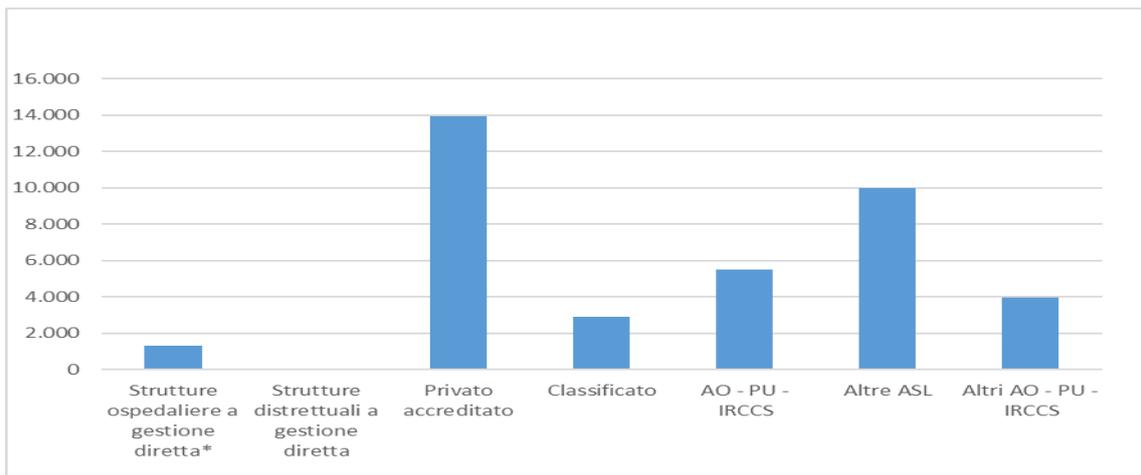


Grafico 5

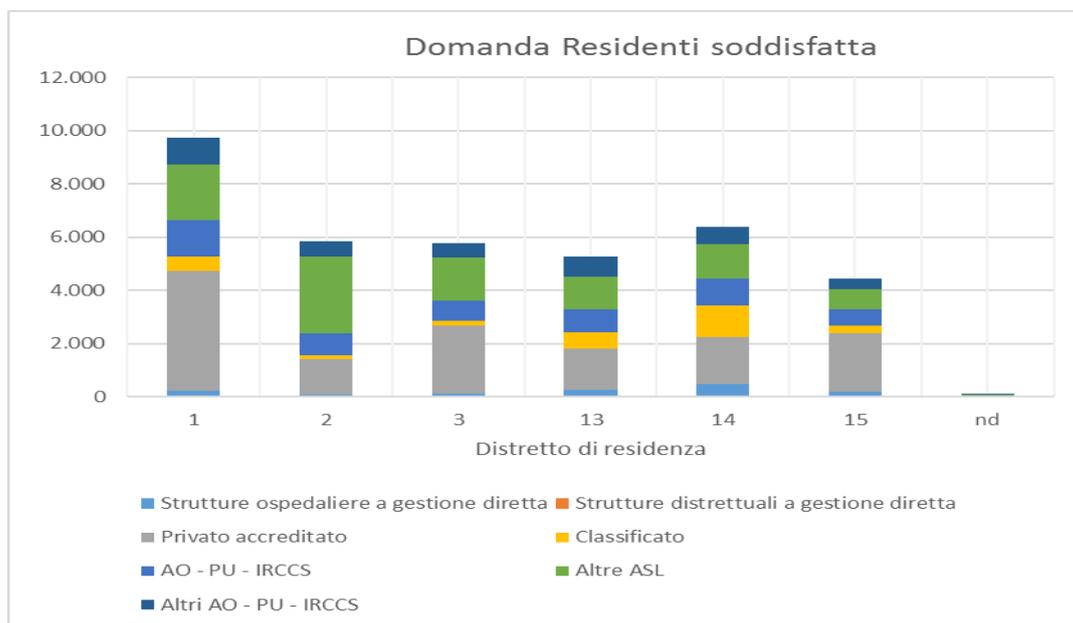


Grafico 6

Nella tabella che segue sono riportati i volumi di prestazioni di RNM erogate ai residenti, ponendo in correlazione il distretto di residenza con l'ubicazione distrettuale delle strutture erogatrici. Dai dati si evince che il soddisfacimento della domanda di prestazioni dei residenti si realizza in strutture erogatrici ubicate al di fuori del distretto e della Asl di residenza, con la sola eccezione dei distretti 3 e 15.

Tabella 15

Volumi di prestazioni a residenti								
Distretto Struttura	Distretto Residenza							Totale
	1	2	3	13	14	15	nd	
1	2.700	541	369	1.088	473	495	10	5.676
2	231	370	295	104	87	84	1	1.172
3	2.313	741	2.247	124	224	170	1	5.820
13	342	71	46	650	302	81	-	1.492
14	332	147	225	761	1.874	361	-	3.700
15	714	502	439	571	1.490	2.082	-	5.798
altro	3.101	3.477	2.172	1.987	1.955	1.185	107	13.984
Totale	9.733	5.849	5.793	5.285	6.405	4.458	119	37.642
	27,7%	6,3%	38,8%	12,3%	29,3%	46,7%		

Si è proceduto, inoltre, all'analisi della produzione delle strutture erogatrici per Distretto di afferenza; la seguente tabella riporta le prime cinque strutture per Volume di produzione di ogni Distretto.

Tabella 16

Distretto Struttura	Struttura	Volumi	% cum.
Distretto 1	U.S.I.	5.357	38,8
	AZIENDA OSPED. S.GIOV./ADDOLORATA	4.581	72,0
	POL. OSP. FATEBENEFRATELLI	2.674	91,4
	OSPEDALE S. SPIRITO	774	97,0
	POL. OSP. NUOVO REGINA MARGHERITA	413	100,0
Distretto 2	POL.UNIV. UMBERTO I	4.825	100,0
Distretto 3	CASA DI CURA VILLA DOMELIA SRL	4.398	42,0
	STUDIO POLISP. NOMENTANO	3.328	73,8
	MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	2.746	100,0
Distretto 13	I.D.I.	2.239	63,9
	AURELIA HOSPITAL	1.265	100,0
Distretto 14	POL.UNIV.A.GEMELLI	3.926	47,4
	OSPEDALE CRISTO RE	2.824	81,5
	SF PRESIDIO SAN FILIPPO NERI	1.373	98,1
	COLUMBUS	161	100,0
Distretto 15	RADIOLOGICA ROMANA	5.366	42,0
	NUOVA VILLA CLAUDIA	4.159	74,5
	AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	2.664	95,3
	OSP. S. PIETRO	595	100,0

Inoltre, sempre per la specifica prestazione di *RMN*, per ciascun Distretto si è effettuata un'analisi relativa alle strutture in cui è stata soddisfatta la domanda espressa dal residente di ciascun Distretto.

Nella tabella sono riportate le prime cinque strutture erogatrici per volume di produzione in cui è stata rivolta la domanda

Tabella 17

Distretto Residenza	Struttura	Volumi	% cum.
Distretto 1	MEDICAL HOUSE VIGNE NUOVE SRL	2.057	21,1
	U.S.I.	1.836	40,0
	POL. OSP. FATEBENEFRATELLI	430	44,4
	AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	357	48,1
	I.D.I.	312	51,3
Distretto 2	STUDIO RADIOLOGICO GUIDONIA S.R.L.	1.432	24,5
	CASA DI CURA VILLA DOMELIA SRL	461	32,4
	POL.UNIV. UMBERTO I	370	38,7
	NUOVA VILLA CLAUDIA	317	44,1
	STUDIO POLISP. NOMENTANO	265	48,6
Distretto 3	CASA DI CURA VILLA DOMELIA SRL	1.515	26,2
	STUDIO POLISP. NOMENTANO	726	38,7
	POL.UNIV. UMBERTO I	295	43,8
	POLICLINICO CASILINO	288	48,7
	C.D.C. NCL - ISTITUTO DI NEUROSCIENZE SRL	235	52,8
Distretto 13	U.S.I.	800	15,1
	I.D.I.	493	24,5
	OSPEDALE CRISTO RE	478	33,5
	IRCCS SAN RAFFAELE	331	39,8
	VILLA SANDRA	320	45,8
Distretto 14	RADIOLOGICA ROMANA	1.075	16,8
	OSPEDALE CRISTO RE	983	32,1
	POL.UNIV.A.GEMELLI	513	40,1
	SF PRESIDIO SAN FILIPPO NERI	322	45,2
	NUOVA VILLA CLAUDIA	257	49,2
Distretto 15	NUOVA VILLA CLAUDIA	864	19,4
	RADIOLOGICA ROMANA	770	36,7
	U.S.I.	346	44,4
	AZIENDA OSPEDALIERA S.ANDREA	277	50,6
	OSP. S. PIETRO	171	54,5

3. Previsione di piani di comunicazione multicanale, coerenti con gli indirizzi concordati a livello regionale, indirizzati agli assistiti, ai prescrittori ed agli erogatori

Il piano di comunicazione multicanale previsto nel presente Piano Attuativo, declinato in coerenza con gli indirizzi regionali, si rivolge a tutti i portatori di interesse: il cittadino, i prescrittori e gli erogatori.

Il processo comunicativo che si rivolge al cittadino poggia sull'obiettivo di garantire le informazioni necessarie e opportune perché possa accedere ai servizi e fruirne con "consapevolezza" per l'affermazione del proprio diritto alla salute.

Il processo comunicativo che si rivolge ai prescrittori e agli erogatori punta a migliorare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa perché il cittadino possa avere garanzie e tempi di attesa appropriati rispetto al bisogno di salute e alle necessità assistenziali.

Il piano di comunicazione coinvolgendo, dunque, tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, orientamento, accompagnamento, formazione, relazioni con il pubblico, relazioni sindacali, flussi informativi, rapporti con i prescrittori e gli erogatori, intende implementare le strategie di comunicazione già messe in campo nel passato, in particolare rispetto ai seguenti punti:

1. modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per le urgenze e per i percorsi di presa in carico e le relative funzioni di accoglienza;
2. informazione ai cittadini circa la responsabilità derivante dall'obbligo di "disdettare" preventivamente una prenotazione;
3. informazione e confronto con i medici prescrittori (in particolare, sulle caratteristiche cliniche da associare alle diverse classi di priorità e sul corretto utilizzo della diagnostica per immagini ad alto costo), in tema di appropriatezza prescrittiva;
4. sull'informazione e le collaborazioni con il sistema di erogazione, in tema di appropriatezza organizzativa.

3.1 La comunicazione al cittadino

Tutta l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa ruota attorno ai due principi cardine della "partecipazione" e della "trasparenza".

La Partecipazione.

I cittadini singoli e organizzati hanno un ruolo determinante nel collaborare con l'Azienda nel processo di promozione dello stato di salute e di benessere della comunità. Il tema comunicativo delle liste d'attesa si inserisce nel più ampio sistema di relazioni con i cittadini volto a promuovere salute e benessere, a garantire e tutelare l'informazione, l'accesso e l'uso appropriato dei servizi, improntati all'equità e alla trasparenza.

Sul versante del cittadino organizzato, la ASL Roma 1, è dotata di un "dialogo permanente", attraverso i diversi organismi di tutela e di rappresentanza, organizzati in Tavoli e Consulte. Associazioni, organismi di tutela e di volontariato, protagonisti di processi di partecipazione e valutazione civica rappresentano una rilevante risorsa per il processo comunicativo che impegna l'Azienda.

Nello specifico, il "Tavolo Misto Permanente per la Partecipazione" è caratterizzato dalla presenza di una componente civica e una aziendale. La componente civica vede al Tavolo i rappresentanti delle associazioni dei cittadini, sia impegnate in audit civici e di tutela, che espressione delle diverse aree di fragilità e patologie, come pure diverse associazioni di volontariato impegnate in ambito sociosanitario. Il Tavolo si riunisce mensilmente e alcuni componenti fanno parte anche dell'Osservatorio Aziendale sulle Liste d'attesa, all'interno del quale si sono da tempo consolidate relazioni efficaci.

A questo organismo di partecipazione e consultazione si affiancano nella ASL Roma 1:

- la Consulta permanente per le persone con disabilità,
- la Consulta della Salute Mentale e, più recentemente,
- la Consulta per la Salute delle comunità migranti.

I diversi organismi sono impegnati nel monitoraggio attento degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, con particolare attenzione alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, come al diritto all'informazione e all'accesso alle cure.

Nella relazione con il cittadino, ad integrazione e sostegno della campagna di comunicazione regionale, l'Azienda avrà cura di sviluppare diverse attività informative e comunicative.

L'informazione strutturata, improntata alla massima chiarezza e semplificazione, interessa le norme che regolano la prenotazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie e alle corrette modalità di disdetta.

Lo sviluppo e il rafforzamento del processo comunicativo si avvale di una comunicazione multicanale (on line e off line) attraverso diverse azioni:

- attività di informazione, orientamento e accompagnamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), attivi nei Presidi Ospedalieri aziendali;
- attività di supporto informativo e di orientamento a cura delle "UOC Accoglienza e Tutela della Salute" distrettuali;
- attività di informazione e supporto a cura dei Punti Unici di Accesso (PUA), presenti nelle Case della Salute;
- attività di Informazione presso gli Sportelli CUP;
- azioni di "offerta attiva" di informazioni in punti informativi strategici sul territorio della ASL (Mercati, Municipi...), a cura del team dedicato della UOC aziendale "Accoglienza, Umanizzazione e Relazioni con i cittadini" che ha in carico i rapporti con il cittadino, sia singolo che organizzato;
- implementazione e aggiornamento della sezione dedicata sul sito web aziendale (www.aslroma1.it), dove è garantita anche un'informazione puntuale sul sistema complessivo dell'offerta e sulla sua accessibilità, al fine di permettere al cittadino una ricerca autonoma e semplificata dell'offerta sanitaria;
- rafforzamento della Comunicazione sui Canali Social (Twitter, Facebook, YouTube, Instagram);
- realizzazione di Locandine, Brochure, Carte dei servizi, rese disponibili nei Poliambulatori, Case della Salute, Sportelli CUP, Sale d'attesa dei Presidi sanitari e Ospedalieri, Studi MMG e Pediatri LS ...;
- incontri "dedicati" con utenti e associazioni di tutela e di volontariato e target specifici di portatori di interesse.

Il fenomeno delle liste d'attesa assume una rilevanza particolare nella percezione del cittadino e nella rappresentazione pubblica, poiché viene sovradimensionato dalla condizione di ansia e d'incertezza che il cittadino vive, in virtù dell'attesa della prestazione.

Se l'informazione e la comunicazione tendono alla consapevolezza dei cittadini (empowerment), può mettersi in gioco una diffusa disponibilità a considerare positivamente un sistema di accesso alle cure strutturato per classi di priorità, in ragione alla diversa gravità delle condizioni di salute.

In questa prospettiva, la ASL Roma 1 sta valutando, coerentemente con le risorse a disposizione, l'attivazione di un canale di comunicazione interattivo inerente la tematica, per poter ascoltare i dubbi, le domande, le problematiche e dare una restituzione sostenibile.

La trasparenza

Riveste particolare importanza il sito web Aziendale attraverso il quale comunicare periodicamente i risultati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare relative a rilevazioni aziendali delle settimane indice e report di monitoraggio aziendali.

I cittadini saranno tempestivamente informati, sui tempi d'attesa, oltre che dai canali on line regionale, attraverso la rete degli ambulatori ospedalieri e territoriali ma anche degli MMG e PLS, destinatari di periodici e dettagliati report sui tempi di attesa, da parte della ASL Roma 1, perché possano svolgere una funzione opportuna di orientamento assistenziale.

Le stesse riunioni delle varie consultazioni, in continuità, con quanto già sperimentato nel corso degli anni, saranno occasione di comunicazioni sulle attività aziendali connesse alla gestione delle liste di attesa circa l'accessibilità, l'offerta, le diverse sedi di erogazione delle prestazioni e i tempi.

Gli organismi di partecipazione saranno coinvolti nel supporto a iniziative di particolare significato adottate per il contenimento dei tempi e delle liste di attesa.

Per migliorare l'esistente e dare piena applicazione alle indicazioni regionali, l'Azienda renderà disponibili presso le sedi URP, i Punti Unici di Accesso (P.U.A.), il sito internet aziendale, gli sportelli CUP e gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta un "set minimo di informazioni" riguardanti:

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmato, oggetto del presente piano attuativo e relativi tempi massimi previsti;
- l'elenco dei punti di erogazione e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- gli ambiti territoriali, concertati a livello regionale ed integrati nel sistema ReCUP, all'interno dei quali garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa in rapporto alla classe di priorità;
- l'organizzazione e l'articolazione delle prestazioni sulla base delle priorità cliniche;
- le condizioni di completezza delle informazioni che il prescrittore è tenuto ad indicare per la corretta individuazione del livello di priorità della prestazione;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi di attesa;
- le modalità di accesso alla libera professione intramuraria;
- l'accessibilità e le procedure per suggerimenti, reclami, disdetta e altre informazioni utili per l'utente;
- il corretto utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini e le responsabilità degli stessi: obbligo di disdetta delle prestazioni, condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo di attesa.

Una informazione più dettagliata potrà interessare:

- la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
- l'applicazione di "percorsi di tutela", che consentano, nel caso in cui venga superato il tempo massimo di attesa, al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in "Classe di priorità", la possibilità di ricevere comunque la prestazione, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

3.2 La comunicazione e il confronto con i prescrittori e gli erogatori

Appropriatezza prescrittiva e organizzativa

Saranno promosse azioni di miglioramento per l'appropriatezza prescrittiva dei Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta in collaborazione con i Distretti, finalizzate a garantire l'uniformità prescrittiva. Si garantirà un aggiornamento continuo sulle novità in tema di congruità e appropriatezza prescrittiva, attraverso comunicazioni via mail diffuse a tutti i prescrittori.

I Distretti avranno cura di organizzare momenti di confronto e discussione con la medicina convenzionata in tema di gestione e governance del sistema rivolto al contenimento delle liste d'attesa. Pertanto, con modalità multicanale (che coniuga strumenti più classici di natura divulgativa con strumenti digitali più attuali, caratterizzati da una informazione più tempestiva, capillare e interattiva), l'ASL Roma 1 avrà cura di veicolare le informazioni presso tutti gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le strutture sanitarie aziendali anche in questo caso con modalità "on line" e "off line".

La ASL Roma 1 avrà cura di verificare e monitorare che gli Erogatori privati accreditati siano dotati di strumenti pianificati per informare i cittadini tramite carte dei servizi ed eventuali note informative riguardo i tempi di attesa nei diversi punti di prenotazione.

4. Governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione e della separazione dei canali (Primo accesso e accesso successivo)

La distinzione tra primo accesso e accesso successivo è aspetto decisivo per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa, come dimostrano la letteratura più recente e le esperienze più consolidate in ambito nazionale.

In accordo con i precedenti Piani Aziendali, la ASL Roma 1 identifica due tipologie di accesso:

- a) primo accesso;
- b) accesso successivo.

La distinzione - qualificata con l'indicazione della "Tipologia di Accesso" a cura del medico prescrittore in qualsiasi struttura operante, - discende dalla diversa composizione della domanda di prestazioni in termini di tipologia di utenza e volume della domanda.

Al fine di ottimizzare l'organizzazione dell'offerta delle prestazioni e garantire una corretta gestione delle diverse classi di priorità si richiamano, di seguito, le definizioni di primo accesso e controllo.

a) Prestazioni di "Primo Accesso"

Sono le visite, e le prestazioni diagnostiche/terapeutiche, che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto.

Consideriamo come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici.

I tempi massimi di attesa, per le prime visite/prestazioni, vengono determinati in riferimento al sistema di classificazione, basato sull'assegnazione di classi di priorità, già previsto nel precedente PNGLA 2010-12, recepito dalla Regione Lazio con DCA 437/2013 e aggiornato con DCA 110/2017, tenendo conto delle modifiche apportate dal PNGLA 2019-21.

Prioritarizzazione del I accesso (riferimento p.4.1.2 "Adozione dei sistemi di prioritarizzazione" del Piano)

L'Azienda ha pressoché ultimato il processo di prioritarizzazione della propria offerta specialistica ambulatoriale, nell'ambito del sistema previsto dei DCA 431/13 e 110/17 e relative determinazioni regionali.

La attività di rimodulazione delle agende di prenotazione delle strutture a gestione diretta per classi di priorità, per tutte le discipline e per le sole discipline critiche (settimana indice 22/01/2018 - 28/01/2018 - fonte RECUP) sono riportate nelle tabelle che seguono:

Tabella 18

Tutte le Discipline	offerta per tipo accesso e classi di priorità				
	U	B	D	ORD/P	RITORNI
Allergologia	0,00%	0,00%	23,02%	32,96%	44,02%
Anestesia	0,00%	1,25%	8,75%	37,50%	52,50%
Angiologia	6,84%	11,13%	42,47%	2,02%	37,54%
Cardiologia	6,08%	11,36%	40,52%	12,16%	29,88%
Chirurgia Generale	4,42%	5,13%	27,95%	36,18%	26,32%
Chirurgia maxillo facciale	2,78%	5,56%	25,00%	0,00%	66,67%
Chirurgia Plastica	1,01%	5,53%	9,55%	75,38%	8,54%
Chirurgia Vascolare	9,51%	9,23%	25,17%	42,95%	13,14%
Dermatologia	4,47%	11,39%	50,57%	8,91%	24,66%
Ematologia	0,92%	0,55%	5,50%	49,08%	43,94%
Gastroenterologia	6,02%	11,25%	32,66%	30,61%	19,47%
Geriatria	0,00%	0,00%	2,30%	57,27%	40,43%
Malattie endocrine, del ricambio e nutrizione	4,08%	4,41%	16,82%	31,02%	43,66%
Malattie infettive tropicali	0,00%	0,00%	0,00%	66,67%	33,33%
Medicina generale	1,42%	3,08%	12,18%	30,74%	52,57%
Nefrologia	4,90%	0,70%	8,22%	40,73%	45,45%
Neurochirurgia	11,54%	15,38%	50,00%	0,00%	23,08%
Neurologia	3,27%	9,07%	35,98%	27,76%	23,93%
Oculistica	4,43%	9,28%	37,49%	31,68%	17,13%
Odontoiatria e Stomatologia	2,42%	0,47%	4,56%	89,84%	2,71%
Oncologia	2,43%	0,42%	3,27%	49,89%	43,99%
Ortopedia e Traumatologia	4,76%	9,83%	43,29%	17,11%	25,00%
Ostetricia e Ginecologia	4,06%	7,07%	38,75%	30,55%	19,57%
Otorinolaringoiatria	5,35%	14,33%	59,61%	5,73%	14,97%
Pneumologia	4,05%	7,48%	26,26%	51,35%	10,86%
Radiologia	6,48%	11,85%	53,57%	15,94%	12,16%
Recupero e riabilitazione funzionale	0,85%	1,86%	7,13%	47,95%	42,21%
Reumatologia	3,09%	2,17%	22,36%	21,12%	51,26%
Risonanza Magnetica	0,00%	13,64%	68,83%	0,00%	17,53%
Urologia	8,51%	11,74%	52,17%	5,15%	22,43%
Totale complessivo	4,27%	7,68%	31,83%	31,52%	24,70%
settimana indice 22/01/2018 - 28/01/2018					
fonte dati: DB ReCUP					

Tabella 19

Discipline critiche	offerta per tipo accesso e classi di priorità				
	U	B	D	ORD/P	RITORNI
Angiologia	6,84%	11,13%	42,47%	2,02%	37,54%
Cardiologia	6,08%	11,36%	40,52%	12,16%	29,88%
Dermatologia	4,47%	11,39%	50,57%	8,91%	24,66%
Gastroenterologia	6,02%	11,25%	32,66%	30,61%	19,47%
Malattie endocrine, del ricambio e nutrizione	4,08%	4,41%	16,82%	31,02%	43,66%
Neurologia	3,27%	9,07%	35,98%	27,76%	23,93%
Oculistica	4,43%	9,28%	37,49%	31,68%	17,13%
Oncologia	2,43%	0,42%	3,27%	49,89%	43,99%
Ortopedia e Traumatologia	4,76%	9,83%	43,29%	17,11%	25,00%
Ostetricia e Ginecologia	4,06%	7,07%	38,75%	30,55%	19,57%
Otorinolaringoiatria	5,35%	14,33%	59,61%	5,73%	14,97%
Pneumologia	4,05%	7,48%	26,26%	51,35%	10,86%
Recupero e riabilitazione funzionale	0,85%	1,86%	7,13%	47,95%	42,21%
Urologia	8,51%	11,74%	52,17%	5,15%	22,43%
Totale complessivo	4,44%	8,41%	32,92%	25,93%	28,30%
settimana indice 22/01/2018 - 28/01/2018					

Pertanto le agende di prenotazione risultano essere segmentate nelle quattro classi previste:

- **classe U** (Urgente), prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **classe B** (urgenza Breve) prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- **classe D** (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- **classe P** (Programmabile), prestazione da eseguire entro 180 giorni (entro 120 giorni dal 1/1/2020).

Funzionale a questa ristrutturazione, è stata l'azione svolta su tutti i medici prescrittori circa l'obbligatorietà di inserire nella ricetta:

- l'indicazione del grado di urgenza (classe di priorità) della prestazione;
- la diagnosi o il quesito diagnostico;
- l'indicazione della tipologia della prestazione (primo accesso, accesso successivo).

La classe di priorità e il quesito diagnostico, infatti, sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa e ancor più con il provvedimento di avvio della ricetta dematerializzata (DM 2/11/2011)

L'Azienda già effettua, con costanza e periodicità definita, una attenta azione di monitoraggio sulle agende di prenotazione – sia su quelle di nuova attivazione sia su quelle già in essere – in modo che siano correttamente segmentate e che non subiscano variazioni in corso di utilizzo.

Su tale aspetto verranno assegnati specifici obiettivi di budget a livello aziendale.

L'impegno maggiore sarà, però, quello rivolto all'analisi sul livello di concordanza tra l'indicazione della classe priorità individuata dai prescrittori nella ricetta, rispetto a quello suggerite dalle linee guida regionali approvate con il DCA 211/16, si tratta di un'attività, fin qui solo accennata in azienda, ma che si intende valorizzare in accordo con le scelte sui metodi di confronto che, eventualmente, saranno adottate a livello regionale.

Anche la diffusione della prescrizione della ricetta dematerializzata, quale parte più rilevante delle prescrizioni, rappresenterà un obiettivo aziendale entro il triennio di vigenza del presente piano.

La ASL Roma 1, effettua, da tempo, una attenta attività di monitoraggio, a cadenza periodica semestrale, delle prescrizioni mediante ricetta dematerializzata sia per prestazioni farmaceutiche che per prestazioni di specialistica ambulatoriale, dei MMG e PLS. Le elaborazioni, la cui fonte dati è rappresentata dagli archivi disponibili sul portale Tessera Sanitaria, comprendono per medico prescrittore MMG o PLS, suddivisi per distretto di appartenenza, al netto delle prescrizioni in mobilità che sono escluse automaticamente dal Sistema Tessera Sanitaria, i dati mensili:

- delle prescrizioni mediante ricetta dematerializzata;
- delle prescrizioni mediante ricette rosse ma prescrivibili in dematerializzata;
- % delle prescrizioni in dematerializzata rispetto al totale delle prescrizioni (si riporta, ad esempio la tabella sottostante).

Tabella 20

PRECRIZIONE MEDIANTE RICETTA DEMATERIALIZZATA												
Periodo: GIUGNO 2019												
Fonte Dati: Sistema Tessera Sanitaria, DWH Farmaceutico per il Distretto del Medico; in fondo sono elencati i medici a cui non è stato possibile associare il distretto												
DISTRETTO MEDICO	TIPO MEDICO	COGNOME	NOME	CF MEDICO	FARMACEUTICA		SPECIALISTICA		Tot Ricette Rosse	Totale DEM	Tot Ricette	% Dematerializzate trasmesse comma 5
					Ricette Rosse prescrivibili in DEM	DEM trasmesse comma 5	Ricette Rosse prescrivibili in DEM	DEM trasmesse comma 5				
1	Medico di Medicina Generale				45	843	21	82	66	925	991	93,3%
1	Medico di Medicina Generale				16	1.267	11	219	27	1.486	1.513	98,2%
1	Medico di Medicina Generale				74	1.242	40	203	114	1.445	1.559	92,7%
1	Medico di Medicina Generale				35	907	18	146	53	1.053	1.106	95,2%
1	Medico di Medicina Generale				21	764	25	140	46	904	950	95,2%
1	Medico di Medicina Generale				686	612	265	54	951	666	1.617	41,2%
1	Medico di Medicina Generale				185	666	50	228	235	894	1.129	79,2%
1	Medico di Medicina Generale				16	464	27	95	43	559	602	92,9%
1	Medico di Medicina Generale				20	1.597	52	299	72	1.896	1.968	96,3%

A fronte del completamento della rilevazione dei propri fabbisogni in termini di dotazione hardware presso i presidi ospedalieri e territoriali di erogazione a gestione diretta, si intensificherà l'azione di sensibilizzazione anche dei medici specialisti ospedalieri e territoriali, il cui ricorso alla dematerializzazione, sebbene monitorato, ad oggi, non raggiunge livelli sufficientemente adeguati.

Limitatamente alla specialistica ambulatoriale, nel periodo gennaio-giugno 2019, il ricorso alla prescrizione dematerializzata è riportato nella tabella che segue (fonte dati Sistema Tessera Sanitaria).

Tabella 21

Ricette ASL ROMA1 specialistica convenzionata 1 semestre 2019				
Prescrittori	Cartacee totali	Dematerializzate trasmesse comma 5	TOTALE	% Dematerializzate trasmesse comma 5
Medico di Medicina Generale	244.262	757.190	1.001.452	75,6%
Pediatria	4.458	23.132	27.590	83,8%
Altre Specializzazioni	791.328	102.782	894.110	11,5%
TOTALE	1.040.048	883.104	1.923.152	45,9%

b) Prestazioni di “Accesso successivo”

Le prestazioni di secondo accesso sono definite per differenza con quelle di primo accesso, e riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione oppure prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un PDTA a completamento del quadro diagnostico.

Nel caso non sia indicata nessuna delle due modalità, **la prestazione sarà considerata di controllo.**

5. Procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva

Un aspetto importante nel governo delle liste e dei tempi d'attesa è dato dalla capacità, da parte del SSR, di promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici, tenendo conto delle condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ai sensi del 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".

In particolare, il raggiungimento di questo obiettivo, è possibile mediante:

- il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta;
- l'utilizzo di modelli di governo clinico come ad esempio il sistema RAO, allegato C del PNGLA 2019-2021;
- l'adozione di Linee guida e Protocolli diagnostici, basati su evidenze di efficienza ed efficacia;
- l'implementazione di PDTA per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema, garantendo equità nei processi;
- l'interconnessione tra le reti regionali avviate, la rete territoriale e la medicina generale con percorsi di presa in carico.

Particolare rilievo si darà al ricorso degli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali.

In ogni caso, la valutazione periodica dell'appropriatezza prescrittiva nella specialistica ambulatoriale dovrà coinvolgere il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD) nell'individuare le aree di inappropriata, sia clinica sia organizzativa.

Le CAPD concorrono in maniera sostanziale alla sensibilizzazione, formazione/informazione e supporto di tutti i prescrittori, favorendo il conseguimento di comportamenti appropriati di natura clinica e organizzativa, con particolare riferimento all'attività prescrittiva.

Nell'ambito del governo dell'appropriatezza clinica, le Commissioni Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali contribuiscono al governo della domanda in termini di analisi e valutazione della appropriatezza e della qualità dell'assistenza per le prestazioni sanitarie erogate ai cittadini in carico ai medici del territorio di riferimento o alla popolazione residente.

A tal fine sarebbe utile e necessario rendere sempre più incisiva l'attuale ed importante azione della CAPD attraverso un aggiornamento normativo regionale con un coinvolgimento maggiore ed obbligatorio dei rappresentanti delle direzioni sanitarie delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali classificati e delle strutture accreditate che insistono sul territorio aziendale che influenzano profondamente l'attività di tutti i prescrittori (in particolare di quelli convenzionati).

Attualmente si registra l'adesione permanente alla CAPD della sola AOU Sant'Andrea, saranno intensificate da parte dell'Azienda Roma 1 le azioni per promuovere la partecipazione dei rappresentanti delle Direzioni Sanitarie delle strutture insistenti sul territorio aziendali coinvolte.

Nello specifico, le CAPD metteranno in atto procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino: l'utilizzo delle classi di priorità, la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico, la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli, la verifica della congruità circa l'uso delle priorità. Questo soprattutto attraverso la metodologia di Audit tra prescrittori ed erogatori.

La ASL Roma 1 inoltre ha sempre svolto una sistemica attività di monitoraggio dei dati dei flussi informativi disponibili relativi sia alla attività farmaceutica che alla specialistica ambulatoriale, ritenendola uno strumento fondamentale per il monitoraggio delle prestazioni

erogate e per l'assunzione di idonee iniziative per la razionalizzazione della spesa farmaceutica e specialistica.

In particolare i report prodotti per la spesa farmaceutica sono abitualmente utilizzati nel lavoro delle CAPD, per consentire a ciascun medico un percorso auto-valutativo ed anche per individuare i medici cosiddetti iperprescrittori rispetto ai valori della Azienda e del Distretto.

La prassi ormai consolidata dell'invio periodico ai MMG e ai PLS dei report sulla spesa farmaceutica sugli indicatori AIFA (oggi avviene direttamente dal DW aziendale sulla casella di posta del medico prescrittore) sarà integrata con l'invio di report con i dati di consumo dell'assistenza specialistica ambulatoriale nella ASL Roma 1, utilizzando per le elaborazioni l'archivio del Sistema Informativo Assistenza Specialistica (SIAS) e avendo come riferimento i soli residenti. I report potranno includere inoltre, informazioni sulla spesa ospedaliera e il pronto soccorso. Il report, condiviso con i prescrittori, potrà rappresentare infine un ulteriore strumento utile per lo sviluppo del futuro sistema di committenza e budget distrettuale.

5.1 Monitoraggio uso dei RAO

Per quanto riguarda l'utilizzo dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), l'Azienda attuerà un piano particolare di monitoraggio dell'uso di tale sistema, verificando:

- l'utilizzo delle classi di priorità;
- la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico;
- la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
- la verifica della congruità circa l'uso delle priorità, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori.

Ai soli fini del monitoraggio, l'adozione e il corretto uso delle classi di priorità, lo strumento che si intende utilizzare è il metodo della concordanza tra specialisti che erogano la prestazione e i prescrittori con il fattivo coinvolgimento delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD).

Il metodo prevede che l'erogatore valuti se il codice di priorità indicato sulla prescrizione sia congruo con il problema di salute presentato dal paziente/utente e con le indicazioni delle linee guida in materia.

Inoltre a livello aziendale – e in accordo con la Regione - verranno attivate iniziative di formazione/aggiornamento congiunte tra medici specialisti e medici convenzionati, al fine di potenziare conoscenze e collaborazioni utili a implementare l'appropriatezza anche attraverso il metodo di concordanza nella prioritarizzazione.

6. Azioni utili, sulle apparecchiature di alta diagnostica, per il raggiungimento dello standard di capacità produttiva di almeno l'80%;

L'Azienda provvederà ad eseguire una ricognizione sull'utilizzo delle apparecchiature con l'obiettivo di programmare ed ottimizzare, anche in relazione alle diverse tipologie di strutture erogatrici e ai diversi livelli assistenziali (attività di emergenza/urgenza, attività di ricovero e attività ambulatoriale) la produzione interna dell'Azienda (strutture a gestione diretta) tenendo conto della

vetustà di tali apparecchiature e della necessaria e indispensabile valutazione delle risorse di personale.

Potenziamento dell'offerta

Storicamente nella ASL Roma 1 si è inteso affrontare il problema del contenimento delle liste di attesa da diverse angolature anche in relazione al peculiare contesto in cui essa opera, intervenendo non tanto sul potenziamento dell'offerta, quanto sul lato della domanda e dell'efficienza organizzativa dell'offerta.

Gli assi portanti su cui si è agito sono stati:

- a) migliorare l'appropriatezza delle richieste;
- b) garantire le richieste con carattere di priorità secondo criteri clinici;
- c) fare sistema con le strutture che comunque operano sul territorio.

Per quanto riguarda l'offerta, l'Azienda si muove, pertanto, secondo una strategia che prevede di colmare l'eventuale gap, tra la stima del fabbisogno dei propri residenti e l'offerta, in relazione al fatto che la produzione delle strutture a gestione diretta costituisce una parte poco rilevante dell'offerta aziendale complessiva, attraverso la promozione di una efficace azione di committenza nei confronti dei soggetti erogatori che insistono sul territorio aziendale.

I recenti provvedimenti di budget, coerentemente con quanto sopra riportato, rafforzano il ruolo di committenza delle ASL, che possono, nell'ambito dei tetti massimi di finanziamento stabiliti a livello regionale e delle norme che regolano l'accreditamento, riprogrammare tipologia e volumi di prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni "critiche", da acquisire nell'ambito dei budget da assegnare a ciascun soggetto accreditato.

Il potenziamento dell'offerta potrà trovare spazi di valutazione solo dopo una analisi sull'attuale capacità di soddisfare la domanda da parte delle varie tipologie delle strutture dell'azienda, e nel suo insieme anche mediante l'utilizzo di indicatori locali (personale ogni 1000 abitanti, apparecchiature x 100000 abitanti, etc.), per ricercare eventuali squilibri nei consumi, legati a differenze del contesto socio-demografico, del quadro epidemiologico o della distribuzione dell'offerta.

In ultimo, potranno essere considerate, laddove risultasse opportuno e giustificato, incrementi dell'offerta di prestazioni attraverso la rimodulazione dinamica del monte ore indifferenziato della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna, destinando ore libere, o resesi tali, ad incrementi orari ad personam e/o pubblicazioni di turni.

Azioni di ricollocazione di alcune attività ambulatoriali sul territorio, che pur non aumentando in termini assoluti la produzione, ne aumentino l'equità di accesso, sono state considerate e in alcuni casi anche attuate, in alcuni casi rimangono limitazioni di intervento in relazioni a vincoli strutturali (sedi e ambienti disponibili).

7. Definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità anche attraverso PDTA, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Cronicità.

Con DCA 364/2015, Regione Lazio ha approvato le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo".

La cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

Con il progredire dell'età aumenta la comorbidità. La prevalenza della multimorbidità è presente nella popolazione generale in una quota del 20-30%; il dato cresce dal 55% al 98% nella popolazione anziana e nelle classi sociali disagiate. Il paziente cui ci si riferisce è spesso, ma non solo, una persona anziana, affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status socio-familiare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.). Questi pazienti hanno un rischio maggiore di aumentata frequenza e durata di ospedalizzazione, aumentato rischio di disabilità e non autosufficienza, peggiore qualità di vita e aumento della mortalità.

Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione delle complicanze e al miglioramento della qualità di vita.

Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di Percorsi Assistenziali in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, l'efficienza nell'uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza, centrata sui bisogni globali, non solo clinici.

Il "PDTA per Malattie Croniche" è uno dei progetti approvati nell'ambito del Master Plan della ASL Roma 1 2019-20 (delibera DG. 955 del 25-10-2019).

Il Progetto è correlato al Piano di riorganizzazione dei Distretti (Progetto 4 del Master Plan) e al Progetto di implementazione della Centrale Operativa Ospedale Territorio (C.O.O.T.) (Progetto 32 del Master Plan) avendo con entrambi obiettivi comuni.

Il progetto ha identificato 10 percorsi aziendali ritenuti prioritari: Sclerosi Multipla, BPCO, Diabete, Malattie Reumatologiche, Terapia del Dolore, Malattie della Tiroide, Scompenso Cardiaco, Casi Complessi Pediatrici, Ematologia e HCV.

Sono/saranno attivati prioritariamente 4 progetti pilota: Sclerosi Multipla (già attivo), BPCO, Scompenso Cardiaco, Casi Complessi Pediatrici (già attivo con l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù), da estendere ad altre strutture).

Azioni:

- Definizione protocollo assistenziale condiviso H/T e del modello organizzativo per ciascun PDTA
- Identificazione precoce delle persone a rischio/affette da patologia cronica e inserimento in un percorso finalizzato ad evitare o ritardare la comparsa e la progressione della malattia
- Promuovere l'approccio proattivo dei MMG/PdF nei confronti dei propri soggetti/pazienti a rischio
- Implementazione ambulatori Infermieristici ospedalieri e territoriali
- Segnalazione attraverso la Centrale Operativa Aziendale per la presa in carico e la continuità delle cure durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza, privilegiando, ove possibile, le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione
- Realizzazione di un sistema informativo per aiutare gli operatori coinvolti a condividere, efficacemente e tempestivamente, le informazioni necessarie per la gestione di un percorso di cura strutturato
- Monitoraggio con cadenza annuale, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia, utilizzando i flussi informativi correnti.

Inoltre, l'ASL Roma 1, ritenendo utile continuare a sviluppare, in continuità con quanto avvenuto in anni precedenti, progettualità finalizzate ad una migliore regolazione del rapporto fra domanda ed offerta in modo da favorire la riqualificazione di percorsi e prestazioni, piuttosto che rincorrere una domanda generica di incremento quantitativo di prestazioni specialistiche e strumentali ambulatoriali svincolate da qualsiasi percorso di appropriatezza, pone particolare attenzione a prestazioni “ critiche” riconducibili a percorsi definiti. Ad esempio, si fa riferimento alla prestazione di ecografia ostetrica nell'ambito del “Percorso nascita” o a prestazioni di ecografia mammaria e mammografia per le quali il problema dei lunghi tempi di attesa per l'esecuzione è da ricondurre a sovrapposizioni non appropriate di percorsi di offerta diagnostico – strumentali per gruppi di utenti distinti:

- donne asintomatiche, apparentemente non affette da patologia mammaria;
- donne con sintomatologia soggettiva positiva per patologia mammaria, o con obiettività clinica di patologia mammaria.

Nel corso dei primi mesi del 2019, valorizzando e riorganizzando in modo sistematico precedenti frammentarie esperienze, è stato attivato un Percorso Nascita nell'ambito della attività consultoriale con l'obiettivo di offrire un servizio, con un approccio di lavoro in equipe multidisciplinare, multiprofessionale e a forte integrazione territorio-ospedale, di presa in carico della donna nel periodo pre-concezionale, in gravidanza, nel travaglio, nel parto e successivamente durante il puerperio e l'allattamento, garantendo la continuità dell'assistenza e l'accesso ai servizi in un percorso semplice e ben delineato, capace di intercettare le situazioni di rischio connesse a fattori clinici o psico-sociali e indirizzarle al livello assistenziale adeguato (ad es. per patologie specifiche nelle gravidanze a rischio).

Per quanto concerne le prestazioni di ecografia mammaria e mammografia, in attesa dell'emanando PDTA della neoplasia mammaria a valenza regionale, la ASL Roma 1 in continuità con iniziative già attivate in passato, promuove iniziative che da una parte tendono a raggiungere una maggiore adesione delle utenti al programma di screening mammografico organizzato, dall'altra a garantire alle utenti con sintomatologia soggettiva positiva per patologia mammaria o con obiettività clinica di patologia mammaria, la presa in carico mediante un percorso competente nel quale eseguire rapidamente gli esami diagnostici ritenuti utili e gli atti terapeutici indicati.

8. Adeguamento dei contenuti informativi, il presidio della completezza e dell'accuratezza dei dati rilevati e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste

L'Azienda ASL Roma 1 trasmette da tempo sistematicamente i flussi informativi, per attività di ricovero e per attività ambulatoriale, richiesti dalla Regione e dal Ministero della Salute adeguando i contenuti in termini di completezza e accuratezza agli standard previsti.

Nello specifico con riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tutta l'attività gestita tramite l'applicativo RECUP che, secondo le disposizioni normative regionali sono oggetto del debito informativo da trasmettere tramite il flusso SIAS e il flusso SOGEI/MEF, sono rilevati e trasmessi con tempistica mensile. Tutte le fasi connesse all'assolvimento del debito informativo verso Regione e MEF sono oggetto di consolidate procedure di controllo interno per la verifica della qualità, veridicità e completezza dei dati.

L'attività erogata in Libera Professione intramuraria gestita tramite RECUP viene rilevata e trasmessa nel flusso SIAS, recentemente anche l'attività erogata presso la ex ACO San Filippo Neri, nel tempo gestita in maniera informatizzata tramite un applicativo diverso dal RECUP, è stata ricondotta a RECUP. Ad oggi, la possibilità di inviare attraverso il flusso SIAS l'attività erogata in Alpi "allargata" è condizionata dalle modalità e dai tempi previsti per la gestione informatizzata del dato.

8.1 Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art.50 della legge 326/2003, a tal fine sarà obbligatoria la rilevazione e la trasmissione tramite il flusso SOGEI/MEF campi relativi alla data di prenotazione, data di erogazione della prestazione, il tipo di accesso, la classe di priorità, la garanzia dei tempi massimi e il codice di struttura che ha erogato la prestazione.

La Asl Roma 1, al pari di tutte le strutture pubbliche inserite nel circuito di prenotazione RECUP, si avvale per la creazione del tracciato richiesto dal flusso ex art. 50 dell'ETR predisposto e gestito da Regione tramite la Società LazioCrea.

8.2 Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il monitoraggio ex ante per prestazioni erogate in attività istituzionale, rileva i dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.2 del DCA n. U00302/2019, limitatamente ai primi accessi e alle classi di priorità B e D. Il monitoraggio ha luogo come previsto dalle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa".

La ASL Roma 1 raccoglie i dati della rilevazione effettuate da tutte le strutture private accreditate che insistono sul territorio aziendale e le invia, unitamente ai dati delle strutture a gestione diretta.

8.3 Monitoraggio attività di ricovero

Il monitoraggio relativo ai ricoveri programmati indicati al punto 3.2 del PNGLA 2019-2020 viene assicurato attraverso il flusso informativo SIO-XL, a cadenza mensile.

8.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

In adempimento a quanto già previsto nel PGLA 2010-2012, secondo le modalità individuate dal DCA 437/2013, la ASL Roma 1 rileva le sospensioni relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio incluse nel PNGLA 2019-2020 erogate presso le strutture a gestione diretta aziendali per poi assicurare, con cadenza semestrale, l'assolvimento dell'obbligo informativo previsto verso organi regionali competenti.

La sospensione delle agende di cui si fa riferimento in questo paragrafo si limita alle situazioni che, per rottura dei macchinari e/o indisponibilità del personale medico, sanitario e tecnico, provocano una sospensione dell'attività che riguarda un intero distretto o tutto il territorio aziendale. In questi casi l'autorizzazione alla sospensione è data dal Direttore di Presidio o di Distretto. In tutti gli altri casi si tratta di sospensioni momentanee e fisiologiche che vengono risolte attraverso il reindirizzamento verso agende di altri presidi dello stesso distretto.

8.5 Monitoraggio PDTA

Il monitoraggio dei PDTA, come al punto e) paragrafo 6 del PRGLA 2019-2021 della regione Lazio verrà effettuato in modo retrospettivo con cadenza annuale, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, utilizzando i flussi informativi correnti, secondo la metodologia individuata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

8.6 Monitoraggio ALPI

In conformità alle "Linee guida per il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria- punti 6 e seguenti e Allegato B dell'intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2020, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266 (Repertorio Attin.:28/CSR del 21/02/2019)" i dati di monitoraggio ex ante, nel corso della settimana indice, delle attività libero-professionali con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni prenotate/erogate e ai relativi tempi di attesa, vengono trasmessi trimestralmente sul portale predisposto ad hoc da AGENAS.

8.7 Monitoraggio siti WEB

La Asl Roma 1, in ottemperanza agli obblighi di trasparenza delle pubbliche amministrazioni, provvede già da tempo a pubblicare tramite apposite sezioni del portale aziendale, il vigente Piano Attuativo Aziendale e ogni altra inerente e correlata documentazione.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, dal portale aziendale è possibile accedere al sistema di monitoraggio regionale tramite il seguente percorso: www.aslroma1.it –liste di attesa – monitoraggio liste di attesa.

La Regione Lazio ha predisposto un sistema di rilevazione dei tempi di attesa (TDA) che monitora ogni settimana le visite e gli esami diagnostici. I dati riportati si riferiscono alle prime visite e agli esami strumentali, diviso per classe di priorità: urgente, breve e differibile.

Per ogni prestazione viene indicata la percentuale (indice TDA: rapporto tra il numero delle prenotazioni evase nei tempi prestabiliti rispetto al numero totale delle prenotazioni) di prenotazioni effettuate con tempo di attesa entro gli standard regionali:

- 72 ore per le Urgenti;
- 10 gg. per le Brevi;
- 30 gg. per le visite Differibili;
- 60 gg. per le prestazioni strumentali Differibili.

L'indice TDA che varia in tempo reale a seconda della selezione effettuata, viene rappresentato anche graficamente attraverso l'utilizzo di tre colori:

- ✓ Verde per indicare il rispetto dei tempi per almeno il 90% delle prenotazioni;
- ✓ Giallo per indicare il rispetto dei tempi nell'intervallo compreso 50-89%;
- ✓ Rosso per indicare che le prenotazioni entro lo standard sono minori del 50% sul totale delle prenotazioni per il periodo selezionato.

Vengono presentate le ultime tre rilevazioni settimanali, con possibilità di visualizzarne un numero massimo di cinque.

I dati on line consentono di visualizzare la situazione sia del Lazio nel complesso, sia quella delle singole Aziende, consentendo ogni possibile confronto, sia puntuale che temporale.

I dati possono essere, inoltre, consultati in forma disaggregata, per viste e prestazioni diagnostiche, fino alla singola prestazione.

Per quanto concerne le prestazioni effettuate in attività di ricovero, le Direzioni Sanitarie di Presidio hanno avviato una sistematica attività di monitoraggio volta a indirizzare la corretta manutenzione delle liste d'attesa da parte delle Unità Operative di riferimento e a valutare l'andamento temporale dei tempi di attesa al fine di procedere all'ottimizzazione della programmazione chirurgica e al miglioramento delle performance assistenziali.

L'Azienda sta ultimando le procedure per curarne la pubblicazione sul portale aziendale.

9. Attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa

Una analisi dei tempi di attesa, sulla base dei dati pubblicati sul sito ufficiale del Recup Regionale che riguardano le classi di priorità U, B, D., evidenzia nei primi 8 mesi del 2019, che il tempo di attesa previsto dalla classe di priorità indicata dal medico prescrittore (c.d. TDA), è stato presso le strutture a gestione diretta della ASL Roma 1, mediamente garantito nel 76,8% delle prestazioni prenotate, includendo sia le visite che la diagnostica.

Questa percentuale diventa dell'83,4% se si considerano solo le visite, e del 69,8% sola la diagnostica (Tabella 1 e Grafico 1).

Tabella 22 - Percentuale di garanzia T.A. (TDA) _ Classi U, B, D _ Suddivisione per tipo di prestazione prenotata e mese di prenotazione _ Periodo: Gennaio –Agosto 2019_ Fonte dati: sito RECUP regionale

MESE	TDA Tutte le prestaz.	TDA solo visite	TDA solo diagnostica
Gennaio	82,1%	87,8%	77,1%
Febbraio	79,1%	85,5%	73,1%

Marzo	74,9%	82,0%	67,5%
Aprile	73,8%	76,3%	71,3%
Maggio	76,8%	81,2%	72,1%
Giugno	75,1%	82,5%	67,0%
Luglio	78,4%	84,6%	71,7%
Agosto	72,5%	80,7%	62,7%
Media	76,8%	83,4%	69,8%

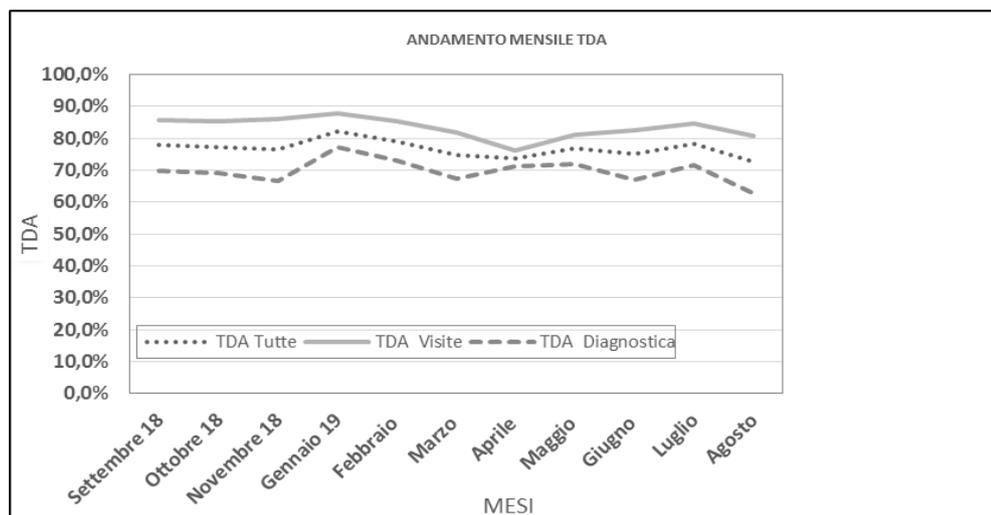


Grafico 7 - Percentuale di garanzia T.A. (TDA) _ Classi U, B, D _ Suddivisione per tipo di prestazione prenotata e mese di prenotazione_ Periodo: Settembre 2018 –Agosto 2019_ Fonte dati: sito RECUP regionale

La scomposizione del dato per classi di prenotazione e tipo di prestazione dimostra, però, un'importante oscillazione di valori, quando si passi, dalle visite in classe U (100% di tempi garantiti) o in classe B (circa il 99%) alla diagnostica in classe D (circa il 60% di tempi garantiti).

Tabella 23

TIPO	Classe U	Classe B	Classe D	Tutte le Classi
Tutte (visita + diagnostica)	100,00%	99,30%	64,00%	70,50%
Visite	100,00%	98,90%	71,50%	77,20%
Diagnostica	100,00%	100,00%	56,20%	62,90%

Percentuale di garanzia T.A. (TDA) suddivisa per tipo di prestazione prenotata e classe di priorità_ Periodo: Settimana Indice 25.11.2019 – 01.12.2019_ Fonte dati: sito RECUP regionale

L'Azienda, ad oggi, garantisce il rispetto dei tempi massimi stabiliti per le prestazioni in classe "U" e in classe "B".

I dati confermano che l'obiettivo previsto dal PRGLA di garantire il rispetto dei tempi di attesa per il 90% delle prestazioni richieste per ciascun livello di priorità, non è ancora raggiunto per le prestazioni in classe D.

Le prenotazioni in classe D, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale, rappresentano una criticità, in specie per un gruppo di prestazioni rappresentate da: TC senza e con

contrasto torace, ecocolordoppler cardiaco, ecografia addome, elettrocardiogramma dinamico (holter), elettromiografia, gastro e colonscopie.

Nella tabella sottostante si riporta, per la settimana indice 25.11.2019 – 01.12.2019, il confronto tra il dato Asl Roma 1 e Regione Lazio, per TDA e numero di prestazioni erogate.

Tabella 24

ASL	Tutte le Classi		Classe U		Classe B		Classe D	
	TDA	N. Pren.	TDA	N. Pren.	TDA	N. Pren.	TDA	N. Pren.
ASL Roma 1	70,5%	1.667	100,0%	3	99,3%	302	64,0%	1.362
Regione	74,0%	10.327	100,0%	21	99,8%	2.502	65,7%	7.804

Raffronto percentuale di garanzia T.A. (TDA e prestazioni, Classe di priorità U, B, D. Asl Roma 1 e Regione Lazio)
Tutte le prestazioni (visite e diagnostica).

Periodo: Settimana Indice 25.11.2019 – 01.12.2019_ Fonte dati: sito RECUP regionale

Per le prestazioni di primo accesso contenenti l'indicazione della classe di priorità ed incluse tra le prestazioni critiche (rif. capitolo del presente piano "1. Recepimento degli elenchi di prestazioni per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo la classe di priorità ad almeno il 90% di coloro a cui esse vengono prescritte"), fatta eccezione per prestazioni ad alta tecnologia di valenza sovra aziendale, laddove con la programmazione ordinaria non si riesca a rispettare i tempi previsti, l'Azienda, su istanza del cittadino, garantisce l'effettuazione della prestazione, senza oneri aggiuntivi se non quelli dovuti come eventuale quota di compartecipazione alla spesa, attraverso il ricorso all'overbooking (inserendo prestazioni in extra numero su agende ordinarie), all'utilizzazione di posti resisi disponibili su agende dedicate a percorsi di presa in carico dell'utente qualora non occupati, al coinvolgimento di strutture pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio aziendale per richiedere la disponibilità di prestazioni ad invarianza del budget assegnato.

Il ricorso all'utilizzo di prestazioni in intramoenia con oneri a carico dell'Azienda potrà essere oggetto di valutazione, a seguito dell'imminente adozione, nel rispetto delle disposizioni regionali e delle norme contenute nei CCNNLL, del nuovo ed unico Regolamento aziendale per la libera professione intramuraria che potrà garantire la complessa "omogeneizzazione" dei preesistenti sistemi di "governo" vigenti nelle tre ex aziende (RMA, RME ed ACO SFN) dalla cui fusione è derivata l'attuale ASL Roma 1.

Come definito dalle disposizioni normative la garanzia del rispetto dei tempi di attesa decade qualora l'utente scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica territoriale od ospedaliera, rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi di attesa.

10. Regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione:

In rapporto alla libera professione intramoenia la ASL Roma 1, nata dalla fusione di tre ex Aziende (ex RM/A, RM/E ed ex ACO SFN), ha avviato un complessivo e progressivo processo di omogeneizzazione dei preesistenti sistemi di "governo" (delle agende, delle contabilità, della verifica degli spazi disponibili, degli ambiti di attività autorizzabili), che consenta di definire una linea strategica aziendale unica per la libera professione nell'ambito del nuovo e complessivo assetto organizzativo della ASL Roma 1, rispetto al quale, rappresenta una tappa fondamentale, l'adozione del nuovo ed unico Regolamento aziendale per la libera professione intramuraria, già

approvato in sede di contrattazione con le OOSS della Dirigenza nel mese di luglio 2019 ed in corso di verifica con le OOSS del comparto prima della definitiva adozione ed applicazione.

L'organizzazione e la gestione della libera professione - dalla fase di apertura e monitoraggio delle agende autorizzate e/o di nuova autorizzazione, prenotazione, erogazione delle prestazioni, fatturazione, liquidazione e controlli - in tutti gli aspetti strutturali, organizzativi, funzionali e procedurali, avviene nel rispetto di quanto previsto dalle disposizioni nazionali e regionali in materia e delle norme contenute nei CCNLL.

Nel contesto di quanto rappresentato, di seguito si descrivono le azioni aziendali con specifico riferimento a quanto previsto nel punto 5.1. dell'Allegato 1 al DCA 302/2019.

Definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale

Con particolare riferimento all'adozione di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale, l'Azienda ha progressivamente "attratto" tutte le prestazioni rese in libera professione in regime ordinario nel sistema RECUP aziendale (in ultimo tutte le agende in libera professione dei medici afferenti all'ex ACO San Filippo Neri, prima gestite attraverso sistema di prenotazione interno al presidio) e, per quanto riguarda quelle erogate in regime allargato - nelle more dell'impiego della nuova piattaforma ReCUP - ha attivato l'infrastruttura aziendale di rete ed il collegamento con gli studi privati autorizzati in base allo schema convenzionale conforme a quello approvato dalla Conferenza Stato Regioni del 13 marzo 2013, attraverso l'estensione del sistema CONSYS, già attivo per i professionisti autorizzati in ALPI dell'ex ACO SFN, a tutti i medici ad oggi autorizzati in via sperimentale presso gli studi privati in rete della ASL Roma 1.

In caso di mancata adesione, è stata revocata qualsiasi autorizzazione alla prosecuzione dello svolgimento dell'ALPI in regime allargato presso lo studio privato, fatta salva la possibilità di eventuale richiesta di re internalizzazione della libera-professione presso le sedi aziendali.

Le modalità gestionali adottate, garantiscono, tra l'altro:

- che le agende siano configurate sotto il controllo diretto del personale aziendale, in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni;
- che le prenotazioni degli appuntamenti siano attribuite solo ex ante, anche con accettazione contestuale e sullo schema di agenda predefinito al fine di permettere il preventivo governo dei volumi;
- che sia registrato in tempo reale l'orario effettivamente reso in libera professione, i pazienti visitati e le prestazioni effettivamente erogate nonché la registrazione del pagamento.

Meccanismi e organismi di controllo per la verifica e l'applicazione di quanto previsto al punto 5.1 del PRGLA (DCA.U 00302/2019)

Le attività di verifica e monitoraggio della corretta erogazione delle prestazioni in libera professione e della corretta applicazione delle norme in materia avvengono attraverso un insieme di procedure finalizzate alla verifica, in termini di responsabilità sull'ALPI, sotto un profilo di governo di tipo amministrativo/contabile, grazie alla previsione di un unico centro di responsabilità, l'Ufficio ALPI, rispetto alle predette attività, nonché in materia di attivazione e gestione delle relative agende e monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale attraverso l'Ufficio ReCUP aziendale.

Le attività di controllo, inoltre, sono competenza della Direzione Sanitaria Aziendale nonché, direttamente, o anche per il tramite dei Direttori di macrostruttura (di Presidio, Distretto, Dipartimento e di U.O.C.), che sono tenuti a vigilare sullo svolgimento dell'attività libero professionale dei Dirigenti che afferiscono alla struttura cui sono preposti.

L'Azienda, infine, effettua apposite verifiche a campione, attraverso l'Ufficio ALPI aziendale e, ove necessario, anche tramite l'Ufficio Ispettivo aziendale nonché le Strutture e Presidi cui afferiscono i singoli professionisti - fra il personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, autorizzato a svolgere la libera professione intramuraria, in relazione ad eventuali situazioni di potenziale conflitto di interessi, di situazioni che implicino forme di concorrenza sleale, di eventuali situazioni di incompatibilità, di effettuazione di prestazioni in regime ALPI non autorizzate e non prenotate attraverso il sistema aziendale, di effettuazione di prestazioni in orario di servizio, di mancato rispetto delle timbrature orarie previste e della distinta turnistica, e di ogni altra irregolarità concernente l'esercizio dell'attività ALPI.

Periodicamente, pertanto, l'Ufficio ALPI - di propria iniziativa e con controlli a campione, ovvero su specifica richiesta della direzione strategica aziendale e dei direttori di macrostruttura - effettua idonei controlli, anche utilizzando appositi indicatori, per i diversi aspetti che caratterizzano le attività intramoenia e per la rilevazione tempestiva di eventuali irregolarità, disponendo, in caso di rilevate irregolarità e nel rispetto delle procedure a tal fine previste, gli atti necessari all'irrogazione di eventuali provvedimenti di sospensione, revoca o applicazione di ulteriori più gravi sanzioni previste dall'ordinamento.

Rispetto al piano aziendale riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionali ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia, completato l'assetto organizzativo, l'Azienda procede, in applicazione di quanto stabilito all'art. 54 CCNL 08.06.2000 - Area Dirigenza medica veterinaria (e poi all'art.114, comma 5 della nuova ipotesi di CCNL di categoria) alla negoziazione in sede di definizione annuale di budget, con i dirigenti responsabili, dei volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione alle risorse assegnate e concorda, con i singoli dirigenti e con le equipe interessate i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non possono superare quelli per l'attività istituzionale.

Periodicamente avviene la comparazione, per ciascun dirigente, del volume di prestazioni erogate in libera professione che non può superare i volumi di attività istituzionale assicurati.

Eventuali situazioni critiche, ove rilevate, vengono segnalate alla nuova Commissione Paritetica ALPI, formalmente istituita ed operante per la ASL Roma 1, rispetto alle conseguenze ed ai meccanismi correttivi.

In particolare, la Commissione Paritetica ALPI, presieduta dal Direttore Sanitario Aziendale, ha, tra le altre finalità, anche quelle di:

- verificare il mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale (ivi compresa la produttività aggiuntiva);
- verificare annualmente i volumi di attività attraverso il monitoraggio effettuato dagli uffici preposti;
- valutare i dati relativi all'attività libero professionale intramoenia ed i relativi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionali concordati con singoli dirigenti e con le equipe;
- segnalare al Direttore Generale i casi in cui si manifestino variazioni quali-quantitative ingiustificate tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in regime di intramoenia,

proponendo provvedimenti migliorativi o modificativi nell'organizzazione della libera professione intramoenia o del regolamento.

La verifica dei volumi erogati ed il confronto con i volumi istituzionali, avviene, inoltre, in occasione del riscontro alle richieste regionali – da ultimo quello di cui alla nota Regione Lazio, Registro Ufficiale prot. U.0780901 del 02/10/2019 - relative al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria, per le giornate indice specificate, attuando gli adempimenti previsti, attraverso l'inserimento dei dati e la validazione degli stessi nel sistema on-line messo a disposizione dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGE.NA.S.), così come previsto dalle linee guida di AGE.NA.S prot.2019/0003685 relativamente al debito informativo ed alle nuove procedure AGENAS, per la comunicazione dei dati relativi ai volumi di attività.

Rispetto alla rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed a quella libero professionale, esiste un costante monitoraggio, e sono stati previsti meccanismi di controllo, attuati attraverso un incrocio di informazioni e dati in possesso dell'Ufficio ALPI, dell'Ufficio Recup, delle Direzioni Sanitarie territoriali e di presidio, dall'Ufficio del Personale e gestione rilevazione presenze, che consentono di rilevare e segnalare irregolarità o situazioni di contrasto alla norma regionale ed ai regolamenti aziendali, nonché verificare la rilevazione dell'orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale nonché all'attività libero professionale.

Eventuali situazioni critiche, ove rilevate, vengono segnalate alla nuova Commissione Paritetica ALPI, formalmente istituita ed operante per la ASL Roma 1, rispetto alle conseguenze sanzionatorie ed ai meccanismi correttivi.

In riferimento all'eventuale acquisto ed all'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, ai sensi dell'art.55, comma 2, lett.d) del CCNL del 8/6/2000, al fine di ridurre le liste d'attesa di alcune branche critiche ed incrementare le attività idonee al perseguimento di tale scopo e fronteggiare le carenze assistenziali, l'Azienda valuta l'impegno della quota di trattenuta del 5% della Legge 120/2007 e ss.mm.ii., in via prioritaria rispetto all'impiego di risorse aziendali, come già rappresentato alla Regione Lazio con nota prot.70064 del 04/06/2018 e convenuto anche con le OOSS di categoria, in accordo con l'equipe interessate ed al di fuori dell'orario di servizio. Analogo ricorso al fondo ed alle prestazioni aggiuntive potrà essere previsto nell'ipotesi in cui l'utente abbia diritto a ricevere la prestazione in libera professione - solo con l'eventuale partecipazione al costo - e venga utilizzata l'agenda in ALPI dello specialista che potrà trovare remunerazione come prestazione richiesta ai sensi dell'art.55, comma 2, lettera d), in proporzione al tempo di erogazione della prestazione previsto nell'agenda di riferimento.

Rispetto ad "interventi regolatori" della LP nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevante, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale, si rappresenta che sono stati implementati i sistemi di monitoraggio sistematico basati sui flussi di produzione in modo da valutare le eventuali azioni da intraprendere.

11. Modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per le urgenze e per i percorsi di presa in carico, compreso il Day Service ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza;

Con nota ASL prot. 56812 del 04/05/2017 sono state diffuse, per i presidi aziendali a gestione diretta erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale le “*Linee di Indirizzo per la gestione delle agende e per l’accesso alle Prestazioni Specialistiche ambulatoriali*” il cui contenuto è finalizzato a fornire gli indirizzi generali per la gestione delle agende e per l’accesso dei cittadini alle prestazioni.

Per quanto concerne le prestazioni di ricovero programmate in regime ordinario e diurno, responsabile della proposta di ricovero programmato è il medico, dipendente o convenzionato con l’ASL Roma1, che effettua la visita specialistica sia a regime istituzionale o libero professionale, egli è inoltre responsabile del corretto inserimento del paziente in lista d’attesa informatizzata presente nell’intranet aziendale “gestione liste d’attesa”. Il medico inserisce il paziente nel software aziendale con lo status di “accettato” con relativa classe di priorità assicurandosi della correttezza dei dati necessari all’inserimento del paziente in lista (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, residenza e recapito telefonico).

Lo specialista della struttura a cui afferisce la lista di attesa è titolare del giudizio sull’appropriatezza del ricovero proposto nonché responsabile dell’attribuzione del caso alla classe di priorità e al livello di assistenza ospedaliera (regime di ricovero ordinario, ricovero diurno o regime ambulatoriale) stabiliti in base alla verifica dei requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico sulla base di protocolli validati a livello nazionale o di protocolli interni all’azienda o all’Unità Operativa.

Lo specialista garantisce altresì la presa in carico del paziente che può prevedere, prima dell’inserimento in lista, una fase di approfondimento diagnostico o la necessità di terapie adiuvanti.

Lo specialista dispone infatti l’inserimento del paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri solo quando sia completata la fase diagnostica, assicurandosi che si abbia la certezza di operare il paziente entro il termine massimo stabilito, e fornendo al paziente tutte le informazioni relative ai tempi presunti del ricovero, alla fase di pre-ricovero, nonché tutte le coordinate per potersi informare telefonicamente o di persona presso il reparto in cui è stato prenotato.

Lo specialista deve informare il paziente circa l’intervento cui sarà sottoposto per acquisirne il consenso, al fine di evitare percorsi di preospedalizzazione interrotti da ripensamenti del paziente circa l’opportunità di affrontare al momento l’intervento indicato, assicurando una esaustiva informazione al paziente circa i tempi di attesa per il ricovero al fine di garantire la massima trasparenza consegnando al paziente un modulo presente nell’applicativo aziendale.

L’appropriatezza dell’intervento in regime ordinario, Day Surgery, o ambulatoriale dovrà essere successivamente confermata/validata dall’anestesista.

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione) per effettuare l’intervento chirurgico, sarà calcolato il tempo di attesa del paziente in lista.

L’ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

- Livello di priorità clinica stabilita
- Ordine cronologico di iscrizione in lista o specifico score
- Risorse necessarie.

Le classi di priorità sono quattro, distinte in base alla priorità clinica, con i relativi tempi massimi di attesa, come riportato nel seguente schema:

Tabella 25

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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.
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.
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.
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.

La classe è da assegnare valutando:

- condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;
- presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Al fine di rendere il processo di chiamata più efficiente ed equo, nel software aziendale di gestione delle liste di attesa è possibile ordinare i pazienti in base ad uno specifico "score" in grado di coniugare sia l'aspetto di urgenza (definito dalla classe di priorità) sia l'aspetto temporale.

Per risorse necessarie si intendono i requisiti di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (es. spazio di sala operatoria, specialisti clinici e tecnici, materiale, apparecchiature e strumentario chirurgico) che si rendono necessari per condurre l'intervento chirurgico con il maggior livello di efficacia, efficienza, sicurezza e qualità della prestazione.

Durante il periodo di attesa in lista il paziente può aggravarsi e recarsi in Pronto Soccorso o richiedere una visita urgente al medico specialista di riferimento.

Qualora il Pronto Soccorso ritenga necessario ricoverare il paziente per procedere ad intervento chirurgico in emergenza-urgenza, il paziente verrà automaticamente rimosso dalla lista di attesa.

Nel caso di visita ambulatoriale urgente presso la Unità Operativa chirurgica di riferimento, lo specialista può rivalutare le condizioni cliniche del paziente ed assegnare una classe diversa di priorità di intervento.

12. Informazione ai cittadini circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare preventivamente una prenotazione

Come è noto nel campo dei servizi, dopo la prenotazione, la perfezione dell'ordine (cioè la produzione del servizio richiesto) coincide con l'erogazione del servizio stesso: in assenza di disdetta, l'eventuale rinuncia dell'utente, dopo la prenotazione, al godimento del servizio, comporta un danno grave all'azienda che non potendo tesoricizzare la produzione perde, se non riesce a mettere in atto particolari accorgimenti, le risorse precedentemente vincolate.

Il fenomeno è noto, in sanità, come drop-out (mancata presentazione). Sappiamo che questo fenomeno del drop-out è tanto maggiore quanto maggiore è il tempo di attesa prospettato per effettuare una prestazione.

In merito alle azioni necessarie a promuovere la consapevolezza del cittadino circa la rilevante responsabilità di rispettare l'obbligo di disdettare tempestivamente una prenotazione, l'Azienda, al fine di fornire una corretta informazione agli utenti ha richiesto ai gestori dell'applicativo di prenotazione di inserire sul foglio rilasciato all'utente a fronte della prenotazione, apposita informativa riportante l'indicazione delle modalità con cui è possibile effettuare la disdetta della prenotazione, i termini temporali utili affinché la disdetta possa comportare la riutilizzazione della prenotazione a beneficio di altro utente, i dati necessari per effettuare la disdetta e le sanzioni a cui il cittadino va incontro in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente effettuata la disdetta della prenotazione.

Apposita cartellonistica con tutte le informazioni soprariportate è stata affissa presso gli sportelli CUP dei presidi aziendali.

A partire dai primi mesi del 2020, sarà possibile per il cittadino utilizzare, per effettuare la disdetta delle prenotazioni già prenotate, un ulteriore canale in aggiunta ai preesistenti (sportelli aziendale e Numero Verde Regionale), è stata infatti attivata una casella di posta elettronica aziendale: disdette@aslroma1.it.

Per limitare gli effetti legati al fenomeno del drop-out – fatte salve tutte le azioni, e i provvedimenti, per spingere a comunicare un'eventuale disdetta – presso la ASL Roma 1 si pratica la tecnica dell'overbooking, che consiste nel prenotare pazienti in misura maggiore alla reale capienza dell'agenda, nel presupposto che una parte di questi poi non si presenteranno.

Pertanto l'Azienda, ha, da anni, predisposto per alcune prestazioni, un metodo di calcolo del drop-out e una stima dell'overbooking necessario, metodo che, trova poi pratica attuazione, attraverso un sistema incentivante - che attualmente riguarda solo, e su base volontaria, i medici specialisti ambulatoriali a convenzione- con il quale è possibile raggiungere la massima produttività, anche nelle agende che hanno valori alti di drop-out.

13. Gestione trasparente mediante la verifica, presso le UU.OO. di ricovero delle strutture a gestione diretta e di quelle accreditate in accordo contrattuale, della presenza e della regolare tenuta delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili;

L'Azienda ha messo a disposizione del personale sanitario delle strutture ospedaliere a gestione diretta, un software dedicato per la gestione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici programmati suddivisi per regime assistenziale che consente, tra le varie funzioni, di conoscere in tempo reale il numero di pazienti in lista e i relativi tempi di attesa per classe di priorità.

Il Direttore Sanitario, in conformità con la normativa vigente, garantisce la vigilanza in ordine alla gestione appropriata della lista di attesa e delle agende di prenotazione per assicurare trasparenza ed equità.

Ogni Direttore di UOC deve vigilare affinché sia garantita la corretta gestione della lista d'attesa ed è tenuto ad esplicitarne, in modo formale, i relativi criteri sia per quanto attiene i ricoveri programmati sia per i ricoveri urgenti, nel rispetto dei principi di uguaglianza e di imparzialità, a garanzia di appropriatezza della indicazione al ricovero e del codice di priorità. Individua inoltre gli operatori che sono preposti alla gestione della lista ed è responsabile insieme al Coordinatore Infermieristico, o suo delegato, al corretto scorrimento della lista. Il sistema di gestione della lista di attesa informatizzata consente la tracciabilità degli operatori che devono essere autorizzati alle attività che effettuano sull'agenda. Ogni modifica/integrazione deve essere registrata sul software aziendale e viene debitamente tracciata sul sistema informatico.

Le Direzioni Sanitarie di Presidio svolgono una sistematica attività di monitoraggio volta a indirizzare la corretta manutenzione delle liste d'attesa da parte delle Unità Operative di riferimento e a valutare l'andamento temporale dei tempi di attesa al fine di procedere all'ottimizzazione della programmazione chirurgica e al miglioramento delle performance assistenziali.

I report contenenti i dati relativi ai tempi di attesa distinti per regime di ricovero, intervento chirurgico e classe di priorità sono consultabili in tempo reale sul software Gestione Liste d'Attesa e possono essere utilizzati per il monitoraggio dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici indicati nel Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2019-21 della Regione Lazio (DCA 302/2019), come di seguito riportato.

Esempio di report sui tempi di attesa:

Tabella 25

ACMA 1 LAZIO

PAZIENTI IN LISTA DI ATTESA PER RICOVERO AL:

STRUTTURA: OSPEDALE S.FILIPPO NERI					
Reparto: UROLOGIA ORD SFN					
PATOLOGIA	INDICATORI				
NEOPLASIA VESCICALE / TURB	Classe	N° Casi	GG Attesa complessivi	Media	Mediana GG Attesa
	A	27	1337	49,52	25
TOTALI		27	1337	49,52	25
NEOPLASIA PROSTATICA / PROSTATECTOMIA RADICALE	Classe	N° Casi	GG Attesa complessivi	Media	Mediana GG Attesa
	A	4	69	17,25	14
TOTALI		4	69	17,25	14
NEOPLASIA PROSTATICA / BRACHITERAPIA	Classe	N° Casi	GG Attesa complessivi	Media	Mediana GG Attesa
	A	5	206	41,2	43
TOTALI		5	206	41,20	43
NEOPLASIA RENALE / ENUCLEORESEZIONE RENALE	Classe	N° Casi	GG Attesa complessivi	Media	Mediana GG Attesa
	A	5	324	64,8	50
TOTALI		5	324	64,80	50

Per quanto concerne gli erogatori accreditati non a gestione diretta, insistenti nell'ambito territoriale aziendale, la verifica della regolare tenuta delle liste di attesa per ricoveri programmabili rientra nel più ampio ambito di controllo dettato dalla normativa vigente nella Regione Lazio di cui al DCA U0469/2017 e All. C del DCA n. U0008/2011 e ss.mm.ii.

Si tratta nel primo caso di requisiti ulteriori di accreditamento e nel secondo di requisiti organizzativi minimi autorizzativi.

Si riportano di seguito analiticamente gli specifici riferimenti normativi:

All. C DCA n. U0008/2011

02.17 - Sono predisposti documenti simili per lo svolgimento delle principali attività di supporto tecnico-amministrativo, in particolare:

- criteri e modalità di accesso dell'utente (programmazione liste di attesa, accoglimento e registrazione)

02.24 - Il direttore/responsabile sanitario svolge le seguenti funzioni di indirizzo e coordinamento, comprendenti tra l'altro:

- vigilanza e tenuta della documentazione relativa alle liste di attesa per i ricoveri e le prestazioni ambulatoriali

DCA n. U00469/2017

Requisito 1.4, Fase 1-2-3-4:

a) La Direzione ha definito e approvato un documento in cui sono descritte le caratteristiche dei sistemi informativi, in coerenza con gli orientamenti strategici e le necessità dell'organizzazione tali da garantire il monitoraggio di specifiche attività:

- la tracciatura dei dati sanitarie la trasmissione delle informazioni sia di carattere gestionale che sanitario;
- il supporto alle attività di pianificazione e controllo;
- il contributo al debito informativo verso il Ministero della Salute (NSIS) e verso gli organi regionali;
- la trasparenza e l'aggiornamento sistematico delle liste di attesa;
- l'erogazione di informazioni tempestive e trasparenti sulle prenotazioni delle prestazioni sanitarie.

Pertanto, sia in sede di verifica ai fini del rilascio del provvedimento regionale di accreditamento istituzionale, che in sede di vigilanza per la permanenza del possesso dei requisiti organizzativi ed ulteriori di accreditamento a seguito di Decreto di accreditamento istituzionale, viene sistematicamente verificata la regolare tenuta dei registri di inserimento in lista di attesa per i ricoveri programmati e contestuale controllo di:

- contenuto essenziale dei dati relativi alla persona inserita in lista di attesa: data di inserimento, provenienza e medico prescrittore, diagnosi, tipologia di intervento (se chirurgico), dati anagrafici e recapiti di contatto (anche di altra persona autorizzata), codice fiscale, data di effettuazione degli eventuali esami eseguiti in pre-ospedalizzazione e relativa data di scadenza, data presunta del ricovero, data di ricovero, date di contatto;
- regolare stesura per ordine cronologico ed esplicitazione di eventuali criteri di priorità (debitamente controfirmati dal Responsabile);
- garanzia della privacy per l'eventuale richiesta di visione della lista d'attesa da parte dell'utenza e/o di associazioni rappresentative e di tutela;
- documentazione allegata;
- indicazione del Referente/Responsabile della regolare tenuta della lista di attesa e se informatizzata del personale autorizzato all'accesso;
- periodiche procedure di pulizia della lista di attesa e di ricontatto con l'utente;
- annotazioni per rinuncia al ricovero e/o posticipazione per problematiche sia dell'organizzazione che dell'utente.

Viene verificata, inoltre, l'esistenza e relativa applicazione di una procedura validata per la gestione delle agende di prenotazione dei ricoveri che espliciti: scopo, campo di applicazione, responsabilità, modalità e criteri.

14. Iniziative di formazione e confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva (e.g., sulle caratteristiche cliniche da associare alle diverse classi di priorità o sul corretto utilizzo della diagnostica per immagini ad alto costo).

Fondamentale, ai fini sia di assicurare la salute dei pazienti che del governo delle liste e dei tempi d'attesa, la capacità del SSR di promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici, tenendo conto delle condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ai sensi del 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".

Il raggiungimento di questo obiettivo sarà perseguito dalla ASL Roma 1 durante il 2020 attraverso le seguenti iniziative formative condivise, previo coinvolgimento e sensibilizzazione, con i convenzionati e non (Specialisti Ospedalieri e Territoriali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta):

- a) l'utilizzo di modelli di governo clinico come ad esempio i Raggruppamenti di Attesa omogenei RAO (allegato C del PNGLA 2019-2021) vedi rif. cap. 5. del presente Piano - Procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva;
- b) l'adozione di Linee guida e Protocolli diagnostici, basati su evidenze di efficienza ed efficacia;
- c) l'implementazione di PDTA con definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Cronicità per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema, garantendo equità nei processi;
- e) i percorsi di presa in carico dei cronici multi patologici attraverso l'interconnessione tra le reti regionali avviate, la rete territoriale e la medicina generale

Particolare rilievo si darà al ricorso degli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali, nell'ambito di un programma che indicherà le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti.

Formazione, Cronicità e Liste di attesa

E' evidente la necessità di mettere in campo strategie più efficaci di governo delle cronicità per poter meglio gestire in modo appropriato le liste di attesa alimentate continuamente dalle patologie croniche.

Con l'invecchiamento della popolazione, i soggetti interessati da queste patologie croniche sono destinati ad aumentare.

Le linee guida per la prevenzione secondaria ci indicano che i soggetti con patologie croniche, se non monitorati correttamente, presentano un rischio molto elevato di ospedalizzazione per riacutizzazioni e/o di mortalità.

Pertanto emerge sempre più la necessità di condividere il percorso di presa in carico del paziente cronico, da un punto di vista clinico, terapeutico e organizzativo (compresa la gestione delle Liste di attesa).

Fra le variabili che emergono, spesso gli studi osservazionali riportano una ridotta aderenza di questi pazienti alla poli-terapia cronica. Infatti a mano a mano che ci si allontana dall'evento acuto, l'aderenza del paziente diminuisce progressivamente. Da un lato, questo evidenzia l'importanza della motivazione del paziente e della consapevolezza dei benefici di un trattamento cronico. Dall'altro, pone in risalto la necessità di programmare, al momento della dimissione, le visite periodiche per il monitoraggio del paziente, che hanno l'effetto implicito di mantenere elevata l'aderenza ai trattamenti evidence-based.

La ASL Roma 1 si attiverà per affrontare anche tali problematiche che influenzano non poco le condizioni di salute e i conseguenti percorsi prescrittivi diagnostico-terapeutici dei pazienti cronici attraverso iniziative formative di supporto alla gestione delle Liste di attesa ed al miglioramento della qualità dell'attività prescrittiva, quali:

- a) il trattamento farmacologico e l'importanza dell'utilizzo cronico delle terapie;
- b) il trattamento non farmacologico;

- c) analizzare il diverso impatto del MMG e dell'ospedale di dimissione, oltre che delle caratteristiche del paziente sull'aderenza alla poli-terapia (infatti gli studi confermano che a parità di età le donne risultano costantemente meno aderenti rispetto agli uomini; inoltre emerge un calo drammatico nell'aderenza alla poli-terapia quando si passa dagli anziani ai grandi anziani per barriere fisiche all'accesso, supporto socio-sanitario);
- d) implementare interventi in medicina generale orientati alla condivisione e alla discussione delle linee guida sulla corretta prescrizione dei farmaci nei cronici polipatologici e misurare l'effetto degli eventi formativi sull'aderenza al trattamento;
- e) i percorsi organizzativi (dove rivolgersi per le necessità legate alla patologia; quali sono le tempistiche per gli esami volti al monitoraggio della patologia; quali sono i professionisti a cui rivolgersi);
- f) infine si agirà anche sulla domanda organizzando eventi "formativi" per avviare un percorso di empowerment che includa la componente legata al comportamento del paziente anche rispetto al tema delle Liste di attesa.

Progetti formativi sperimentali sull'appropriatezza

In relazione all'appropriatezza della presa in carico del paziente cronico e in coerenza quindi con il prossimo Piano regionale della Cronicità, la ASL Roma 1 ha aderito al Progetto interregionale biennale Easy-net (capofila del progetto è il Dipartimento di epidemiologia della ASL Roma 1) che evidenzia il divario tra l'assistenza ricevuta dal paziente in pratica clinica e le raccomandazioni che derivano dalle linee guida.

Inoltre, l'accesso alle cure ottimali presenta una variabilità spesso ingiustificata. In questo contesto, i dati disponibili indicano che le strategie di 'Audit and Feedback' (A&F) possono essere efficaci nel migliorare la gestione del paziente complesso e nel ridurre l'incidenza di esiti clinici.

L'obiettivo di questo studio a cui ha aderito la ASL Roma 1 è implementare diverse strategie di A&F sul territorio regionale e valutarne l'impatto sugli indicatori di processo e di esito. Elementi da valutare nelle fasi 'pre' e 'post' intervento: (1) aderenza alle linee guida (aderenza al trattamento farmacologico, aderenza alle raccomandazioni per il monitoraggio della patologia, frequenze delle visite specialistiche), (2) occorrenza di esiti clinici (3) Valutazione delle "criticità di sistema" e miglioramento continuo della qualità.

15. Linee strategiche aziendali: funzioni di committenza

Nell'ambito dell'attività di committenza aziendale, sono già state intraprese diverse iniziative; in particolare, nel corso del 2018 è stato siglato, tra Direttori Generali delle istituzioni coinvolte, un accordo tra la ASL Roma 1 e la Fondazione Policlinico A Gemelli per l'effettuazione di prestazioni di PET_TAC per pazienti affetti da carcinoma del polmone presi in carico dal Disease Management Team (DMT) del PO San Filippo Neri.

In considerazione del buon esito del suddetto accordo con la Fondazione Policlinico A Gemelli, è in corso di valutazione la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo con l'AOU Sant'Andrea, vista la recente acquisizione di una PET_TAC, relativamente alla gestione di altre patologie oncologiche (prostata, rene etc), su proposta del Dipartimento oncologico aziendale.

Per quanto riguarda specificatamente la gestione del tumore del polmone è stato elaborato, coinvolgendo tutti i nodi della rete previsti dal DCA 419/15 della Regione Lazio, un Piano operativo "Rete assistenziale tumore del polmone della Asl Roma 1". Tale Piano è stato sottoscritto

in data 14 ottobre us dai Referenti dei nodi territorialmente collocati nella Asl Roma 1 e dai rispettivi Direttori Generali o Sanitari. Le strutture coinvolte sono:

- Azienda Policlinico Umberto I,
- AOU Sant'Andrea,
- Fondazione Policlinico A Gemelli,
- AO San Giovanni,
- FBF Isola Tiberina,
- FBF San Pietro,
- DMT ASL Roma 1, collocato presso il PO San Filippo Neri.

Per assicurare il follow up dei pazienti oncologici presi in carico dai presidi a gestione diretta, è stata promossa un'attività di collaborazione sul piano clinico ed organizzativo che ha portato alla sottoscrizione di:

- ✓ accordo tra Asl Roma 1 e l'IRCCS I.D.I. per l'effettuazione di prestazioni di TC, RM ed Ecografie a pazienti residenti con esenzione 048;
- ✓ accordo tra Asl Roma 1 e PO San Carlo di Nancy per l'effettuazione di prestazioni di TC ed Ecografie a pazienti residenti con esenzione 048;
- ✓ accordo tra Asl Roma 1 e PO Cristo Re per l'effettuazione di prestazioni di TC, RM ed Ecografie a pazienti residenti con esenzione 048.

Tali accordi prevedono un percorso strutturato di raccordo direttamente gestito dai professionisti della ASL Roma 1 tramite l'utilizzo di agende dedicate messe a disposizione delle tre strutture sopraindicate.

Nell'ambito delle attività previste nella Rete per la gestione del tumore della mammella, oltre gli accordi che prevedono la presa in carico di pazienti provenienti dalla Asl Roma 4, si è provveduto a rinnovare i seguenti:

1. Protocollo tra ASL Roma 1 e Ospedale San Pietro FBF -sede di struttura di diagnostica clinica ai sensi del DCA 38/201 5- per intervento chirurgico di carcinoma della mammella da effettuarsi presso il Centro di senologia aziendale del SFN;
2. Protocollo tra ASL Roma 1 e Ospedale San Pietro FBF per l'esecuzione di Radioterapia a pazienti operate dal Centro di senologia aziendale e inviate dal San Pietro FBF. In studio la possibilità di stipulare accordi tra l'AO San Giovanni Addolorata e le strutture ambulatoriali accreditate per la branca specialistica 56 "Medicina fisica e riabilitazione" che insistono sul territorio aziendale al fine di garantire l'adeguata riabilitazione in caso di mastectomia radicale.

Inoltre, si intende proporre l'istituzione di un gruppo di lavoro congiunto con gli altri 5 Centri di senologia (CS) collocati nel territorio, al fine di gestire unitariamente le criticità segnalate anche dalla Regione Lazio relativamente ai tempi di attesa per l'esecuzione sia di prestazioni diagnostiche che di interventi chirurgici.

In particolare, l'Asl Roma 1, responsabile del Programma di Screening mammografico, dovrà concordare, con tutti e sei i CS e le Strutture di diagnostica clinica, le modalità condivise di presa in carico delle pazienti residenti, siano esse positive al test di I livello, o ad alto rischio genetico, o in età fuori fascia screening ma sintomatiche, o in fase di follow up.

Nell'ambito dell'attività previste nella Rete per la gestione del tumore del colon-retto, in collaborazione con lo specifico Programma di screening aziendale, sono in essere accordi per l'esecuzione di colonscopie di II livello, ai soggetti FIT positivi, sia con l'AOU Sant'Andrea che con la Fondazione Policlinico A Gemelli.

Si sta procedendo alla sottoscrizione di un accordo con l'Ospedale Cristo Re per l'esecuzione del test HPV in pazienti asintomatiche, in collaborazione con il Programma di Screening citologico aziendale, al fine di ampliare la rete di offerta dello screening del ca della cervice uterina tramite l'offerta attiva alle donne residenti della ASL Roma 1 che accedono a visite ginecologiche presso il Cristo Re che effettua il prelievo del campione e quindi lo invia per la lettura e refertazione al Centro Screening della Azienda.

Un gruppo di lavoro ad hoc è stato istituito tra Asl Roma 1 e IRCCS IDI con lo scopo di effettuare un accordo in grado di offrire ai pazienti residenti la gestione e la prevenzione delle lesioni cutanee da pressione.

Sono stati presi contatti con l'Azienda Policlinico Umberto I, per adulti, e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, per i pazienti pediatrici, finalizzati a garantire la continuità assistenziale per pazienti grandi obesi da sottoporre ad intervento di chirurgia bariatrica.

Infine, si è proceduto alla sottoscrizione di un Accordo tra Centro Regionale S. Alessio - Margherita di Savoia per i ciechi e l'ASL Roma 1 per garantire un percorso specifico a utenti ipovedenti in carico al Centro Regionale S. Alessio che prevede l'erogazione di specifiche prestazioni da parte dell'Ospedale Oftalmico.

A seguito dell'emanazione del DCA 48/2019 (Aggiornamento "Allegato A" del DCA 313/2013 concernente "Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale DM 18/10/2012". Estensione dell'erogabilità di alcune prestazioni"), si è già proceduto a concordare con alcuni erogatori accreditati disponibili (Villa Tiberia, Villa Valeria, Studio Nargi, Cristo Re, Cardiagnostica, S. Giovanni Calibita FBF) la possibilità di prenotare su agende dedicate ai residenti Asl Roma 1, tramite applicativo ReCup, prestazioni di ecografia ed ecocolordoppler cardiaco. Nello specifico lo Studio Dr. Maurizio Nargi e Villa Tiberia sono stati attivati in prenotazione rispettivamente in data 07/06/2019 e in data 05/08/2019, per le altre strutture si stanno completando le attività di configurazione agende.

I recenti provvedimenti regionali di assegnazione del budget (DCA n. 246 del 01/07/2019 "Definizione del livello massimo di finanziamento per l'anno 2019 relativo all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSR da privato accreditato. Direttive alle ASL") rafforzano il ruolo di committenza delle ASL, che possono, nell'ambito dei tetti massimi di finanziamento stabiliti a livello regionale e delle norme che regolano l'accreditamento, riprogrammare tipologia e volumi di prestazioni da acquistare nell'ambito dei budget da assegnare a ciascun soggetto accreditato.

Si sta quindi, procedendo alla negoziazione con le strutture erogatrici private accreditate di volumi di prestazioni critiche, in relazione al loro budget dedicato a tale tipologia di prestazioni.

Sono pertanto stati effettuati specifici incontri per concordare, con alcune delle strutture accreditate per le branche specialistiche delle prestazioni critiche, adeguati Piani di committenza.

In particolare, per quanto concerne l'IRCCS IDI, ad oggi si stanno predisponendo le agende di prenotazione su applicativo RECUP per un totale di circa 11.000 prestazioni da erogare nel corso dell'anno 2020.

La ASL Roma 1, sulla base dell'esperienza fin qui acquisita, intende promuovere una serie di attività con le Aziende pubbliche presenti nel suo territorio.

Come definito nella Determina n. G14988 del 04/11/2019, della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria- Area Rete Ospedaliera e Specialistica, "Le Aziende Ospedaliere (AO, AOU e IRCCS pubblici) sono chiamate a programmare la loro offerta, in riferimento alla utenza presa in carico, alla dotazione di alta tecnologia, alle competenze super specialistiche e agli accordi di fornitura intrapresi con le Aziende Territoriali. A seguito di questi accordi l'Azienda ospedaliera

si integra pienamente nell'offerta dell'azienda territoriale, e con queste prestazioni collabora all'assicurazione dei tempi di attesa indicati...”.

Pertanto, al fine di garantire un'effettiva presa in carico dei pazienti oncologici, è stata avviata una collaborazione con le tre Aziende (AU Policlinico Umberto I, AO San Giovanni Addolorata, AOU Sant'Andrea) per procedere alla definizione di un Piano congiunto delle liste d'attesa delle prestazioni critiche.

La strategia proposta al momento prevede di:

1. Garantire da parte delle tre Aziende esclusivamente le Prestazioni Critiche in classe di priorità U (Urgente) e B (Breve) attraverso la promozione di un progetto pilota su uno specifico set di prestazione critiche;
2. Garantire le prestazioni di follow up in pazienti oncologici con esenzione 048 da parte dell'Azienda che ha in carico il paziente tramite agende interne dedicate;
3. Assicurare un percorso dedicato per la diagnosi di tumore nell'ambito dell'Azienda che ha garantito la prima visita, tramite agende interne dedicate.

Al fine di strutturare una più sistemica strategia congiunta tra Asl e Aziende Pubbliche insistenti sul territorio Aziendale sarà necessario avviare preliminarmente una analisi dettagliata sugli attuali volumi di produzione e su quanto erogato da ciascuno alla popolazione residente per poi procedere ad una stima dei volumi di prestazioni critiche necessarie a garantire le azioni condivise. L'attivazione di progetti pilota su specifiche linee di attività e una rivalutazione dinamica delle attività in essere potranno essere effettuate attraverso fasi successive e predefinite di verifica e valutazione.

Nel caso emergano particolari criticità nella garanzia dei percorsi di assistenza concordati, la ASL si impegna a mettere in atto ulteriori accordi con le strutture accreditate, ubicate nel territorio, per l'erogazione di prestazioni critiche ai propri residenti.

L'aspetto innovativo legato, in particolare, alla predisposizione di un Piano Attuativo Aziendale Territoriale che vede integrata l'offerta delle Aziende Ospedaliere nell'offerta aziendale complessiva, impongono una preliminare attività di concertazione con la regione Lazio e di condivisione delle linee di attività con le stesse Aziende Ospedaliere, pertanto si allega, nello specifico, un cronoprogramma con il riepilogo delle attività e dei tempi di attuazione.

Tabella 26

Attività	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Concertazione con la regione Lazio (aggiustamenti, integrazioni, allineamento)	X											
Piano definitivo			X									
Discussione e condivisione con le AO		X										
Analisi dei dati				X	X							
Avvio progetti pilota						X	X	X	X	X		
Verifica											X	
Rivalutazione												X