

**ASL LATINA
PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL GOVERNO
DELLE LISTE DI ATTESA
2019-2021**

INDICE

Premessa

1. Prestazioni critiche e classi di priorità

2. Ambiti Territoriale di Garanzia

3. Piano di comunicazione multimediale

3.1 informazioni ai cittadini

3.2 formazione e confronto con i medici prescrittori

4. Governo della domanda:

4.1 appropriatezza prescrittiva

4.2 verifica appropriatezza prescrittiva

4.3 modalità di accesso per le prestazioni programmabili

5. Governo dell'offerta

5.1 Contesto di riferimento

5.2 Committenza

5.3 Modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità

5.4 Potenziamento dell'offerta

6. Flussi informativi

7. Percorsi di tutela

8. Regolamentazione delle attività in libera professione

9. Prestazioni in regime di ricovero

9.1 Elenco delle prestazioni critiche in regime di ricovero

9.2 Classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero -

9.3 Gestione

PREMESSA

Il problema delle liste di attesa è tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale o quantomeno tra quelli che influenzano la percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario. Ad oggi risulta essere una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

La ricerca di risposte deve affrontare la problematica su due fronti distinti:

- governo dell'offerta,
- governo della domanda.

Si tratta di articolare un sistema complesso di azioni la cui realizzazione dovrà avvenire con la necessaria gradualità i cui effetti dovranno essere oggetto di attento monitoraggio al fine di cogliere tempestivamente i segnali utili alla eventuale pronta rimodulazione delle azioni.

L'obiettivo è trovare soluzioni per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno effettivamente bisogno, attraverso l'implementazione di soluzioni che aumentino equità, correttezza, appropriatezza ed efficienza.

Un Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa delle prestazioni critiche sia specialistiche ambulatoriali che di ricovero programmato, non può non presupporre una serie articolata di iniziative che devono essere sviluppate nel tempo, pertanto il presente Piano, che recepisce quanto previsto dal DCA n.302/2019, si caratterizza come un "*work in progress*".

1. PRESTAZIONI CRITICHE E CLASSI DI PRIORITÀ

L'Azienda Sanitaria di Latina ha recepito le indicazioni regionali contenute nel DCA 302/2019, che costituiscono pertanto punti vincolanti della politica di gestione delle liste di attesa e per lo sviluppo del conseguente piano esecutivo.

1.1 Elenco prestazioni critiche ambulatoriali -

E' stato recepito integralmente l'elenco delle prestazioni *critiche* ambulatoriali:

	Descrizione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	VISITA CARDIOLOGICA	89.7	08	89.7A.3
2	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7	05	89.7A.6
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7	19	89.7A.8
4	VISITA NEUROLOGICA	89.13	32	89.13
5	VISITA OCULISTICA	95.02	34	95.02
6	VISITA ORTOPEDICA	89.7	36	89.7B.7
7	VISITA GINECOLOGICA	89.26	37	89.26.1
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7	38	89.7B.8
9	VISITA UROLOGICA	89.7	43	89.7C.2
10	VISITA DERMATOLOGICA	89.7	52	89.7A.7
11	VISITA FISIATRICA	89.7	56	89.7B.2
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7	58	89.7A.9
13	VISITA ONCOLOGICA	89.7	64	89.7B.6
14	VISITA PNEUMOLOGICA	89.7	68	89.7B.9

	Descrizione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1	87.37.1
16	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2	87.37.2
17	TC TORACE	87.41	87.41
18	TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	87.41.1	87.41.1
19	TC ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.1
20	TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	88.01.2	88.01.2
21	TC ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.3
22	TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	88.01.4	88.01.4
23	TC 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 CONTRASTO	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 VERTEBRALE LOMBOSACRALE	88.38.1	88.38.C
30	TC 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 VERTEBRALE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC DEL BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	88.38.5
34	RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	88.91.1
35	RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	88.91.2
36	RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	88.95.4
37	RMN 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	88.93.1	88.93.6B
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)DOPPLEGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5	88.73.5
43	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1	88.74.1
44	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1	88.75.1
45	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1	88.76.1
46	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1	88.73.1
47	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2	88.73.2
48	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	88.78
49	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88.78.2	88.78.2
50	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA E/O VENOSA	88.77.2	88.77.2

	Descrizione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23	45.23
52	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA	45.42	45.42
53	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	45.24
54	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	45.13
55	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.16	45.16 /45.16.2
56	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	89.52
57	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50	89.50
58	ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO 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 6 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 CON O ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI) ASSOCIATO AD ESAME BASOFRAFICO 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. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI)	93.08.1	93.08.F

1.2 Classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni critiche ambulatoriali-

Sono state recepite le classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa entro cui devono essere erogate le prestazioni, da utilizzare nella compilazione della ricetta, da garantire a regime ad almeno il 90% degli utenti prenotati.

- **classe U** = urgente, prestazione da assicurare entro le 72 ore;
- **classe B** = breve, prestazione da assicurare entro 10 giorni;
- **classe D** = differibile, prestazione da assicurarsi entro 30 giorni se visita o entro 60 giorni se indagine strumentale;
- **classe P** = programmata, prestazione non prioritizzata; da assicurarsi comunque entro 120 giorni a far data dal 01.01.2020

2. AMBITI TERRITORIALE DI GARANZIA

La “garanzia” del tempo massimo di attesa è un elemento che riguarda direttamente il ruolo di tutela della salute della popolazione residente (o assistita) proprio della ASL.

L’ambito territoriale di garanzia è definito in base alla residenza del cittadino e tale garanzia decade qualora l’assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta.

L’individuazione degli ambiti territoriali dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell’offerta e della sua distribuzione,
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione,
- accessibilità dei vari servizi,
- domanda,
- dati di contesto demografico ed epidemiologico,
- tipologia di prestazioni, classificate in base al livello di complessità dell’apparecchiatura e/o strumentazione, al livello di specializzazione del personale medico, alla presenza di centri di riferimento per specifiche patologie.

Sono state individuate quattro categorie di Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) che saranno oggetto di revisioni periodiche in ragione delle variazioni nella domanda, ma anche dai cambiamenti dell’offerta e dall’evoluzione delle tecnologie sanitarie:

I. Distrettuale:

riguarda la maggior parte delle visite specialistiche

II. Aziendale:

relativo a prestazioni di media tecnologia ed alcune visite di elevata complessità

III. Sovra-aziendale (corrispondente alla Regione):

comprende prestazioni di alta tecnologia e/o alta specializzazione o esami da effettuare in centri di riferimento

IV. Nazionale:

limitato a particolari prestazioni come ad esempio l’Adroterapia;

Per le prestazioni ambulatoriali effettuate negli ATG regionali e nazionali non è ovviamente prevista la garanzia assoluta del rispetto dei tempi di attesa

L’azienda riserva gli spazi ‘in garanzia’ in via preferenziale alla popolazione residente.

Di seguito gli ambiti territoriali che si prevede di garantire nel triennio in seguito alle procedure di acquisizione di risorse umane e strumentali

	Descrizione	Codice Nomenclatore	Ambiti territoriali di garanzia
1	VISITA CARDIOLOGICA	89.7	I. Distrettuale
2	VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7	II. Aziendale
3	VISITA ENDOCRINOLOGICA- DIABETOLOGICA	89.7	I. Distrettuale
4	VISITA NEUROLOGICA	89.13	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
5	VISITA OCULISTICA	95.02	I. Distrettuale
6	VISITA ORTOPEDICA	89.7	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
7	VISITA GINECOLOGICA	89.26	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
8	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7	I. Distrettuale
9	VISITA UROLOGICA	89.7	II. Aziendale
10	VISITA DERMATOLOGICA	89.7	I. Distrettuale
11	VISITA FISIATRICA	89.7	I. Distrettuale
12	VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7	II. Aziendale
13	VISITA ONCOLOGICA	89.7	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
14	VISITA PNEUMOLOGICA	89.7	I. Distrettuale

	Descrizione	Codice Nomenclatore	Ambiti territoriali di garanzia
15	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1	II. Aziendale
16	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2	II. Aziendale
17	TC TORACE	87.41	II. Aziendale
18	TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	87.41.1	II. Aziendale
19	TC ADDOME SUPERIORE	88.01.1	II. Aziendale
20	TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	88.01.2	II. Aziendale
21	TC ADDOME INFERIORE	88.01.3	II. Aziendale
22	TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	88.01.4	II. Aziendale
23	TC ADDOME COMPLETO	88.01.5	II. Aziendale
24	TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	88.01.6	II. Aziendale
25	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	II. Aziendale
26	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON CONTRASTO	87.03.1	II. Aziendale
27	TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.1	II. Aziendale
28	TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.1	II. Aziendale
29	TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE VERTEBRALE LOMBOSACRALE	88.38.1	II. Aziendale
30	TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.38.2	II. Aziendale
31	TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC	88.38.2	II. Aziendale
32	TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE VERTEBRALE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	88.38.2	II. Aziendale
33	TC DEL BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	II. Aziendale
34	RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	III Sovra-aziendale
35	RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	III Sovra-aziendale
36	RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	III Sovra-aziendale

37	RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	III Sovra-aziendale
38	RMN DELLA COLONNA IN TOTO	88.93	III Sovra-aziendale
39	RMN DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	88.93.1	III Sovra-aziendale
40	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
41	ECO(COLOR) DOPPLER CARDIACA	88.72.3	II. Aziendale
42	ECO(COLOR) DOPPLEGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5	II. Aziendale
43	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
44	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
45	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1	I. Distrettuale o area distrettuale NE e area distrettuale SO
46	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1	II. Aziendale
47	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2	II. Aziendale
48	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	II. Aziendale
49	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88.78.2	II. Aziendale
50	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA E/O VENOSA	88.77.2	II. Aziendale
51	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23	II. Aziendale
52	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA	45.42	II. Aziendale
53	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	II. Aziendale
54	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	II. Aziendale
55	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA IN SEDE UNICA	45.16	II. Aziendale
56	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	I. Distrettuale
57	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	89.50	I. Distrettuale
58	ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41	I. Distrettuale
59	ALTRI TEST VASCOLARI DA SFORZO	89.44	I. Distrettuale
60	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1	I. Distrettuale
61	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1	I. Distrettuale
62	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2	I. Distrettuale
63	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	95.11	I. Distrettuale
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO SUPERIORE.	93.08.1	II. Aziendale
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO INFERIORE	93.08.1	II. Aziendale
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL CAPO	93.08.1	II. Aziendale
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL TRONCO	93.08.1	II. Aziendale
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO	93.08.1	II. Aziendale
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE	93.08.1	II. Aziendale

3. PIANO DI COMUNICAZIONE MULTIMEDIALE

Il piano della comunicazione coinvolgerà, pertanto, tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, formazione, relazioni con il pubblico, relazioni sindacali, informatiche, rapporti con i medici prescrittori ed erogatori.

3.1 Informazione ai cittadini

Il presente Piano, in linea con le indicazioni regionali, prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti. I cittadini debbono essere consapevoli delle opportunità e dei servizi di cura ed al tempo stesso responsabili delle modalità di utilizzo.

In particolare si ritiene indispensabile avere:

- la conoscenza degli elementi fondamentali di gestione e controllo della propria salute;
- la capacità di un uso attento ed appropriato dei servizi sanitari;
- la conoscenza e la consapevolezza dei propri diritti ad essere curati.

Al fine di porre in essere un percorso partecipativo, l'Azienda:

- ha istituito l'Osservatorio aziendale per le liste di attesa con delibera n. 8/2018 e s.m.i,
- ha istituito il Tavolo Misto Permanente sulla Partecipazione civica relativamente alle attività aziendali che comportano comunicazioni ufficiali con delibera n.611/2012 e s.m.i,
- ha attivato il programma “+ vita”- PDTA: innovativo progetto dell'ASL di Latina che propone un nuovo modello di gestione del percorso di cura del paziente cronico; il modello intende fornire un approccio sistematico alla gestione della cronicità che parta dal coinvolgimento diretto del paziente, che insieme ai Medici di Medicina Generale e all'Azienda ASL, diventa responsabile e parte attiva delle azioni volte a “prendersi cura del proprio stato di salute”; in tal modo si realizza una corretta comunicazione ed informazione dei cittadini, per favorire corretti stili di vita, per permettere la fruizione appropriata dei servizi e per assicurare l'affidamento agli operatori sanitari, il progetto è stato discusso con tutti gli attori e presentato anche nelle piazze
- aggiorna il sito web Aziendale in cui è presente uno spazio dedicato alle liste di attesa dove sono pubblicati i provvedimenti regionali e aziendali relativi alle liste di attesa, è stato inserito un link che permette di collegarsi alla Regione per conoscere i tempi di attesa delle prestazioni e di procedere a disdette e spostamenti

3.2 Formazione e confronto con i medici prescrittori

L'Azienda ha svolto e continuerà a svolgere specifici programmi di formazione e confronto dei medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva, dei PDTA: il programma “+ vita”- PDTA è stato discusso con tutti gli operatori coinvolti.

Specifici progetti di formazione sull'appropriatezza clinica e prescrittiva sono stati già inseriti nell'ambito dei Piani Formativi Aziendali.

Le Commissioni Distrettuali per l'Appropriatezza Prescrittiva (CAPD), dedicano adeguato all'analisi dei report sull'appropriatezza e alla condivisione “tra pari” dei criteri utilizzati e l'individuazione di possibili interventi correttivi.

4. GOVERNO DELLA DOMANDA

4.1 Appropriately prescriptive

Il governo della domanda si attua attraverso l'applicazione sistematica delle classi di priorità sia in fase di prescrizione che di prenotazione, sia attraverso la separazione dei canali di accesso (agende dedicate ai primi accessi organizzate per classi di priorità e agende dedicate ad accessi successivi). L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene tramite una prescrizione su ricettario nazionale ovvero su ricetta elettronica, redatta dal medico specialista, dipendente o convenzionato, dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta. La prescrizione della ricetta dematerializzata deve rappresentare, entro il triennio di vigenza del presente piano, la parte più rilevante delle prescrizioni.

La ricetta deve riportare:

- A. Tipo di accesso
- B. Quesito diagnostico
- C. Indicazione della classe di priorità per le prestazioni di primo accesso.

A. Tipo di accesso

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono state prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che il medico prescrittore richiede in conseguenza di un precedente esame o visita finalizzata alla conclusione del percorso per patologie per cui non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico terapeutico. Per le prescrizioni non dematerializzate il tipo di accesso è individuato dalla valorizzazione della priorità (U, B, D, P) nel caso di primo accesso.

Le prestazioni di secondo Accesso per Controlli Successivi, definite per differenza, riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (a pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale). Si considerano prestazioni di secondo accesso anche quelle prescritte a pazienti cronici, fuoriusciti dai percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione, oppure le prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un PDTA, a completamento del quadro diagnostico.

Le visite e le prestazioni strumentali che saranno prescritte come Controlli successivi, nell'ambito di follow-up, di percorsi diagnostico terapeutici e in genere di presa in carico di un paziente cronico, potranno essere contraddistinte dal medico mediante biffatura della casella Altro mentre non dovrà essere indicata la classe di priorità. Conseguentemente, nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di "Primo Accesso" e prestazioni per "Controlli successivi"; in assenza di specifica indicazione (biffatura di una priorità o della casella Altro) la richiesta sarà considerata di Primo accesso con classe di priorità "P".

Questo tipo di richieste devono essere gestite dal Medico Specialista della struttura, senza rimandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN, realizzando la presa in carico dell'assistito.

In Azienda tutte le agende riservate ai Follow up, sono comunque visibili al sistema ReCUP.

B. Quesito diagnostico

Nella ricetta è sempre obbligatoria l'indicazione del quesito diagnostico per il *Primo Accesso*, o della diagnosi quando si tratta di *Controlli Successivi*, che deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico la prestazione sarà considerata come programmata.

Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare le prestazioni; può essere riportato testualmente facendo riferimento alla classificazione

internazionale delle malattie (ICD9-CM), o con la corrispondente codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione: XXX.XX).

Per adeguare il sistema, l' Azienda sta rimodulando gli spazi di presa in carico creando agende che possano accogliere *follow-up*, PDTA ecc.

Sono, invece, sempre escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi regionali di prevenzione attiva (screening).

Le agende sono state organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando una quota dedicata alle visite di controllo/*follow up*.

A tal fine l'azienda ha provveduto alla valutazione del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali analizzando sia la domanda di prestazioni degli assistiti sia il fabbisogno derivante da percorsi di presa in carico.

C. Indicazione della classe di priorità per le prestazioni di primo accesso.

Le classi di priorità sono state indicate nel precedente paragrafo, per l'individuazione delle stesse si richiama quanto contenuto in precedenti documenti regionali ed in particolare nel Dca n.211/2016 avente ad oggetto le linee guida per l'attribuzione della classe di priorità.

L'Azienda ASL relativamente al governo della domanda ha attuato i seguenti interventi:

- allineamento anagrafica aziendale CUP con il CUR (nomenclatore regionale),
- riorganizzazione di tutte le agende di I accesso per classi di priorità,
- informazione e formazione medici prescrittori: secondo dati regionali nella ASL di Latina nel 78% delle prescrizioni è indicata la classe di priorità a fronte di un valore medio regionale del 50% (verbale riunione Regione Lazio del 17 maggio 2018); nel corso di questi incontri formativi sono emerse delle criticità prevalentemente di natura informatica, in particolare la difficoltà dei medici ospedalieri e territoriali aziendali di collegarsi al SISMED regionale, sistema lento e farraginoso, per effettuare le prenotazioni mentre i medici di medicina generale che usano i propri applicativi, prescrivono, quasi tutti utilizzando la ricetta dematerializzata,
- overbooking per agende dedicate ad urgenza brevi,
- separazione canali accesso per prime visite e ritorni/cronici, a tal proposito si stanno predisponendo PDTA e percorsi per pazienti cronici, fragili, non autosufficienti, con prenotazione diretta da parte del medico che ha in carico il paziente su agende dedicate,
- azioni per uniformare i tempi delle prestazioni all'interno dell'azienda
- inserimento nel sistema RECUP e trasparenza delle agende di prenotazione sia per le agende per i primi accessi che per quelle per accessi successivi, indicata dalla riduzione degli accessi diretti: 25% nel 2017 e 21% nel 2018,
- inserimento nel sistema RECUP e trasparenza delle agende di prenotazione per la libera professione intramuraria;
- informazione relativa alla mancata disdetta della prenotazione attraverso il sito aziendale, la carta dei Servizi e il coupon di prenotazione: l'utente che non si presenti all'appuntamento, non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità a fruire della prestazione almeno 72 ore prima della data prenotata, escludendo la domenica i giorni festivi, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento di un importo pari alla compartecipazione stessa; la sanzione non si applica in presenza di gravi e documentati motivi (es. esibizione di certificato di malattia); analogamente, l'utente che, dopo avere usufruito di una qualsiasi prestazione non provveda a ritirare il referto diagnostico entro 30 giorni, è tenuto al versamento di un importo corrispondente alla tariffa regionale relativa alla prestazione stessa.

La Regione ha messo a disposizione un servizio di recall per contattare i pazienti ed utilizzare, in caso di disdetta, gli spazi disponibili, ottimizzando la produzione, inoltre per la maggior parte delle agende è stato previsto il lancio automatico del calendario per cui le prenotazioni possono essere

effettuate fino ad un tempo massimo di 364 giorni dalla prenotazione considerando che l'impegnativa ha una durata di validità di 365 giorni e l'applicativo ReCUP Web si blocca a 365 giorni non permettendo di effettuare prenotazioni oltre l'anno.

4.2 Verifica appropriatezza prescrittiva

L'insufficienza dell'offerta può naturalmente dipendere anche da un eccesso di domanda dovuta a prescrizioni inappropriate sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Diventa fondamentale la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso:

- 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, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori.

L'azienda ha attuato i seguenti interventi:

- attivazione delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva distrettuali (CAPD)
- iniziative di formazione ed informazione per il coinvolgimento e sensibilizzazione degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta, presenti nel Piano formativo aziendale, come indicato anche nel Piano di comunicazione,
- informazione dei cittadini, trattata nel Piano di comunicazione
- utilizzo di modelli di governo clinico,
- implementazione di PDTA,
- interconnessione tra la rete ospedaliera, la rete territoriale e la medicina generale,

4.3 Modalità di accesso per le prestazioni programmabili

Analogamente alle prestazioni prenotabili secondo le classi di priorità, anche le prestazioni programmabili e/o riservate a percorsi interni prevedono criteri, modalità e procedure d'accesso.

Si elencano le principali tipologie di prestazioni ambulatoriali che sono erogate attraverso agende CUP riservate:

- Primi accessi per classi di priorità: urgenze MMG/PLS, urgenze brevi, differibili, programmate
- Accessi successivi: come Percorsi interni e follow up (cardiopatie, Trapiantabili/trapiantati, percorso pediatrico, percorso nascita, percorsi oncologici ecc);
- Day Service: PAC, APA;
- PDTA
- Libera professione

Le modalità di accesso delle prestazioni di ricovero sono indicate successivamente.

5. GOVERNO DELL'OFFERTA

5.1 Contesto di riferimento

Il territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Latina coincide con quello della Provincia. La provincia di Latina si estende per 2.250 kmq, è costituita da 33 comuni e una popolazione residente di 575.577 abitanti (popolazione ISTAT al 01.01.2018).

Il trend della popolazione della provincia di Latina per la fascia di età degli over 65 è passata in poco più di trent'anni, dai 42.550 mila ai 116.500. Oltre all'invecchiamento della popolazione, nella valutazione dei fabbisogni di salute, impatta in modo determinante la prevalenza delle patologie croniche. Già oggi, circa il 40% della popolazione della Provincia di Latina è affetto da una patologia cronica e circa il 20% da due o più patologie croniche.

L'elemento di preoccupazione riguarda l'evidenza che il tema della cronicità interessa, in prevalenza, le persone con più di 65 anni; un incremento di pazienti anziani e cronici, renderebbe il sistema difficilmente sostenibile alle attuali condizioni.

5.2 Committenza

L'Azienda, che svolge un ruolo di committenza e governo nei confronti dell'offerta di salute rivolta alla popolazione, ha analizzato i dati dei flussi informativi per conoscere e valutare la domanda espressa dai propri residenti, nelle strutture pubbliche e private accreditate della ASL e delle altre aziende regionali e per confrontarla con la produzione erogata dalle strutture del territorio aziendale.

Inoltre, anche al fine di tener conto della quota di domanda non soddisfatta, sono state elaborate stime del fabbisogno di prestazioni nell'ambito di percorsi definiti: PDTA diabete, PDTA BPCO, PDTA scompenso cardiaco, percorsi oncologici.

In seguito all'analisi, si sta procedendo ad interventi di riorganizzazione ed efficientamento della produzione.

Di seguito sono riportate alcune tabelle esemplificative dell'analisi condotta.

Domanda dei residenti della provincia di Latina		
numero prestazioni di specialistica ambulatoriale	anno 2018	
	Strutture pubbliche ASL LATINA	3.248.778
Strutture private accreditate ASL LATINA	1.794.489	30%
Mobilità passiva infraregione	982.950	16%
TOTALE	6.026.217	100%

Offerta della ASL Latina

numero prestazioni di specialistica ambulatoriale	anno 2018
Strutture pubbliche ASL LATINA	3.402.180
Strutture private accreditate ASL LATINA	1.902.791

Domanda dei residenti della provincia di Latina

numero prestazioni critiche specialistica ambulatoriale	anno 2018	
Strutture pubbliche ASL LATINA	187.420	51%
Strutture private accreditate ASL LATINA	93.125	25%
Mobilità passiva infraregione	88.769	24%
TOTALE	369.314	100%

Offerta della ASL Latina

numero prestazioni critiche specialistica ambulatoriale	anno 2018
Strutture pubbliche ASL LATINA	220.307
Strutture private accreditate ASL LATINA	113.617

Domanda dei residenti della provincia di Latina

prestazioni critiche	AMB ASL LT	PRIVATO ASL LT	MP INFRA REGIONE
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	1.787	-	324
VISITA CARDIOLOGICA	13.249	9.352	4.241
VISITA DERMATOLOGICA	12.702	6.704	5.151
VISITA GASTROENTEROLOGICA	1.829	340	1.150
VISITA ENDOCRINOLOGICA	6.887	512	1.034
VISITA ONCOLOGICA	1.972	-	1.262
VISITA ORTOPEDICA	5.875	9.077	2.598
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	9.732	512	2.380
VISITA PNEUMOLOGICA	5.927	1.391	720
VISITA FISIATRICA	2.923	1.339	428
VISITA UROLOGICA	2.134	1.421	1.535
VISITA NEUROLOGICA	5.348	792	2.176
VISITA GINECOLOGICA	9.868	1.132	2.268
VISITA OCULISTICA	19.487	1.066	4.468
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	2.270	-	452
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	382	-	640
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	2.495	-	1.032
COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	8	-	66
RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	52	-	96
BIOPSIA [ENDOSCOPIA] DELL' INTESTINO CRASSO	1	-	222
POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	205	-	113
TC CRANIO-ENCEFALO	268	-	206
TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	2.150	-	1.970
MAMMOGRAFIA BILATERALE	3.113	-	2.060
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	42	-	122
TC TORACE	819	-	1.266
TC SENZA E CON CONTRASTO TORACE	3.136	-	2.959
TC ADDOME SUPERIORE	27	-	21
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE	96	-	179
TC ADDOME INFERIORE	28	-	11
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME INFERIORE	73	-	104
TC ADDOME COMPLETO	194	-	443
TC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME COMPLETO	3.078	-	2.953
TC DEL RACHIDE E SPECO VERTEBRALE CERVICALE	153	-	135
TC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	4	-	24
TC DEL BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	22	-	33
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	2.511	-	2.221
ECO(COLOR) DOPPLER CARDIACA	1.353	-	2.659
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	1.421	-	2.021
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	58	-	94
ECO(COLOR)DOPPLEGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	4.623	3.320	2.572
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	1.875	-	1.760

ASL Latina - Piano Attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa 2019-2021

ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	414	-	544
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	4.160	-	2.433
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA E/O VENOSA	3.007	1.478	1.622
ECOGRAFIA OSTETRICA	2.647	-	875
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	60	-	47
RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO	137	977	922
RMN DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO CON MDC	288	1.177	1.504
RMN DELLA COLONNA IN TOTO	322	3.799	4.213
RMN DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	79	513	936
RMN MUSCOLOSCELETRICA	242	3.349	4.190
RMN MUSCOLOSCELETRICA SENZA E CON MDC	7	82	176
RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	36	108	101
RMN ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	166	351	377
SPIROMETRIA SEMPLICE	3.392	-	340
SPIROMETRIA GLOBALE	466	-	623
ELETTROCARDIOGRAMMA DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA	122	-	128
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	1.035	-	454
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)	1.475	-	795
ELETTROCARDIOGRAMMA	28.546	15.117	6.897
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG)	286	29.215	4.262
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	5.822	1	423
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	4.534	-	738

Stima fabbisogno prestazioni per PDTA diabete, PDTA BPCO, PDTA scompenso

	Distretto 1 Aprilia Cisterna	Distretto 2 Latina	Distretto 3 Monti Lepini	Distretto 4 Terracina Fondi	Distretto 5 Formia Gaeta	ASL
branca	numero	numero	numero	numero	numero	numero
cardiologia	8.379	13.126	4.707	7.787	7.964	41.963
chir vascolare, angiologia	7.082	9.435	3.543	6.648	6.314	33.021
diabetologia	8.996	11.989	4.506	8.419	7.982	41.892
fisiatria	741	1.001	377	685	606	3.410
nefrologia	741	1.001	377	685	606	3.410
neurologia	741	1.001	377	685	606	3.410
oftalmologia	4.774	6.359	2.371	4.577	4.347	22.428
pneumologia	5.127	6.685	2.616	3.864	4.180	22.471
radiologia	3.595	5.599	2.034	3.031	3.295	17.553

5.3 Modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità

L'individuazione di scelte per il futuro, non può prescindere dalle grandi discontinuità che caratterizzano le dinamiche evolutive dei sistemi sanitari, in parte viste in precedenza:

- il trend demografico ed epidemiologico;
- i nuovi modelli assistenziali guidati anche dall'evoluzione tecnologica e scientifica;
- la sostenibilità economica.

L'Azienda ASL di Latina si sviluppa su un territorio lungo 194 km con una popolazione numericamente non importante per cui la sua offerta sanitaria non potrà mai essere sviluppata come quella di una grande città. Pertanto diventa necessario abbattere le distanze. È su questo semplice presupposto, oltre che dalle considerazioni sviluppate in precedenza, che ha preso progressivamente vita il progetto di presa in carico e di continuità assistenziale che intende sviluppare un nuovo modello di organizzazione dell'assistenza.

Per fare ciò, si è deciso di operare su più linee di attività, ed in particolare:

- Sviluppare Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA):
i percorsi assicurano al cittadino con problema di salute un'estensione non interrotta nel tempo degli obiettivi assistenziali attraverso una linearità di svolgimento degli interventi fra i diversi livelli e ambiti di erogazione delle cure e dell'assistenza; permettono di superare l'approccio assistenziale di risposta al singolo episodio di cura, mediante una modalità di governance (organizzazione e svolgimento) di processo, articolato e integrato nei suoi diversi passaggi volto a garantire al paziente un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso;
- Fare rete tra strutture territoriali ed ospedaliere: si tratta di passare da un insieme di singoli ospedali ad un sistema ospedaliero integrato in grado, attraverso il modello a rete, di moltiplicare i punti di accesso per il cittadino e di creare al tempo stesso veri e propri poli di riferimento; il territorio deve assumere oltre al primo contatto con il cittadino, l'identificazione, la classificazione e la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali.
- Utilizzare soluzioni IT (information technology) per la gestione del PDTA:
l'ASL ha previsto lo sviluppo di una piattaforma tecnologica integrata con gli applicativi aziendali, i flussi informativi, la medicina generale e i sistemi regionali (es. anagrafe regionale pazienti, servizio di prenotazione CUP, prescrizione elettronica), in grado di fornire una visione per processi incentrata sul paziente e non su singoli episodi di malattia o eventi di cura e di consentirne il monitoraggio.

La piattaforma sarà dotata delle seguenti funzionalità:

- Presa in carico del paziente: a seguito della stadiazione, il paziente può essere inserito in un PDTA e profilato in funzione del livello di complessità del problema di salute;
- Adattabilità del percorso in funzione delle caratteristiche del singolo paziente;
- Time-line percorso: in funzione del livello di complessità del PDTA sarà visualizzata la time-line di prestazioni routinarie associate al percorso senza vincolo temporale;
- Gestione Comorbidità: iscrizione del paziente a più PDTA, senza ripetizione delle prestazioni comuni ai PDTA;
- Programmazione prestazioni: gestione delle prestazioni routinarie del PDTA mediante la creazione di liste di programmazione senza orizzonte temporale (che non coincidono con la prenotazione);
- Prescrizione prestazioni/terapie;
- Prenotazione prestazioni su CUP regionale mediante agende dedicate;
- Reminder: attivazione di "Notifiche" rispetto a prestazioni/terapia presenti nelle liste di programmazione non ancora prenotate;
- Messaggistica tra professionisti coinvolti nella gestione del percorso del paziente;

- Tracciatura eventi: alimentazione del profilo del paziente con documentazione clinica prodotta (sia relativa al PDTA, che non direttamente associabile);
- Registrazione prestazioni extra-flusso: registrazioni delle attività svolte dai case manager della continuità assistenziale (Centrali di Continuità Territoriale).

L'approccio sistematico per la gestione della cronicità dell'ASL di Latina porterà a conseguire risultati attesi in termini di:

- benefici per il paziente, sia in termini di salute che in termini di riduzione di disagi
- efficienza nell'uso delle risorse (ad es. riduzione dei ricoveri, riduzione degli accessi in PS per riacutizzazioni, riduzione delle prestazioni ripetute, migliore gestione delle liste d'attesa con attenuazione del fenomeno del *drop out*, incremento dell'appropriatezza prescrittiva),
- supporto agli operatori nello svolgimento delle attività routinarie.

5.4 Potenziamento dell'offerta

L'azienda si sta muovendo, in via prioritaria, come già descritto rivedendo i modelli organizzativi. Inoltre sta provvedendo alla definizione di fabbisogni di personale (Piano triennale del fabbisogno) e di tecnologie.

Infatti tra le criticità relative alle liste di attesa si deve rilevare il numero non adeguato di risorse tecnologiche ed umane.

Per quanto riguarda le apparecchiature:

- RMN: l'Azienda è dotata di una Risonanza Magnetica ubicata presso l'Ospedale Goretti di Latina, per soddisfare le richieste di tutti i Pronto Soccorso e i reparti delle strutture ospedaliere dell'Azienda nonché le richieste ambulatoriali; una RMN di nuova attivazione è prevista presso l'ospedale di Formia;
- TAC: l'Azienda è dotata di n° 1 TAC in ogni Presidio (Goretti Latina – Fiorini Terracina-S.G. di Dio Fondi- Dono Svizzero Formia) per soddisfare le richieste dei Pronto Soccorso, dei reparti ospedalieri e le richieste ambulatoriali;
- Ecografi: il numero degli ecografi presenti prevalentemente negli ospedali, con un numero esiguo a livello territoriale è comunque sottostimato rispetto alla domanda di prestazioni ecografiche. Proprio in questi mesi a seguito del Progetto di produttività aggiuntiva svoltosi nel corso dell'anno 2017, la Regione, come aveva previsto nel DCA 110/2017 ha fornito l'Azienda di n° 8 ecografi che però nella maggior parte dei casi sono andati a sostituire macchine ormai vetuste.

Per quanto riguarda la carenza di organico, in particolare tecnici di radiologia e medici, causata prevalentemente dal blocco del turn over per oltre un decennio nella Regione Lazio, negli ultimi due anni l'Azienda si è impegnata fortemente e continua ad impegnarsi per l'acquisizione di nuovo personale, ricorrendo anche, in via temporanea, all'acquisto di prestazioni aggiuntive.

6. FLUSSI INFORMATIVI

L'Azienda Sanitaria di Latina garantisce la completezza e l'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.

In particolare, le rispettive strutture aziendali sovrintendono ai flussi informativi RECUP, SIAS e SIO.

Inoltre, sono stati implementati e già attuati secondo procedure previste dalla Regione:

- Monitoraggio ex-post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio attività di ricovero
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio PDTA
- Monitoraggio ALPI
- Monitoraggio tempi attesa attraverso sito web aziendale: nel sito è presente un link con collegamento al sito regionale: per le prestazioni critiche la Regione effettua un monitoraggio quotidiano/settimanale/mensile dei tempi di attesa che invia a tutte le aziende sanitarie; il monitoraggio calcola, tra tutti gli utenti che quotidianamente/settimanalmente/mensilmente prenotano una prestazione critica con classe di priorità "B" o "D" in quale percentuale l'Azienda riesce a soddisfare nei tempi stabiliti; viene considerata soddisfacente una risposta del 90% delle richieste con classe di priorità "B" e "D"; sufficiente una risposta uguale o superiore al 50%, non soddisfacente una risposta inferiore al 50%.

Inoltre, l'Azienda Sanitaria di Latina, attraverso le proprie risorse, ha elaborato per le prestazioni ambulatoriali una reportistica interna con frequenza mensile che descrive:

- tipologia e volume prestazioni in SSN/Tariffa aziendale/ALPI,
- tempi di attesa istituzionale e ALPI per le prestazioni critiche

Infatti, i flussi informativi relativi a RECUP e SIAS, oltre a presentare criticità rispetto alle nuove modalità di prenotazione, non consentono adeguate analisi e non sono allineati tra loro.

7. PERCORSI DI TUTELA

L'azienda si sta muovendo secondo le linee riportate:

- implementazione percorsi /PDTA precedentemente descritti,
- predisposizione regolamento per attuazione percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire,
- definizione fabbisogni di personale e di tecnologie, per ricorrere all'utilizzo di prestazioni aggiuntive,
- identificazione della tipologia e dei volumi di prestazioni che le strutture private accreditate devono destinare alle agende prenotabili in seguito ad accordi.

8. REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITÀ IN LIBERA PROFESSIONE

L'esercizio dell'Attività Libero Professionale non può essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e non deve causare il prolungarsi dei tempi di attesa dell'attività istituzionale. In base a tale principio ed alla normativa vigente, l'ASL di Latina ha adottato il Regolamento della Libera Professione (Deliberazione n° 491 del 29.10.2015 e s.m.i.) prevedendo specifici strumenti e procedure di governo e controllo. L'esercizio dell'attività Libero Professionale potrà essere sospeso nel caso di persistente violazione dei parametri fissati dall'Azienda in ordine ai volumi di attività ed alle liste di attesa.

Nell'ASL di Latina, le agende per la libera professione sono trasparenti ed inserite nel sistema RECUP e la prenotazione avviene solo attraverso il ReCUP.

Inoltre tra gli obiettivi di budget negoziati vi sono i volumi delle prestazioni ambulatoriali ed il miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni critiche.

Periodicamente sono prodotti e trasmessi report di monitoraggio, in particolare relativi a:

- tipologia e volume prestazioni in SSN/Tariffa aziendale/ALPI,
- tempi di attesa istituzionale e ALPI per le prestazioni critiche.

9. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO**9.1 Elenco delle prestazioni critiche in regime di ricovero**

E' stato recepito integralmente l'elenco delle prestazioni critiche in regime di ricovero:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	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; 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 tumore maligno alla tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angiopastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervanto 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	Coronografia	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	

9.2 Classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero -

Sono stati recepiti le seguenti classi di priorità e tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero:

- *Classe A*: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- *Classe B*: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- *Classe C*: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e non manifestano tendenza ad aggravarsi, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- *Classe D*: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

9.3 Gestione

Sono stati individuati per ciascuna unità operativa di ricovero un numero di posti letto destinati ai ricoveri ordinari programmati, distinti dai posti letto per ricoveri urgenti provenienti da Pronto Soccorso. Da gennaio 2018, è entrato a regime il sistema di gestione informatizzata delle liste d'attesa per ricovero programmato, precedentemente gestito tramite registri cartacei; l'informatizzazione garantisce immediata trasparenza e tracciabilità del processo dalla prima visita ambulatoriale, con inserimento in lista d'attesa per intervento/ricovero in elezione secondo classe di priorità, alla chiamata in preospedalizzazione per l'esecuzione degli esami propedeutici, fino alla consegna della cartella al reparto ai fini della convocazione per il ricovero.

Le liste d'attesa vengono monitorate globalmente per tipologia di casistica, numero di pazienti per UOC e per classe di priorità. E' utilizzato ai fini del monitoraggio, un sistema di reporting relativo a ricoveri da lista d'attesa, tempi per reparto, stato prenotazioni. In base al monitoraggio delle liste vengono inoltre modulate/assegnate sedute operatorie supplementari alle Unità Operative chirurgiche con maggior numero di pazienti e/o classi A di priorità.

Al di là della reportistica periodica, vengono comunque esaminati singolarmente i casi per i quali pervengono richieste di informazioni sulle tempistiche stimabili ai fini del ricovero.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.

Inoltre, le Aziende Sanitarie per garantire il requisito di trasparenza presentano sul sito Aziendale il Monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri.

Al fine di garantire "l'appropriatezza erogativa" della prestazione, l'azienda pone attenzione al corretto *setting* assistenziale, che rientra anche tra gli obiettivi di budget; sono state implementate nel tempo le altre modalità di erogazione, come Day service, week surgery.