



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale Provvisoria: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

Delibera del Commissario Straordinario n. 502 del 30/06/2019

Oggetto: PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

PER IL TRIENNIO 2019-2021 -PROVVEDIMENTI

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTA la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 6174 del Servizio Proponente, DIRETTORE SANITARIO

Hash documento formato .pdf (SHA256):

1092d3a1c52c3ed9ace77c9d1c0dbe931869335318897a56695997cd1996323d

Hash documento formato .p7m (SHA256):

7b5d6e45b6968a3561dfdda7f20b80250732505133b3fffa9509ac88f35ed8b8

Firmatari: PIETRO MANZI,PIETRO MANZI,ENRICO MARTELLI

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicato:

Direttore Sanitario: Dr. Pietro Manzi - parere: FAVOREVOLE

Direttore Amministrativo: Dott. Enrico Martelli - parere: FAVOREVOLE

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO (*)
(Dr. Imolo Fiaschini)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 502 DEL 30/06/2019

Normativa di riferimento:

- ✓ Deliberazione di Giunta Regionale n. 402 del 15 aprile 2014 intitolata “Atto di indirizzo regionale per la predisposizione dei regolamenti aziendali che disciplinano l’Attività Libero Professionale Intramuraria. Approvazione” e successive Delibere aziendali.
- ✓ D.G.R. Umbria n.1009 del 4 agosto 2014 “Piano Straordinario per il Contenimento delle Liste di Attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale.”
- ✓ Delibera del Direttore Generale n. 795 del 24/09/2014 “D.G.R. Umbria 1009/2014 - Piano attuativo aziendale per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale - Determinazioni.”
- ✓ D.G.R. n. 389 del 11.04.2016 “Misure relative all’appropriatezza organizzativa ospedaliera delle prestazioni potenzialmente inappropriate di cui agli Allegati A e B al Patto per la salute 20102012” e successiva Delibera aziendale.
- ✓ DGR n. 498 del 9/05/2016 “Aggiornamento ed integrazione del Piano Straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 4 agosto 2014). Obiettivi per il biennio 2016-2018”.
- ✓ Delibera n. 664 del 04/10/2016 Piano Attuativo Aziendale per Il Contenimento delle Liste di Attesa Evoluzione Anno 2016.
- ✓ DGR n. N. 902 del 28/07/2017 “Piano Nazionale della cronicità, recepito con DGR 28.12.2016, n. 1600 Determinazioni” e successiva Delibera Aziendale del 30/12/2017.
- ✓ DGR n. N. 903 del 28/07/2017 “Approvazione verbale Comitato Regionale medici medicina generale del 24/07/2017. Accordo Integrativo Regionale 2017 (Riorganizzazione della Medicina generale e Continuità assistenziale)” e successiva Delibera Aziendale 1553 del 29/12/2017.
- ✓ DGR n. 1516 del 20 dicembre 2018 “Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per il periodo 2019-2021 e definizione dei volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019”.
- ✓ Accordo della Conferenza dello Stato e delle Regioni e Province autonome del 22 febbraio 2019, che sancisce l’intesa per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

- ✓ DGR 610/2019 “Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021”.
- ✓ Determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 “Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)”.

Motivazione:

La Regione Umbria, fin dall'adozione del primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa risalente all'anno 2006, in coerenza con quanto previsto a livello nazionale, ha posto in essere tutte le strategie possibili per arginare un problema molto sentito a livello regionale e nazionale.

Con DGR n. 1118 del 26/07/2010 recante “Piano straordinario per il contenimento dei tempi di attesa. Recepimento atti aziendali e ridefinizione CUP”, ha approvato la riorganizzazione del Centro Unificato di Prenotazione (CUP), per consentire a tutti i cittadini umbri di accedere ai servizi regionali e di effettuare prenotazioni per prestazioni di specialistica ambulatoriale su tutte le strutture del territorio regionale, dando precedenza alle prestazioni sottoposte a prioritarizzazione, secondo la metodica dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO.

Con DGR n. 48 del 24/01/2011 avente ad oggetto “Recepimento del "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012” ha definito ulteriori azioni:

- l'uso sistematico dei RAO e il rispetto dei tempi come strategia principale per governare la domanda di prestazioni;
- l'uso sistematico delle classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione delle prime visite e dei controlli;
- la ridefinizione dell'organizzazione del CUP regionale, per integrare l'offerta pubblica e del privato accreditato e per supportare i percorsi diagnostico terapeutici, recependo le Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'accordo stato regioni 29 aprile 2010;
- l'aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono stati fissati i tempi massimi di attesa;
- la ridefinizione del ruolo delle prestazioni erogate in regime libero professionale all'interno dell'Azienda nell'ambito del governo delle liste di attesa, stabilendone il monitoraggio;
- il monitoraggio della presenza sui siti WEB aziendali delle informazioni su liste e tempi di attesa, a garanzia della trasparenza e dell'equità di accesso.

Successivamente, nel 2014, in attesa della definizione del nuovo Piano Nazionale per il Governo dei tempi di attesa, la Regione ha anticipato alcune azioni volte a contrastare il fenomeno dei lunghi tempi di attesa, con la approvazione di un Piano straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di

specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 04 agosto 2014), per garantire a tutti i cittadini i Livelli essenziali di assistenza con azioni mirate per il controllo complessivo del rapporto domanda/offerta delle prestazioni specialistiche.

In virtù di quanto previsto dalla DGR 1009/2014 e dalle relative linee d'indirizzo, l'USL Umbria n. 2, con Delibera del Direttore Generale n. 795 del 24/09/2014, ha adottato il Piano Attuativo Aziendale, redatto in collaborazione e integrazione con l'Azienda Ospedaliera di Terni, in quanto si ottiene un più efficace governo del fenomeno se si agisce congiuntamente, in quanto entrambe le Aziende rispondono allo stesso bacino di utenza, soprattutto per il Distretto di Terni. Il lavoro integrato ha permesso di redigere piani attuativi ordinati ed articolati in maniera simile, complementari ed integrati (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali) laddove necessario e attuativi delle specifiche azioni di ognuna delle due Aziende.

Dopo il primo periodo d'interventi realizzati tra ottobre 2014 e dicembre 2015, in coerenza con il Piano Attuativo per il contenimento delle liste di attesa deliberato nel 2014, nella prima parte del 2016 questa Azienda ha intrapreso il consolidamento delle misure già adottate e alle azioni di miglioramento per ottenere la garanzia dei tempi massimi stabiliti per tutte le prestazioni erogate.

Nel 2016, a distanza di poco meno di due anni, considerati i risultati raggiunti tangibili e ben quantificabili, verificati con i monitoraggi effettuati, si è ritenuto opportuno con la DGR 498 del 9 maggio 2016 - *Aggiornamento e integrazione del Piano straordinario per il contenimento delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (DGR 1009 del 4 agosto 2014)*. *Obiettivi per il biennio 2016-2018*, integrare le azioni già attuate con altri interventi che nel momento contingente risultavano efficaci e realizzabili, con i seguenti obiettivi prioritari:

- appropriatezza della domanda di prestazioni sanitarie identificando i reali bisogni di Salute;
- rimodulazione dell'offerta di prestazioni sanitarie, rispondendo ai bisogni di salute;
- monitoraggio, controllo e valutazione;
- informazione e comunicazione ai cittadini e agli operatori.

L'Azienda ha quindi redatto il documento "Piano attuativo aziendale per il contenimento delle liste di attesa – Anno 2016" approvato con Delibera n. 664 del 4/10/2016 nel quale, nell'ottica di proseguire nell'utilizzo degli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso al servizio sanitario regionale, ha identificato le modalità con cui si intendeva consolidare le misure già adottate e ha indicato le ulteriori strategie da mettere in atto, secondo quanto indicato nella DGR n. 498/2016 e, riporta, per ogni area, il mandato regionale evidenziato e le specifiche azioni aziendali di intervento per gli obiettivi da raggiungere. È stato anche sottoscritto con l'Azienda Ospedaliera di Terni il Protocollo di Integrazione tra

Azienda Usl Umbria 2 e Azienda Ospedaliera di Terni parte integrante degli Accordi Contrattuali con specifiche azioni per l'azione integrata interaziendale per il governo delle liste di attesa.

Alcune delle azioni intraprese nei Piani regionali e aziendali sopra richiamati sono oggi contenute nel Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019 – 2021, quali ad esempio l'estensione degli orari di lavoro nei giorni feriali, l'apertura degli ambulatori il sabato e la domenica per le prestazioni più critiche, l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità, la separazione tra primi accessi e accessi successivi, l'utilizzo delle classi di priorità e dei RAO, l'attivazione di percorsi di tutela.

Ferme restando le strategie e le azioni già individuate con il primo Piano Regionale e le successive misure adottate con i piani regionali ed aziendali successivi, la Regione ha ritenuto necessario ribadire alcuni principi, puntualizzare alcune azioni e inserire gli elementi di novità necessari al fine di dare piena attuazione al nuovo Piano Nazionale.

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 610 del 6.5.2019 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 ed è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

Il Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA) 2019-2021, in coerenza con il Piano nazionale e con quanto già realizzato nella nostra Regione e in ambito aziendale e interaziendale, mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema (Specialisti, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e il rafforzamento dell'utilizzo dei RAO a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni. L'elenco dei RAO già adottato a livello regionale negli anni passati è stato ampliato con le ulteriori prestazioni contenute nell'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e con le prestazioni sottoposte a monitoraggio dal medesimo Piano.

La Regione ha inoltre evidenziato che l'attuazione del PRGLA debba essere strettamente correlata all'attuazione del Piano Regionale della Cronicità (DGR n. 902/2017), in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), dove riveste ruolo centrale la presa in carico globale del paziente cronico.

Resta fermo l'obiettivo, già previsto nei Piani regionali e aziendali precedenti e riaffermato dal PNGLA 2019-2021, di realizzare un percorso per il governo delle liste di attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con la corretta differenziazione tra le prestazioni di primo accesso e quelle dei controlli successivi, il rispetto delle Classi di priorità e dei RAO,

l'applicazione di criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Nella ridefinizione degli obiettivi e delle strategie da utilizzare deve essere garantita la coerenza con:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata (D.M. 2 novembre 2011);
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni anche rispetto alle Linee guida nazionali - sistema CUP

Con determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 "Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)" è stato approvato il documento "Tabelle RAO-Regione Umbria", che ha aggiornato e sostituito l'Allegato A "Tabelle RAO-Regione Umbria" al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR n. 610/2019), ed è stato stabilito che per l'utilizzo delle Tabelle RAO contenute nell'Allegato A di cui al punto 1 si deve far riferimento al PRGLA 2019-2021 approvato con DGR 610/2019.

Il PRGLA ha previsto (sezione 5 del PRGLA) che:

- entro 60 giorni dall'adozione del piano regionale le Aziende Sanitarie della Regione debbano adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale;
- debbano provvedere all'invio dello stesso alla Regione per il successivo monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;
- al fine di rendere più efficaci le azioni che verranno programmate, è auspicabile che i Programmi attuativi aziendali siano interaziendali, elaborati cioè congiuntamente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento;
- debbano rendere disponibile il Programma Attuativo Aziendale sul portale dell'Azienda sanitaria e lo debbano costantemente aggiornare.

Per quanto sopra detto l'Azienda USL Umbria 2 e l'Azienda Ospedaliera di Terni, soprattutto per quanto di pertinenza del Distretto di Terni ambito territoriale in cui è ubicato l'Ospedale di Terni dell'Azienda Ospedaliera di Terni, hanno avviato i lavori per redigere il Programma Attuativo InterAziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 facendo riferimento ai contenuti del PRGLA.

Il PNGLA e il PRGLA sono stati illustrati al Consiglio dei Sanitari, al Collegio di Direzione, al Comitato della Medicina Generale, al Comitato Zonale della Specialistica Ambulatoriale, al Comitato dei Pediatri di

Libera Scelta, alle organizzazioni sindacali della Dirigenza e del Comparto al fine di dare la più ampia diffusione delle disposizioni normative nazionali e regionali in tema di governo delle liste di attesa. In tali sedi sono stati quindi illustrati i contenuti del Programma Attuativo InterAziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 al fine di dare attuazione alle disposizioni del Piano Regionale.

Il Programma Attuativo Aziendale e InterAziendale recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in particolare al paragrafo 4, e tutto quanto previsto dal Piano Regionale.

A tal fine la USL Umbria 2 con il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, tenendo presente anche quanto riportato nella sezione 5 del PRGLA:

- garantisce il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo". Pertanto è stato definito l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogabili e i relativi volumi, specifici per branca, sia per il pubblico che per il privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli per ogni Distretto sanitario. Tale offerta ha tenuto conto anche della mobilità passiva interregionale e della mobilità intraregionale al fine di riequilibrare l'offerta nei territori di residenza rispetto alle esigenze del territorio stesso;
- prevede l'obbligo di utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso o accesso successivo da parte di tutti i prescrittori (MMG, CA, PLS, Specialisti Dipendenti, Specialisti convenzionati) definendo obiettivi specifici e criteri di valutazione per il raggiungimento;
- promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali (es. incentivi concordanza RAO) e di ricovero, anche nell'ambito delle attività delle AFT;
- stabilisce di prevedere nei contratti con gli erogatori accreditati:
 - ✓ l'impegno da parte degli stessi "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione);
 - ✓ l'impegno da parte degli stessi a garantire le prestazioni a totale carico del cittadino con le tariffe del nomenclatore tariffario regionale vigente, applicato senza sconti, al fine di non attuare misure di concorrenza sleale verso l'Azienda al pari di quanto previsto per l'erogazione delle prestazioni in regime di libera professione intramuraria che devono avere tariffe più alte del nomenclatore tariffario vigente;
 - ✓ l'impegno da parte degli stessi a chiedere ai cittadini, al momento della prenotazione, se la prestazione richiesta a loro totale carico venga richiesta per rientrare nei tempi massimi di attesa; in

caso di effettiva richiesta in tal senso è fatto obbligo per la Struttura di rapportarsi preliminarmente con l'Azienda per le disposizioni in merito;

- prevede di attivare:
 - ✓ una “valutazione comparativa della qualità e dei costi” delle prestazioni erogate dagli erogatori privati e accreditati, ai sensi del comma 2 art. 8-quater D.Lgs 502/1992;
 - ✓ un piano di audit di verifica delle condizioni di erogazione delle prestazioni, della qualità del servizio reso e della qualità delle prestazioni erogate al fine del mantenimento del convenzionamento;
- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel Piano regionale, attraverso:
 - ✓ le campagne informative realizzate in collaborazione con l'AO di Terni ed anche con le altre Aziende e la Regione;
 - ✓ gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) attivi in tutti gli Ospedali aziendali e nelle sedi distrettuali;
 - ✓ l'aggiornamento costante della sezione dedicata e accessibile sul sito Web aziendale collegandosi al link <http://www.uslumbria2.it/> nel box “AREA DEL CITTADINO” e in particolare al link <http://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa>;
 - ✓ le Carte dei servizi, prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
 - ✓ la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
- favorisce l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- assicura l'attività di formazione di tutti gli attori interessati compresi gli operatori del Sistema CUP;
- assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282 (Finanziaria 2006) e fornisce alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;
- prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione;
- prevede che il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali anche attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e delle associazioni e dei comitati dei diritti stabilendo calendari di incontri specifici.

Inoltre la USL Umbria 2 con il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, tenendo presente anche quanto riportato nella sezione 6 del PRGLA:

- costituisce il tavolo di lavoro aziendale per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Programma attuativo aziendale e dal PRGLA. Il Tavolo è presieduto dal Direttore Sanitario e vi partecipano il referente sanitario aziendale, il Cup Manager aziendale, i Direttori di Distretto, i Direttori di Presidio, i Manager referenti sanitari individuati per i Distretti e i loro assistenti, nonché altre professionalità secondo le tematiche affrontate;
- costituisce, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Terni, il tavolo di lavoro interaziendale per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Programma attuativo interaziendale e dal PRGLA. Il Tavolo è presieduto dai 2 Direttori Sanitari e vi partecipano i referenti sanitari delle 2 Aziende, i Cup Manager delle 2 Aziende, il Direttore del Distretto di Terni, il Direttore del Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera di Terni, il Manager referente sanitario del Distretto di Terni e il suo assistente, nonché altre professionalità secondo le tematiche affrontate;
- stabilisce che il Direttore Sanitario rendiconti periodicamente in relazione alle attività svolte dai 2 tavoli, alle risultanze dei monitoraggi delle attività svolte previste dal Programma attuativo, ai volumi e ai tempi di attesa delle prestazioni erogate.

L'Azienda USL Umbria 2 ha già avviato le attività per definire il Programma Attuativo Aziendale e Interaziendale di Governo delle liste di Attesa 2019-2021 e a tal fine ha nominato Manager Sanitari di Distretto per la definizione dei singoli Programmi Attuativi di Distretto e ha avviato i lavori con l'Azienda Ospedaliera di Terni per la definizione del Programma interaziendale.

Obiettivo del Programma Attuativo Aziendale, nonché del Programma Interaziendale e dei Programmi Attuativi territoriali di Distretto è quello di ottimizzare l'organizzazione territoriale per favorire una più rapida ed efficiente gestione delle liste di attesa per l'esecuzione di prestazioni specialistiche e delle prestazioni di ricovero.

In relazione alle attività di analisi preliminari effettuate dai Manager Sanitari Distrettuali coinvolgendo le professionalità ritenute importanti sono stati definite le esigenze dei singoli territori per l'anno 2019.

L'analisi per la stesura del Programma Attuativo si sviluppa lungo alcune linee d'azione:

- l'ampliamento dell'offerta territoriale a favore dei residenti che possono fin da subito trovare più disponibilità nell'ambito prioritario di accesso, facendo riferimento alla quota di utenti che hanno avuto la prestazione in strutture ubicate in altri Distretti diversi da quello di residenza. I dati dell'erogato evidenziano la quota parte dell'offerta destinata ai non residenti del territorio, quota che potrà diminuire

con il progressivo ridursi della mobilità intraregionale ma non annullarsi completamente per quanto legato alla libera scelta del cittadino.

- l'adeguamento dell'offerta per le prestazioni successive al primo accesso e alla dimissione ospedaliera.
- l'offerta aggiuntiva di prestazioni in relazione alla quota di presa in carico per l'implementazione delle nuove prestazioni RAO per adeguare fin da subito l'offerta per classi di priorità e alla quota necessaria per i percorsi di tutela. Tale offerta aggiuntiva sarà importante per il secondo semestre dell'anno 2019 potendo ridursi fino a limitarsi solo a quella necessaria per i percorsi di tutela a partire dal 2020 in relazione al riequilibrio dell'offerta in relazione alla domanda del territorio con recupero della quota di pazienti in mobilità sanitaria intraregionale non per libera scelta ma per l'erogazione di un'offerta di prestazioni su base regionale e non distrettuale come avveniva prima di queste nuove disposizioni.

In particolare poi per il Programma attuativo territoriale del Distretto di Terni e in parte per quello del Distretto di Narni Amelia il Programma Attuativo tiene conto di quanto stabilito in sede di tavolo interaziendale che ha indicato alcune azioni prioritarie quali:

- necessità della gestione dei Piani Terapeutici nell'ambito delle seguenti branche specialistiche: cardiologia, reumatologia, oncologia, ematologia
- definizione per il Distretto di Terni di un'offerta congiunta per l'endoscopia digestiva e per la diagnostica per immagini in particolare per le alte tecnologie (per la RMN il discorso vale anche per il Distretto di Narni Amelia) dovendo l'Azienda Ospedaliera riservare oltre il 70% dell'offerta che può garantire alle prestazioni per interni e alla gestione di percorsi di II livello
- definizione per il Distretto di Terni dell'offerta per alcune prestazioni rilevate con tempi di attesa più critici quali ad esempio Visita Dermatologica, Visita Fisiatria, Visita Reumatologica, Vista Pneumologica, EMG, Ecografia, Prestazioni diagnostiche cardiologiche laddove l'offerta fra le due Aziende va rimodulata per consentire di assicurare i tempi di attesa per i primi accessi e per consentire di gestire i percorsi di presa in carico da parte dell'AO di Terni
- attivazione del programma interaziendale di offerta con l'erogazione di prestazioni di Specialisti in Consulenza in interscambio fra le Aziende e regolamentati da apposita Convenzione, come già avviene ad esempio per l'erogazione delle ecografie in Via Bramante da parte dei Radiologi dell'AO di Terni e di tante altre prestazioni o di quanto programmabile per l'erogazione di TAC presso l'Ospedale di Narni sempre da parte dei Radiologi dipendenti dell'AO di Terni
- attivazione del programma interaziendale di offerta per l'esame senologico e per la gestione del programma di screening oncologico della mammella per il Distretto di Terni
- definizione di un unico format di pubblicazione dei tempi di attesa

L'analisi dell'offerta attuale e della necessità di garantire i percorsi di tutela ha evidenziato le diverse necessità per Distretto. La scelta aziendale è quella di garantire prioritariamente le visite all'interno delle

strutture aziendali e di ampliare l'offerta per le prestazioni strumentali sia all'interno ma anche acquistandole dal privato accreditato attingendo alle specifiche risorse di cui alla DGR 1516/2018.

La stima, come detto è fatta sull'erogato 2018 e sulle attuali prestazioni in lista di attesa che di necessità devono essere evase al più presto, per cui dopo la prima fase di adeguamento dell'offerta e azzeramento degli esami inseriti nei percorsi di tutela i Manager Sanitari avranno il compito di procedere con ulteriore analisi che definisca la programmazione reale dell'offerta e quindi ad un aggiornamento del presente Programma Attuativo Aziendale con allegati i singoli Programmi Attuativi Distrettuali e Interdistrettuali.

In relazione a tale prima analisi sono indicate nel Programma Attuativo le esigenze dei singoli territori complessive dell'offerta di base e delle prestazioni da garantire nell'ambito dei percorsi di tutela.

Sono in corso le analisi anche per le eventuali esigenze di ulteriori prestazioni della branca di fisiokinesiterapia, delle prestazioni della neuropsichiatria infantile e delle altre branche specialistiche che saranno eventualmente inserite nel previsto aggiornamento.

Pertanto l'offerta illustrata nel Programma Attuativo è quella prevista complessivamente per il secondo semestre aggiuntiva a quella già garantita da rivedere dopo l'abbattimento delle attuali liste di attesa.

I Manager Sanitari avranno poi il compito di procedere con ulteriore analisi per la definizione della programmazione reale dell'offerta e quindi ad un aggiornamento del presente Programma Attuativo Aziendale con allegati i singoli Programmi Attuativi Distrettuali e Interdistrettuali, includendo anche le analisi per le eventuali esigenze di ulteriori prestazioni della branca di fisiokinesiterapia, delle prestazioni della neuropsichiatria infantile e delle altre branche specialistiche.

Esito dell'istruttoria:

Sulla base di quanto sopra esposto, si propone la seguente deliberazione:

1. Recepire le disposizioni contenute nella DGR 610/2019 avente ad oggetto "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 e recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021" nonché la determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 "Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019).
2. Approvare per il triennio 2019-2021 il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa proposto dal Direttore Sanitario, allegato alla presente quale parte integrale e sostanziale (Allegato 1);
3. Dare atto che il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui al precedente punto, è redatto anche recependo quanto condiviso con l'Azienda Ospedaliera di Terni al fine di rendere più efficaci le azioni programmate soprattutto nel Distretto di Terni che è l'ambito territoriale in cui è ubicata l'Azienda Ospedaliera di Terni.
4. Dare atto che sono stati individuati i Referenti Manager Sanitari dei Distretti i cui nominativi sono stati già trasmessi ai competenti Uffici regionali.

5. Istituire il tavolo di lavoro aziendale per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Programma attuativo aziendale e dal PRGLA.
6. Di istituire in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Terni il tavolo di lavoro aziendale per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Programma attuativo interaziendale e dal PRGLA;
7. Disporre la piena attuazione delle misure contenute nel Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 approvata al precedente punto n. 2.
8. Attribuire al Direttore Sanitario il mandato di coordinare, monitorare e rendicontare le attività conseguenti l'attuazione del Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021.
9. Utilizzare al fine di eseguire il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, le risorse messe a disposizione dalla Regione per l'attuazione del PRGLA anche facendo riferimento a quanto già previsto nella DGR n. 1516 del 20/12/2018 "Linee Guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario regionale per il periodo 2019-2021 e definizione dei volumi finanziari massimi per gli anni 2018-2019".
10. Di prendere atto dell'esito della verifica eseguita dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo in ordine alla definizione dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da acquistare dal privato accreditato per ciascun Distretto riferito all'anno 2019, per il governo delle liste di attesa, così come illustrato nel Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 di cui all'allegato 1, in riferimento, altresì, alle indicazioni dei Manager Sanitari rispetto alle esigenze dei territori ed in correlazione alle risorse massime individuate a livello regionale con la DGR n. 1516 del 20/12/2018.
11. Di dare mandato ai Manager Sanitari di procedere con ulteriore analisi alla definizione della programmazione reale dell'offerta e quindi ad un aggiornamento del presente Programma Attuativo Aziendale con allegati i singoli Programmi Attuativi Distrettuali e Interdistrettuali, includendo anche le analisi per le eventuali esigenze di ulteriori prestazioni della branca di fisiokinesiterapia, delle prestazioni della neuropsichiatria infantile e delle altre branche specialistiche.
12. Trasmettere il presente atto alla Regione Umbria Direzione Regionale Sanità.
13. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale.
14. Disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento

IL DIRETTORE SANITARIO

DR. PIETRO MANZI

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. PREMESSA

Con Deliberazione della Giunta Regionale n. 610 del 6.5.2019 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 ed è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

La DGR 610/2019 contiene 2 allegati:

- Allegato n. 1 – Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, nella sua versione integrale eccetto l'Allegato C
- Allegato n. 2 – Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 corredato dell'Allegato A (Tabelle RAO- Regione Umbria) e dell'Allegato B (Attività di Adeguamento del Sistema CUP).

Il PRGLA (allegato 2) mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione fra tutti gli attori del sistema al fine di assicurare una concreta presa in carico dei pazienti e il rispetto dei tempi massimi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero.

L'Allegato 2 è articolato in 6 sezioni:

1. Introduzione – si fissano i principi e gli obiettivi generali del governo delle liste di attesa
2. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa – si fissano i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero nonché le azioni necessarie per un garantire trasparenza, equità di accesso, presa in carico e rispetto dei tempi massimi richiamando i corrispondenti punti del PNGLA
3. Monitoraggio, controllo e valutazione – si dettagliano le azioni per monitorare e controllare l'erogazione delle prestazioni
4. Attività Libero Professionale Intramuraria - si richiamano le disposizioni di merito contenute nel paragrafo 5 del PNGLA
5. Programmi Attuativi Aziendali – si dispone che le Aziende Sanitarie debbano adottare il Piano Attuativo entro 60 gg. dall'adozione del PRGLA. Al fine di rendere più efficaci le azioni che verranno programmate è auspicabile che i Programmi attuativi siano interaziendali ovvero elaborati congiuntamente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento
6. Funzioni di Coordinamento, Intervento, Monitoraggio – si dispone di istituire un tavolo di lavoro aziendale e la figura del Manager referente sanitario di Distretto e di istituire un Osservatorio regionale

Con determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 “*Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)*” è stato approvato il documento “Tabelle RAO-Regione Umbria”, che ha aggiornato e sostituito l'Allegato A “Tabelle RAO-Regione Umbria” al Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR n. 610/2019), ed è stato stabilito che per l'utilizzo delle Tabelle RAO contenute nell'Allegato A di cui al punto 1 si deve far riferimento al PRGLA 2019-2021 approvato con DGR 610/2019.

Il PRGLA ha previsto (sezione 5) che:

- entro 60 giorni dall'adozione del piano regionale le Aziende Sanitarie della Regione debbano adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale;
- debbano provvedere all'invio dello stesso alla Regione per il successivo monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;
- al fine di rendere più efficaci le azioni che verranno programmate, è auspicabile che i Programmi attuativi aziendali siano interaziendali, elaborati cioè congiuntamente tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera di riferimento;
- debbano rendere disponibile il Programma Attuativo Aziendale sul portale dell'Azienda sanitaria e lo debbano costantemente aggiornare.

Per quanto sopra detto l'Azienda USL Umbria 2 e l'Azienda Ospedaliera di Terni, soprattutto per quanto di pertinenza del Distretto di Terni ambito territoriale in cui è ubicato l'Ospedale di Terni dell'Azienda Ospedaliera di Terni, hanno avviato i lavori per redigere il Programma Attuativo InterAziendale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021 facendo riferimento ai contenuti del PRGLA.

Il PNGLA e il PRGLA sono stati illustrati al Consiglio dei Sanitari, al Collegio di Direzione, al Comitato della Medicina Generale, al Comitato Zonale della Specialistica Ambulatoriale, al Comitato dei Pediatri di Libera Scelta, alle organizzazioni sindacali della Dirigenza e del Comparto al fine di dare la più ampia diffusione delle disposizioni normative nazionali e regionali in tema di governo delle liste di attesa. In tali sedi sono stati quindi illustrati i contenuti del Programma Attuativo InterAziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 al fine di dare attuazione alle disposizioni del Piano Regionale.

Il Programma Attuativo Aziendale e InterAziendale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021 recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in particolare al paragrafo 4, e tutto quanto previsto dal Piano Regionale.

A tal fine la USL Umbria 2 con il presente Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, tenendo presente anche quanto riportato nella sezione 5 del PRGLA:

- **garantisce il governo dell'offerta** attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo". Pertanto è stato definito l'elenco delle prestazioni ambulatoriali erogabili e i relativi volumi, specifici per branca, sia per il pubblico che per il privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli per ogni Distretto sanitario. Tale offerta ha tenuto conto anche della mobilità passiva interregionale e della mobilità intraregionale al fine di riequilibrare l'offerta nei territori di residenza rispetto alle esigenze del territorio stesso;
- **prevede l'obbligo** di utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso o accesso successivo da parte di tutti i prescrittori (MMG, CA, PLS, Specialisti Dipendenti, Specialisti convenzionati) definendo obiettivi specifici e criteri di valutazione per il raggiungimento;
- **promuove la valutazione ed il miglioramento** dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, anche nell'ambito delle attività delle AFT;
- **stabilisce di prevedere nei contratti con gli erogatori accreditati:**

- l'impegno da parte degli stessi "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione);
- l'impegno da parte degli stessi a garantire le prestazioni a totale carico del cittadino con le tariffe del nomenclatore tariffario regionale vigente al fine di non attuare misure di concorrenza sleale verso l'Azienda al pari di quanto previsto per l'erogazione delle prestazioni in regime di libera professione intramuraria che devono avere tariffe più alte del nomenclatore tariffario vigente;
- l'impegno da parte degli stessi a chiedere ai cittadini, al momento della prenotazione, se la prestazione viene richiesta a titolo privato o se è stata già presa in carico dall'Azienda in un percorso di tutela; in caso di effettiva richiesta in tal senso è fatto obbligo per la Struttura di rapportarsi preliminarmente con l'Azienda per avere disposizioni in merito all'erogazione;
- **prevede di attivare:**
 - una "**valutazione comparativa della qualità e dei costi**" delle prestazioni erogate dagli erogatori privati e accreditati, ai sensi del comma 2 art. 8-quater D.Lgs 502/1992, oltre quella già effettuata con i criteri dell'accreditamento e l'applicazione del tariffario regionale vigente con applicazione degli sconti previsti dalle normative vigenti al fine di individuare nel territorio di competenza gli erogatori garanti di prestazioni con standard di qualità più elevati rispetto a quelli già garantiti con l'Accreditamento Istituzionale;
 - un **piano di audit di verifica** delle condizioni di erogazione delle prestazioni, della qualità del servizio reso e della qualità delle prestazioni erogate, anche con l'eventuale coinvolgimento di organizzazioni rappresentative dei cittadini, al fine del mantenimento del convenzionamento;
- **promuove l'informazione e la comunicazione** sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel Piano regionale, attraverso:
 - le campagne informative realizzate in collaborazione con l'AO di Terni ed anche con le altre Aziende e la Regione;
 - gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) attivi in tutti gli Ospedali aziendali e nelle sedi distrettuali;
 - l'aggiornamento costante della sezione dedicata e accessibile sul sito Web aziendale collegandosi al link <http://www.uslumbria2.it/> nel box "AREA DEL CITTADINO" e in particolare al link <http://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa>;
 - le Carte dei servizi, prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
 - la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
- **favorisce l'accesso alla prenotazione** anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- **assicura l'attività di formazione** di tutti gli attori interessati compresi gli operatori del Sistema CUP;
- **assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione** delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282

(Finanziaria 2006) e fornisca alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;

- **prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri**, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione;
- **prevede il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali** anche attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e delle associazioni e dei comitati dei diritti stabilendo calendari di incontri specifici.

Inoltre la USL Umbria 2 con il presente Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, tenendo presente anche quanto riportato nella sezione 6 del PRGLA:

- **costituisce il tavolo di lavoro aziendale** per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Piano attuativo aziendale e dal PRGLA. Il Tavolo è presieduto dal Direttore Sanitario e vi partecipano il referente sanitario aziendale, il Cup Manager aziendale, i Direttori di Distretto, i Direttori di Presidio, i Manager referenti sanitari individuati per i Distretti e i loro assistenti, nonché altre professionalità secondo le tematiche affrontate;
- **costituisce in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Terni il tavolo di lavoro interaziendale** per l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste dal Piano attuativo interaziendale e dal PRGLA. Il Tavolo è presieduto dai 2 Direttori Sanitari e vi partecipano i referenti sanitari delle 2 Aziende, i Cup Manager delle 2 Aziende, il Direttore del Distretto di Terni, il Direttore del Presidio Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera di Terni, il Manager referente sanitario del Distretto di Terni e il suo assistente, nonché altre professionalità secondo le tematiche affrontate;
- **stabilisce che il Direttore Sanitario rendiconti periodicamente** in relazione alle attività svolte dai 2 tavoli, alle risultanze dei monitoraggi delle attività svolte previste dal Piano attuativo, ai volumi e ai tempi di attesa delle prestazioni erogate. Tale rendicontazione va effettuata nei confronti di:
 - Direzione Generale
 - Collegio di Direzione
 - Consiglio dei Sanitari
 - Comitati MMG, PLS, Specialistica Ambulatoriale
 - Organizzazioni Sindacali di categoria

L'Azienda USL Umbria 2 ha avviato le attività per definire il Programma Attuativo Aziendale e Interaziendale di Governo delle liste di Attesa 2019-2021 e a tal fine ha nominato Manager Sanitari di Distretto per la definizione dei singoli Programmi Attuativi di Distretto e ha avviato i lavori con l'Azienda Ospedaliera di Terni per la definizione del Programma interaziendale. Obiettivo del Programma Attuativo Aziendale, nonché del Programma Interaziendale e dei Programmi Attuativi territoriali di Distretto è quello di ottimizzare l'organizzazione territoriale per favorire una più rapida ed efficiente gestione delle liste di attesa per l'esecuzione di prestazioni specialistiche e delle prestazioni di ricovero.

In relazione alle attività di analisi preliminari effettuate dai Manager Sanitari Distrettuali coinvolgendo le professionalità ritenute importanti sono stati definite le esigenze dei singoli territori per l'anno 2019 illustrate al paragrafo 2.3.

Ogni **Programma Attuativo Territoriale di Distretto** si sviluppa lungo alcune linee d'azione:

- **l'ampliamento dell'offerta territoriale a favore dei residenti** che possono fin da subito trovare più disponibilità nell'ambito prioritario di accesso, facendo riferimento alla quota di utenti che hanno avuto la prestazione in strutture ubicate in altri Distretti diversi da quello di residenza.
- **l'adeguamento dell'offerta per le prestazioni successive** al primo accesso e alla dimissione ospedaliera.
- **l'offerta aggiuntiva di prestazioni in relazione alla quota di presa in carico** per l'implementazione delle nuove prestazioni RAO per adeguare fin da subito l'offerta per classi di priorità e alla quota necessaria per i percorsi di tutela. Tale offerta aggiuntiva sarà importante per il secondo semestre dell'anno 2019 potendo ridursi fino a limitarsi solo a quella necessaria per i percorsi di tutela a partire dal 2020 in relazione al riequilibrio dell'offerta in relazione alla domanda del territorio con recupero della quota di pazienti in mobilità sanitaria intraregionale non per libera scelta ma per l'erogazione di un'offerta di prestazioni su base regionale e non distrettuale come avveniva prima di queste nuove disposizioni.

In particolare per il **Programma attuativo territoriale del Distretto di Terni** e in parte per quello del Distretto di Narni Amelia il Programma Attuativo tiene conto di quanto stabilito in sede di **tavolo interaziendale** che ha indicato alcune azioni prioritarie quali:

- **necessità della gestione dei Piani Terapeutici** nell'ambito delle seguenti branche specialistiche: cardiologia, reumatologia, oncologia, ematologia
- **definizione per il Distretto di Terni di un'offerta congiunta per l'endoscopia digestiva e per la diagnostica per immagini** in particolare per le alte tecnologie (per la RMN il discorso vale anche per il Distretto di Narni Amelia) dovendo l'Azienda Ospedaliera riservare oltre il 70% dell'offerta che può garantire alle prestazioni per interni e alla gestione di percorsi di II livello
- **definizione per il Distretto di Terni dell'offerta per alcune prestazioni rilevate con tempi di attesa più critici** quali ad esempio Visita Dermatologica, Visita Fisiatria, Visita Reumatologica, Vista Pneumologica, EMG, Ecografia, Prestazioni diagnostiche cardiologiche laddove l'offerta fra le due Aziende va rimodulata per consentire di assicurare i tempi di attesa per i primi accessi e per consentire di gestire i percorsi di presa in carico da parte dell'AO di Terni
- **attivazione del programma interaziendale di offerta con l'erogazione di prestazioni di Specialisti in Consulenza** in interscambio fra le Aziende e regolamentati da apposita Convenzione, come già avviene ad esempio per l'erogazione delle ecografie in Via Bramante da parte dei Radiologi dell'AO di Terni e di tante altre prestazioni o di quanto programmabile per l'erogazione di TAC presso l'Ospedale di Narni sempre da parte dei Radiologi dipendenti dell'AO di Terni
- **attivazione del programma interaziendale di offerta** per l'esame senologico e per la gestione del programma di screening oncologico della mammella per il Distretto di Terni
- **definizione di un unico format di pubblicazione dei tempi di attesa**

In relazione a tali linee di azioni di seguito in ogni Programma Attuativo Territoriale sono indicate, per l'anno 2019, le azioni di miglioramento individuate per le prestazioni che necessitano di adeguamento e allineamento ai TMA.

Il monitoraggio e il controllo dell'erogazione delle prestazioni e dei relativi tempi di attesa nel secondo semestre dell'anno 2019 permetterà di rimodulare le necessità dell'offerta territoriale dei Distretti per l'anno 2020 e poi per l'anno 2021.

Di seguito si declinano le azioni predisposte per il Programma Attuativo Aziendale e Interaziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 in continuità con le azioni già attuate con i precedenti Piani attuativi aziendali adottati in aderenza a quelli regionali di riferimento e le cui azioni basilari sono ricordate nell'introduzione dello stesso PRGLA 2019-2021 di cui alla DGR 610/2019 a cui si rimanda. Il Piano Attuativo Aziendale rimanda, altresì, alla determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 "Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)"

Pertanto visto che il PRGLA indica, fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, le ulteriori misure e le attività che devono essere garantite dalle Aziende Sanitarie di seguito si fa riferimento alle azioni specifiche del PRGLA previste nelle sezioni 2, 3 e 4, avendo già stabilito in premessa le azioni da garantire in relazione a quanto previste nelle sezioni 5 e 6 del PRGLA

Per una lettura agevole delle azioni poste in essere si riporta in primis, per ogni punto elenco, in corsivo fra virgolette quanto previsto dal PRGLA 2019-2021.

2. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

2.1 Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali

punto 1. PNGLA

"Primi accessi:

Per tutte le prestazioni soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione.

Per tutte le altre prestazioni non soggette a metodica RAO il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

Accessi successivi:

Per gli accessi successivi il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN.

La garanzia dei tempi massimi di attesa deve essere assicurata nell'ambito del distretto di assistenza e Presidi ospedalieri/Aziende Ospedaliere più vicini al distretto di assistenza. Qualora non sia prevista l'erogazione di una determinata prestazione all'interno dell'ambito sopra indicato, la disponibilità andrà assicurata nel distretto/Presidi ospedalieri/Azienda ospedaliera nei quali è prevista l'erogazione della prestazione più vicini a quello di assistenza".

Per quanto attiene ai tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali questi verranno garantiti come previsto dal Piano Regionale e come concordato a livello di tavolo regionale fra Regione e Aziende in prima istanza nell'ambito del Distretto di appartenenza e dell'Ospedale più vicino e in seconda istanza nei Distretti e Ospedali più vicini oltre quello di residenza.

In tal senso è stata redatta una mappa per individuare in base alla residenza dell'utente (Comune):

- l'ambito di assistenza primario in cui garantire il tempo massimo per l'erogazione della prestazione. Tale ambito è rappresentato da:

- Strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate ubicate nel Distretto di residenza e Ospedale più vicino (l'Ospedale più vicino è quello ubicato nel Distretto di residenza e quindi per il Distretto di Terni l'Ospedale dell'Azienda Ospedaliera di Terni)
- Strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate ubicate nei Distretti più vicini, Ospedali dei Distretti più vicini e Azienda Ospedaliera più vicina qualora non sia prevista l'erogazione di una determinata prestazione all'interno delle strutture del punto precedente
- l'ambito di assistenza secondario in cui garantire il tempo massimo per l'erogazione della prestazione. Tale ambito è rappresentato da:
 - Strutture pubbliche e private accreditate e convenzionate ubicate nei Distretti più vicini, Ospedali dei Distretti più vicini e Azienda Ospedaliera più vicina qualora non vi sia disponibilità nell'ambito primario di scelta

Per la garanzia del tempo massimo di attesa da assicurare da parte dell'Azienda negli ambiti individuati e garantire al contempo la libera scelta del paziente si è provveduto a definire l'iter a livello regionale e che sarà operativo a livello di sistema di prenotazione.

Entro 30 giorni dall'adozione del Piano Attuativo l'Azienda provvederà a redigere la procedura di regolamentazione delle attività di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di inserimento in lista di attesa per la specialistica ambulatoriale.

2.2 Tempi massimi di attesa per prestazioni di ricovero

punto 1. PNGLA

“Per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	<i>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</i>
B	<i>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</i>
C	<i>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</i>
D	<i>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.</i>

Per quanto attiene al governo delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero l'Azienda provvederà ad aggiornare il regolamento di inserimento in lista di attesa per i ricoveri ospedalieri anche in relazione alle nuove modalità informatizzate di gestione degli interventi chirurgici.

Le griglie di inserimento in lista di attesa del precedente regolamento prevedevano le stesse classi di priorità A,B,C e D e sono state inviate ai professionisti per una revisione delle condizioni cliniche da correlare con le classi di priorità.

2.3 Azioni per l'ottimale utilizzo delle strutture e delle apparecchiature

Punto 2. e punto 3. PNGLA

“Le Aziende Sanitarie devono provvedere alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata.

Laddove si riscontri un'offerta non adeguata, le Aziende dovranno:

- *prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici, con lista di attesa più numerosa, nei pomeriggi con orario prolungato fino alle 22 e il fine settimana;*
- *prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali). Prevedere in particolare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini al massimo della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete;*
- *rimodulare i budget con le strutture private accreditate;*
- *prevedere contratti di assunzione per il personale da coinvolgere nel presente Piano (medici, infermieri, tecnici, ecc) o altre forme di utilizzo di personale;*
- *valutare la possibilità di prevedere sistemi incentivanti per le figure coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi;*
- *prevedere l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale;*

Per le attività sopra indicate, in particolare per i contratti con le strutture private accreditate e per l'acquisto di prestazioni aggiuntive erogate direttamente dai Dirigenti del servizio Sanitario regionale secondo le norme contrattuali e di legge, la Regione prevederà risorse specifiche.”

In ambito aziendale ed interaziendale in seno ai due tavoli di riferimento si è provveduto ad effettuare un'analisi delle effettive necessità assistenziali dei cittadini assistiti dalla USL Umbria 2 per la specialistica ambulatoriale. L'analisi per le prestazioni di ricovero non è ultimata appena completa sarà resa disponibile al pari di quella effettuata per la specialistica ambulatoriale.

L'analisi condotta per la specialistica ambulatoriale ha analizzato:

- I volumi dell'erogato delle prestazioni dell'anno 2018. Per ogni prestazione il volume erogato è stato stratificato per ambito distrettuale di assistenza e per struttura erogante in modo da poter determinare sia la percentuale di mobilità intraregionale di un Distretto rispetto ad un altro, sia la percentuale di erogato di una struttura per i cittadini del territorio in cui si trova ubicata e quanto per i cittadini di un altro territorio.

A completamento di tale analisi sono stati verificati i tempi di attesa delle prestazioni anche al fine di individuare le prestazioni con tempi di attesa più critici e quindi laddove più facilmente scatta la presa in carico per saturazione dell'offerta rispetto ai tempi massimi. Tale presa in carico è stata quantificata per individuare le carenze dell'offerta rispetto alla domanda.

- L'effettivo utilizzo della tecnologia presente in Azienda soprattutto per quelle prestazioni che presentano tempi di attesa più critici. Laddove l'utilizzo non è pieno saranno individuate le misure per renderlo tale e per poter prolungarne l'utilizzo fino alle ore 22.00 e il fine settimana.
 - Le modalità operative per garantire i tempi massimi per tutte le prestazioni tenendo presente che dovranno essere strutturate le agende per i primi accessi e per gli accessi successivi. Per tali aspetti erano state già predisposte le agende per i primi accessi e per gli accessi successivi ed in particolare per i primi accessi le agende con le classi di priorità per le prestazioni con griglia RAO e agende uniche per le prestazioni senza RAO e per i secondi accessi agende di controllo per le richieste del MMG/PLS e agende di II livello per i controlli disposti dallo specialista in alcuni percorsi specifici (oncologia, senologia, oculistica...). L'ampliamento delle prestazioni sottoposte a monitoraggio ministeriale e delle relative griglie RAO ha determinato 4 raggruppamenti delle prestazioni di primo accesso:
 - a. prestazioni definite "OLD" ovvero prestazioni che venivano erogate già con le classi di priorità RAO e per le quali sono restatesi vigenti le stesse griglie. In questo caso non sono necessarie variazioni nelle modalità organizzative dell'offerta ma sono stati definiti gli ampliamenti di offerta in caso di tempi di attesa critici;
 - b. prestazioni definite "MOD" ovvero prestazioni che venivano erogate già con le classi di priorità RAO e per le quali sono entrate in vigore griglie nuove. In questo caso sono necessarie variazioni nelle modalità organizzative dell'offerta introducendo/eliminando le classi di priorità in relazione a quanto emerge da confronto con la vecchia e la nuova griglia. Soprattutto nel caso di introduzione di nuove classi e in caso di tempi di attesa critici bisogna prevedere ampliamenti di offerta sia per il periodo necessario ad allineare i tempi di attesa, sia per la garanzia per il futuro;
 - c. prestazioni definite "NEW" ovvero prestazioni che venivano erogate senza classi di priorità RAO. In questo caso è necessaria una variazione nelle modalità organizzative dell'offerta strutturando l'offerta per classi di priorità. Tali agende possono essere implementate a partire dalle prime disponibilità, il che implica la necessità di un'offerta aggiuntiva di prestazioni distinta per classi per il periodo necessario ad allineare i tempi di attesa, e di ampliamento se necessario per la garanzia dei tempi di attesa a regime;
 - d. prestazioni senza tabella RAO. In questo caso le variazioni consistono nell'attivare il percorso di tutela qualora non si riescano a garantire nei 30 o 60 giorni a seconda se trattasi di visite o prestazioni. Tali prestazioni vanno tutte richieste biffando la classe "D" e bisogna prevedere ampliamenti di offerta se hanno tempi di attesa critici.
- Inoltre per i secondi accessi sono 2 i raggruppamenti cui far riferimento:
- a. prestazioni prescritte dal MMG/PLS In questo caso le variazioni consistono nell'attivare il percorso di tutela qualora non si riescano a garantire così come indicati dal prescrittore. Tali prestazioni vanno tutte richieste biffando la classe "A" e indicando il tempo in mesi da garantire, bisogna prevedere ampliamenti di offerta in caso di tempi di attesa critici.

- b. prestazioni prescritte dallo specialista o a seguito di primo accesso ambulatoriale o di dimissione ospedaliera. In questo caso le variazioni consistono nell'attivare sempre le agende di II livello consegnando al paziente la prescrizione successiva e fornendo contestualmente la data per il successivo accesso. Tali prestazioni vanno tutte richieste biffando la classe "A" e indicando il tempo in mesi da garantire, bisogna prevedere ampliamenti di offerta laddove non ancora presente e strutturare CUP di II livello nelle strutture o nelle aree omogenee al fine di dare un adeguato supporto tecnico/amministrativo alle strutture per la realizzazione di tali percorsi.
- In considerazione dell'analisi condotta sono state elaborate le griglie allegate per Distretto che individuano per le prestazioni di primo accesso l'offerta attuale (erogato anno 2018), la sede distrettuale di erogazione, la % di soddisfazione nel territorio di residenza, le necessità di ampliamento dell'offerta per il secondo semestre dell'anno 2019, periodo che dovrebbe consentire di ricondurre i tempi di attesa con quanto previsto.
 - Inoltre in relazione alle necessità di ampliamento per le prestazioni di primo accesso sono descritte le soluzioni individuate e da realizzare nel prossimo semestre soluzioni che possono essere ricondotte alle seguenti tipologie anche integrate e associate fra loro:
 - a. Ampliamento degli orari degli ambulatori
 - b. Acquisto di tecnologia
 - c. Arruolamento in maniera stabile o straordinaria anche con contratti libero professionali (connessa in particolare con il secondo semestre necessario all'allineamento dei tempi di attesa massimi) di personale medico e di professionisti del comparto sanitario
 - d. Attivazione di un programma finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa con i professionisti dipendenti (medici e comparto sanitario) con remunerazione delle prestazioni in regime di produttività aggiuntiva (ALPI aziendale) da condividere con le organizzazioni sindacali di categoria
 - e. Attivazione di programmi interaziendali finalizzati all'abbattimento dei tempi di attesa con i professionisti dipendenti (medici e comparto sanitario) delle altre Aziende Sanitarie della Regione
 - f. Attivazione di un programma finalizzato all'abbattimento dei tempi di attesa con gli specialisti ambulatoriali ai sensi del comma 5 dell'art. 27 e ai sensi dell'art. 29 dell'Accordo Collettivo Nazionale della Specialistica Ambulatoriale. Per Tale Accordo è necessario il coinvolgimento regionale al fine di dare attuazione al programma in maniera omogenea nei due territori regionali.
 - g. Acquisto di prestazioni libero professionali dai professionisti dipendenti nell'ambito di un programma specifico con modalità condivise a livello regionale e interaziendale
 - h. Acquisto di prestazioni dalle Strutture private e accreditate rimodulando i budget nel rispetto delle esigenze assistenziali degli ambiti territoriali distrettuali anche al fine di garantire la prestazione nel luogo più vicino al territorio di residenza
 - i. Acquisto di prestazioni dai MMG/PLS in virtù di quanto previsto al punto "l" dell'art.2.3 dell'AIR di cui alla DGR 903/2017 che integralmente riporta *"offrire, ove possibile, diagnostica di primo livello, utilizzando le professionalità dei medici che fanno parte delle AFT. Tali prestazioni dovranno essere regolamentate da specifici accordi aziendali"* Si ritiene ottimale Accordi regionali o di condivisione fra le 2 Aziende territoriali.

Rispetto alla possibilità di valutare la possibilità di prevedere sistemi incentivanti per le figure coinvolte per il raggiungimento degli obiettivi ad oggi sono definiti:

- gli obiettivi di performance gestionali per le strutture aziendali che prevedono anche il rispetto dei volumi da erogare sia in ambito istituzionale che alpi, il rispetto dei tempi massimi di attesa, la valutazione di concordanza RAO. Il raggiungimento di tali obiettivi contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di performance gestionale complessiva che va a determinare parte della retribuzione di risultato dei dipendenti sia della dirigenza che del comparto;
- gli obiettivi incentivanti per i MMG/PLS sulla corretta prescrizione per i primi accessi e i secondi accessi

Non sono al momento previste altri sistemi incentivanti richiesti dalle Organizzazioni di categoria per la qual cosa sono necessarie forme di condivisione a livello regionale e/o interaziendale.

L'analisi dell'offerta attuale e della necessità di garantire i percorsi di tutela evidenzia le diverse necessità per Distretto. La scelta aziendale è quella di garantire prioritariamente le visite all'interno delle strutture aziendali e di ampliare l'offerta per le prestazioni strumentali sia all'interno ma anche acquistandole dal privato accreditato attingendo alle specifiche risorse di cui alla DGR 1516/2018.

La stima, come detto è fatta sull'erogato 2018 e sulle attuali prestazioni in lista di attesa che di necessità devono essere evase al più presto, per cui dopo la prima fase di adeguamento dell'offerta e azzeramento degli esami inseriti nei percorsi di tutela i Manager Sanitari avranno il compito di procedere con ulteriore analisi che definisca la programmazione reale dell'offerta e quindi ad un aggiornamento del presente Programma Attuativo Aziendale con allegati i singoli Programmi Attuativi Distrettuali e Interdistrettuali.

In relazione a tale prima analisi si riportano di seguito le esigenze dei singoli territori complessive dell'offerta di base e delle prestazioni da garantire nell'ambito dei percorsi di tutela.

Per una lettura migliore delle necessità sono stati effettuati i seguenti raggruppamenti:

- RAGGRUPPAMENTO N. 1 - ESAMI di ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI
- RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE
- RAGGRUPPAMENTO N. 4 – ESAMI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)
- RAGGRUPPAMENTO N. 5 - ELETTROMIOGRAFIA
- RAGGRUPPAMENTO N. 6 - ESAMI STRUMENTALI VARI (RX SEGMENTI OSSEI, SPIROMETRIA, ALTRI ESAMI STRUMENTALI)
- RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA

Si precisa che rispetto al raggruppamento 6 l'offerta è solo di programmazione in relazione alle necessità di ridefinire l'offerta soprattutto per le prestazioni per le quali sono state introdotte le nuove tabelle RAO.

Per il Raggruppamento 7 invece l'offerta è legata esclusivamente ai percorsi di tutela quando non si riescono a garantire tali prestazioni nell'ambito dei servizi aziendali e per il Distretto di Terni anche nei servizi dell'Azienda Ospedaliera di Terni.

Sono in corso le analisi anche per le eventuali esigenze di ulteriori prestazioni della branca di fisiokinesiterapia, delle prestazioni della neuropsichiatria infantile e delle altre branche specialistiche che saranno eventualmente inserite nel previsto aggiornamento.

L'offerta di seguito illustrata è quella prevista complessivamente per il secondo semestre aggiuntiva a quella già garantita da rivedere dopo l'abbattimento delle attuali liste di attesa.

ESIGENZE DISTRETTO DI TERNI	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	700
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	300
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	450
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	750
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	250
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	200
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	100

ESIGENZE DISTRETTO DI FOLIGNO	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	300
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	300
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	400
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	200
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	100
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	50

ESIGENZE DISTRETTO DI NARNI AMELIA	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	300
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	250
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	400
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	700
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	180
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	150
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	50

ESIGENZE DISTRETTO DI SPOLETO	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	200
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	230
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	330
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	450
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	200
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	100
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	50

ESIGENZE DISTRETTO DI ORVIETO	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	100
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	250
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	250
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	250
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	100
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	100
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	50

ESIGENZE DISTRETTO DELLA VALNERINA	
	NECESSITA'
RAGGRUPPAMENTO N. 1 -ESAMI ENDOSCOPIA DIGESTIVA	50
RAGGRUPPAMENTO N. 2 - ESAMI ECOGRAFICI	120
RAGGRUPPAMENTO N. 3 - PRESTAZIONI STRUMENTALI DI DIAGNOSTICA CARDIOLOGICA E VASCOLARE	120
RAGGRUPPAMENTO N. 4 - DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (RMN/TAC)	280
RAGGRUPPAMENTO N. 5 -ELETROMIOGRAFIA	100
RAGGRUPPAMENTO N. 6 -ALTRO (RX, SPIROMETRIA...)	50
RAGGRUPPAMENTO N. 7 - MAMMOGRAFIA E ECOGRAFIA MAMMARIA	30

2.4 Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Punto 6. PNGLA

“I medici specialisti al momento dell'erogazione della prestazione dovranno attribuire la Classe di priorità per tutte le prestazioni per le quali è prevista la griglia RAO, al fine di consentire l'analisi della **concordanza della Classe assegnata ai singoli casi.**

Per l'accesso a prestazioni ambulatoriali invasive o a forte rischio di inappropriatazza. Dovranno essere condivisi con il Comitato dei MMG e PLS strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva, quali ad esempio:

- **Sperimentazioni sulla gestione di particolari prestazioni come la Gastroscopia, la Colonscopia, l'ECG da sforzo e l'Elettromiografia, prevedendo che il MMG prescriva la relativa visita specialistica per presa in carico con priorità B (10 giorni) o D (30 giorni), anziché gli specifici esami diagnostici; in questi casi il servizio di competenza assicura la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione (già sperimentato nel distretto Alto Chiascio della USL Umbria 1);**
- **Elaborazione periodica e trasmissione ai MMG e PLS di report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (es. Prestazioni prescritte/assistiti, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening, concordanza RAO, ecc...).**

Dovranno inoltre essere utilizzati gli strumenti necessari per intercettare gli utenti:

- *che effettuano una **prestazione prevista dagli screening fuori dal programma** ad essi riservato, e non risultano aver aderito al programma;*
- *che effettuano una **prestazione prevista dagli screening aggiungendo un esame intermedio** rispetto a quanto previsto dal programma stesso a cui hanno aderito.*

Tali informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG al fine di informare i propri pazienti relativamente al corretto percorso da seguire.

Tutte le azioni sopra descritte dovranno essere condivise con i MMG e i PLS nell'ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e con i medici specialisti.”

Sono state date le disposizioni operative a tutti i prescrittori inviando anche l'informativa regionale e pubblicando sul sito quanto di riferimento. Le disposizioni sono state illustrate anche in seno al Consiglio dei Sanitari, al Collegio di Direzione, ai Comitati della Medicina Generale e della Pediatria di Liber Scelta, al Comitato della Specialistica Ambulatoriale e alle Organizzazioni di categoria del personale dipendente.

Sono stati definiti gli obiettivi per valutare la concordanza, va tenuto comunque presente che tutte le tabelle RAO presentano nelle classi la possibilità di prescrivere “Altro” nel 10% dei casi il che potrebbe condurre ad una concordanza del 100% salvo che il programma oggi utilizzato per la valutazione di concordanza consenta di introdurre anche la biffatura “altro” oltre quelle attualmente previste. Questo consentirà di misurare la reale concordanza per i quesiti della tabella e quale % di altro viene prescritta in modo da poter rimettere ai medici il loro livello di concordanza e la % di altro prescritto.

Per le prestazioni a più alto rischio di inappropriatazza è previsto di strutturare specifici programmi in collaborazione fra specialisti e MMG/PLS.

Uno degli obiettivi è la condivisione con i Medici di Medicina Generale attraverso le AFT di effettuare uno “screening” della popolazione da sottoporre ad esami endoscopici. La valutazione di alcuni item con questionario potrebbe consentire nei casi a rischio di complicanze in corso di procedura di inviare il paziente a visita gastroenterologica e quindi

riservare allo specialista la scelta successiva di effettuare un esame endoscopico. Tale scelta aumenta l'appropriatezza prescrittiva di alcuni esami invasivi come, ad esempio, le endoscopie digestive, attualmente in difficoltà nel rispettare i TMA. Dopo la prima visita Gastroenterologica sarà, quindi, compito dello specialista valutare se necessario ricorrere ad esami ulteriori ed adoprarsi in prima persona per effettuare una prenotazione per il proprio paziente in accordo alle specifiche esigenze cliniche.

Stessa cosa potrebbe essere effettuata per altri esami a maggior rischio di inappropriately da individuare in maniera congiunta fra specialisti e MMG/PLS.

L'elaborazione periodica di report per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, dell'erogato, dei tempi di attesa garantiti e dell'adesione ai programmi di screening da trasmettere ai MMG e PLS e alle strutture interessate viene al momento realizzato con i sistemi aziendali mentre è prevista la strutturazione di una reportistica a livello regionale uniforme o omogenea per le Aziende.

Verranno calendarizzati gli incontri specifici per la valutazione dei dati con gli attori coinvolti.

E' previsto un percorso formativo per tutti gli operatori coinvolti.

2.5 Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di ricovero

Punto 6. PNGLA

“Ferme restando le misure definite dalle norme nazionali e le azioni previste fino ad oggi con atti e note regionali, le Aziende devono provvedere a potenziare l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) ridefinendo il proprio assetto organizzativo in modo da ridurre i ricoveri inappropriati.”

In merito all'attivazione dell'Osservazione Breve Intensiva (OBI) l'azienda ha già ridefinito l'assetto organizzativo con la Delibera del Direttore Generale n. 675 del 07/10/2016 *“Attivazione Posti Letto Tecnici di O.B.I. negli Ospedali dell'azienda Usl Umbria N. 2”* con la quale sono stati attivati i posti letto tecnici e potenziate le attività delle OBI specialistiche soprattutto di area medica. E' stata poi adottata la procedura *“Osservazione breve post-chirurgica”* in data 19.11.2018 finalizzata a regolamentare le OBI post-chirurgiche nei reparti chirurgici.

Vengono assegnati obiettivi specifici alle strutture ospedaliere e ai Presidi Ospedalieri in merito alla corretta applicazione di quanto previsto dalla DGR, dalla Delibera Aziendale e dalle Procedure al fine di ridurre i ricoveri potenzialmente inappropriati cosa rilevabile nel trend degli anni precedenti.

2.6 Adeguamento del Sistema CUP regionale e Potenziamento servizi per la gestione delle disdette/modifiche delle prenotazioni

Punto 7. PNGLA, Punto 8. e punto 12. PNGLA

“Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano, come indicato nell'Allegato B – Attività di adeguamento del Sistema CUP. I punti CUP potranno essere istituiti anche nelle AFT in modo da permettere ai MMG

di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

*Al fine di governare il fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente dovranno essere **consolidati ed eventualmente ampliati i servizi telefonici (compresi Recall e NUS – Numero Umbria Sanità, servizi attivi già da tempo nella nostra Regione) e i servizi telematici (sms, post elettronica, CUP online, ...)** di modifica o disdetta delle prestazioni prenotate.”*

In merito a questo punto l’adeguamento del Sistema è stato condiviso a livello regionale nel tavolo istituito con la partecipazione delle Aziende e verrà utilizzato nel rispetto delle procedure dettate dalla sua implementazione. Verranno fornite adeguate informazioni e formazione agli operatori coinvolti.

Auspicabile l’attivazione dei punti CUP di II livello come detto al punto 2.3 e l’attivazione di punti CUP nelle sedi delle AFT. Sono necessarie risorse specifiche per l’attivazione di queste postazioni anche procedendo ad ulteriore razionalizzazione dei punti CUP attuali in relazione anche al maggiore utilizzo della prenotazione on-line.

Il potenziamento del NUS potrebbe ampliare i servizi per la verifica di presentazione agli appuntamenti, meno il sistema di Recall in quanto essendo automatico non è efficace con la parte di popolazione che necessita di un confronto diretto con l’operatore.

2.7 Pagamento ticket per prestazioni non disdette e pagamento prestazioni per mancato ritiro referto

Punto 12. del PNGLA

“Come previsto dall’art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: “L’utente che non si presenti ovvero non preannunci l’impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”.

Inoltre si richiama la previsione dell’art. 1, comma 796 legge n. 296 del 27/12/2006 (Legge Finanziaria 2007) secondo cui il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall’erogazione della prestazione. L’Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell’utente è quella di residenza del soggetto.”

In merito a questi aspetti l’adeguamento del Sistema è stato condiviso a livello regionale nel tavolo istituito con la partecipazione delle Aziende, il messaggio comparirà nella prenotazione e l’Azienda adotterà la procedura per procedere al recupero della quota di partecipazione al costo della prestazione se l’utente non disdice in tempo utile la prestazione prenotata non presentandosi all’appuntamento.

Il recupero del pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall’erogazione della prestazione è già attivo e governato da parte dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti.

2.8 Gestione trasparente delle Agende di prenotazione

Punto 9. PNGLA

“Il sistema regionale CUP deve assicurare la gestione trasparente e la totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate, nonché quelle dell’attività istituzionale e della libera professione

intramuraria. Devono essere definite ed applicate **regole omogenee di creazione e di gestione delle Agende** su tutto il territorio regionale, nonché **regole omogenee di prenotazione** in modo da assicurare trasparenza ed equità di accesso.

Le Aziende Sanitarie devono generare agende distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. Quelle per i primi accessi devono essere suddivise per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione. Per le attività legate agli accessi successivi, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dal Piano regionale della cronicità. Le Agende devono essere operative:

- **entro il 30 maggio 2019 per tutti i primi accessi delle prestazioni oggetto di monitoraggio del PNGLA 2019-2021;**
- **entro il 30 luglio 2019 per tutti i primi accessi delle restanti prestazioni, sia quelle soggette a prescrizione con l'indicazione della classe di priorità con l'utilizzo dei RAO sia per quelle non soggette a metodica RAO per le quali è comunque prevista l'indicazione della classe di priorità (tempo massimo di attesa da garantire 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali);**
- **entro il 30 settembre 2019 per gli accessi successivi di tutte le prestazioni.**

Le Agende per i PDTA dovranno essere create a seguito dell'approvazione dei singoli PDTA regionali per garantirne l'applicabilità.

La gestione delle Agende da parte del sistema CUP deve essere improntata a **criteri di flessibilità**, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Inoltre è opportuno prevedere in tutte le Agende il **riutilizzo dei posti** nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione (disponibilità in overbooking).”

Le Agende di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali sono generate nel rispetto delle regole indicate in particolare:

- sono state generate tutte le agende dei primi accessi delle prestazioni soggette a monitoraggio ministeriale
- sono in fase di completamento tutte le agende per i primi accessi delle prestazioni non soggette a monitoraggio ministeriale
- sono in fase di completamento tutte le agende per gli accessi successivi
- sono in fase di completamento i PDTA relativi al PRC la cui adozione determinerà l'attivazione delle agende dedicate

Le Agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali sono flessibili e consentono il recupero dei posti non utilizzati o da riutilizzare a seguito di annullamenti/spostamenti.

Tutte le agende per le prestazioni ambulatoriali di primo accesso e di controllo richiesto dal MMG/PLS sono gestite con il sistema CUP e sono visibili nell'offerta comprese quelle delle strutture specialistiche private accreditate.

Sono rese visibili nel sistema anche le agende di II livello per la prenotazione degli esami prescritti dallo specialista ma sono gestibili solo dai CUP di II livello per garantire la prenotazione dettata dallo specialista.

Sono rese visibili nel sistema anche le agende generate per l'abbattimento delle liste di attesa e/o la gestione dei percorsi di tutela ma sono gestibili solo dal Back-Office CUP e/o dai CUP di II livello per garantire la presa in carico in tempi utili di una prestazione gestita con il percorso di tutela.

Sono rese visibili nel sistema anche le agende di II livello dedicate ai PDTA ma sono gestibili solo dai CUP di II livello per garantire il percorso definito dallo specifico PDTA. Sono gestite con il sistema CUP-VAIA anche le agende ALPI visibili a sistema.

2.9 Potenziamento dell'uso delle classi di priorità e dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)

Punto 5. e punto 10. PNGLA

*“Deve essere promosso ed attuato l'utilizzo dei **“Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO”**, attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) ed erogatori, al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.*

Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA, sono:

U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata), da eseguire entro 120 giorni.

- fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni*

Oltre ai RAO già presenti a livello regionale, vengono adottati i RAO nazionali di cui all'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e definiti nuovi RAO regionali per le prestazioni sottoposte a monitoraggio. Per la scelta dei contenuti clinici delle classi di priorità si dovrà fare riferimento al documento Tabelle RAO - Regione Umbria - Allegato A al presente atto e successivi aggiornamenti.

*Per tutte le **prime visite/prime prestazioni diagnostiche** è obbligatorio **indicare sulla prescrizione il codice della Classe di priorità e il quesito diagnostico.**”*

Vengono adottate livello aziendale tutte le Tabelle RAO dell'allegato A di cui alla Determina dirigenziale n. 5173 del 24.5.2019 *“Aggiornamento Tabelle RAO di cui all'allegato A) dell'Allegato 2 del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa (DGR 610/2019)”*

Sono state date le indicazioni per la corretta prescrizione in relazione all'indicazione della Classe RAO e del quesito diagnostico.

2.10 Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali

Punto 11. PNGLA

“L'andamento della produzione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella Regione Umbria dal 2015 al 2018, evidenzia un decremento dal 2015 al 2016 pari al 5,5%, mentre subisce un incremento pari a circa il 4% dal 2016 al 2017 e pari a circa il 2% dal 2017 al 2018.

Inoltre mentre dal 2016 al 2017 l'incremento è limitato al laboratorio e alla diagnostica esclusa la radiologia, dal 2017 al 2018 l'aumento riguarda tutte le categorie.

Le Aziende USL, attraverso l'analisi specifica dei propri flussi informativi delle prestazioni, dovranno valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale). Per una migliore valutazione potranno inoltre stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR.”

Il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato determinato a seguito delle analisi di dettaglio come documentato al paragrafo 2.3 cui si rimanda e il risultato è rilevabile nelle tabelle allegate.

2.11 Governo dell'offerta attraverso la separazione dei canali di accesso (primo accesso e accessi successivi)

Punto 11 PNGLA

a. *“Obbligo dell'indicazione, nelle procedure di **prescrizione** e **prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:*

- *di **prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi**;*
- *della **classe di priorità** se trattasi di prime visite/prime prestazioni diagnostiche;*
- *del **tempo in cui deve essere effettuato il controllo** (numero di mesi) se trattasi di accessi successivi;*
- *del **quesito diagnostico**;*
- *del **suggerito**.*

Si evidenzia che, ai fini del Monitoraggio ex post previsto dal PNGLA 2019-2021, a partire dal 01/06/2019 diverranno obbligatori:

- *la valorizzazione del campo “Tipo accesso” da parte del medico prescrittore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA;*
- *la valorizzazione dei campi “Garanzia dei tempi massimi”, “Data di prenotazione”, “Data di erogazione” da parte dell'erogatore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA.*

Per tutte le altre prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo dei RAO tali informazioni e l'indicazione della classe di priorità diverranno obbligatorie a partire dal 01/08/2019.

I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, per le ricette dematerializzate, mentre per le ricette in formato cartaceo saranno di tipo non vincolante. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la prestazione con biffatura della Classe di priorità.

b. *Realizzazione dell'effettiva **separazione dei percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi**, sia nella fase di **prenotazione** che in quella di **erogazione** della prestazione; le Agende CUP dovranno pertanto essere adeguate a tali indicazioni come già indicato nello specifico punto “Gestione trasparente delle Agende di prenotazione”*

c. *Le Aziende Sanitarie devono organizzare i Servizi specialistici ambulatoriali sia delle strutture ospedaliere che quelli territoriali in modo tale che le **prestazioni successive al primo accesso**:*

- ***siano prescritte direttamente dal medico specialista su ricetta SSN, indicando in un apposito spazio destinato ad uso regionale il tempo in cui deve essere effettuato il controllo (numero di mesi), senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione;***
- ***siano prenotate direttamente dai Servizi specialistici al momento della prescrizione.***

*La procedura dovrà essere analoga in caso di **dimissione ospedaliera** per le eventuali ulteriori indagini di completamento dell'iter diagnostico-terapeutico (qualora non incluse nel DRG).*

d. ***Gestione del percorso dell'emergenza/urgenza e dell'urgenza classe di priorità U:** le prestazioni di emergenza/urgenza hanno diretto accesso al Pronto Soccorso senza la ricetta del SSR. Le prestazioni urgenti classe di priorità U sono solo quelle prestazioni*

critiche di primo accesso sottoposte a metodica RAO, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso.”

Come già detto al punto 2.4 sono state date le disposizioni operative a tutti i prescrittori inviando anche l'informativa regionale e pubblicando sul sito quanto di riferimento. Le disposizioni sono state illustrate anche in seno al Consiglio dei Sanitari, al Collegio di Direzione, ai Comitati della Medicina Generale e della Pediatria di Liber Scelta, al Comitato della Specialistica Ambulatoriale e alle Organizzazioni di categoria del personale dipendente.

Le disposizioni specifiche sono quelle del punto “a” ovvero è stato ribadito a tutti prescrittori l'obbligo dell'indicazione, nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN di quanto previsto (primo accesso: classe di priorità, quesito diagnostico e suggerito quando prestazione consigliata da altro prescrittore; secondo accesso: altro, quesito diagnostico, tempo di esecuzione del controllo e suggerito quando prestazione consigliata da altro prescrittore). In merito al suggerito si potrebbe sperimentare modalità per individuare le tipologie e le modalità di suggerimento anche per approntare azioni di miglioramento nella gestione delle stesse.

L'Azienda ha avviato la realizzazione e la sta completando della separazione dei percorsi fra primi accessi e successivi anche per la gestione delle prestazioni post—ricovero. Tale attività si completerà nel corso del secondo semestre dell'anno 2019.

Sono già separati i percorsi programmati che possono prevedere anche la gestione dell'urgenza differita dai percorsi di urgenza/emergenza di accesso diretto al Pronto Soccorso. Si potranno attivare modalità di registrazione e di monitoraggio di urgenze differite inviate al PS al fine di riallineare i percorsi correttamente.

2.12 “Presa in carico” del paziente cronico

Punto 13. PNGLA

*“Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese, pertanto devono essere le aree prioritarie per lo sviluppo dei **Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)**. Si rimanda al Piano regionale della cronicità, che definisce le linee strategiche regionali per tutte le patologie croniche, per l'individuazione di ulteriori aree di interesse per lo sviluppo dei PDTA, ad esempio:*

Diabete (con particolare attenzione alla esecuzione del Fundus Oculi)

BPCO (con particolare attenzione alla esecuzione della Spirometria).

*Le Aziende sanitarie dovranno mettere in atto azioni sistemiche ed integrate finalizzate a **migliorare i PDTA, compresi quelli specifici per l'ambito pediatrico**, in modo da garantire tempi adeguati di erogazione delle prestazioni, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Dopo la prima visita, una volta confermato il sospetto clinico, dovrà essere garantita la “presa in carico” del paziente cronico con l'avvio di un PDTA che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione di esami diagnostici e terapie necessari entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi: **a tale scopo si dovrà provvedere alla prescrizione e alla prenotazione delle prestazioni di controllo direttamente da parte dei servizi specialistici.**”*

In attuazione dei PDTA deliberati dalla Regione Umbria con il PRC sono stati istituiti Gruppi di lavoro interaziendali con l'Azienda Ospedaliera di Terni che hanno coinvolto le Direzioni di Distretto, gli operatori distrettuali, le Direzioni Ospedaliere e gli operatori ospedalieri.

Compito dei gruppi di lavoro, con il supporto del Servizio Qualità e Accreditamento e della Programmazione Strategica, è stato quello di portare a termine l'uniformazione e la definizione delle modalità operative, delle metodologie, degli strumenti nonché la stesura delle procedure aziendali necessarie per l'attuazione dei PDTA. Sono istituiti gruppi di lavoro interaziendali per la contestualizzazione del Piano regionale Cronicità.

I gruppi istituiti sono i seguenti:

- Malattia renale cronica
- Insufficienza cardiaca cronica
- Malattia di parkinson e parkinsonismi
- Demenze
- Malattie reumatiche ed infiammatorie autoimmuni
- Malattie tiroidee croniche
- Malattie infiammatorie croniche intestinali
- Malattie dell'età evolutiva
- BPCO
- Diabete mellito

I gruppi stanno lavorando sotto il Coordinamento dell'Ufficio Qualità ed Accreditamento, e sono svolte tutte le riunioni del caso per la redazione dei documenti. I PDTA sono stati concepiti nella logica della qualità, finalizzati al recepimento delle DRG di riferimento e contestualizzati nel territorio della USLUMBRIA2. Il completamento di tutti i PDTA è previsto entro l'autunno del 2019.

Per tali PDTA sono previste agende dedicate garanti del percorso di riferimento.

2.13 “Percorsi di tutela”

Punto 14., punto 15. e punto 16. PNGLA

*“Dovranno essere definiti percorsi di garanzia di accesso alle prestazioni prevedendo la **gestione dell'utente da parte del distretto di assistenza** qualora non vi sia disponibilità della prestazione nei tempi previsti, **sia per i primi accessi**, secondo la priorità indicata, **sia per gli accessi successivi**, secondo il tempo indicato dal medico prescrittore sulla ricetta SSN. La gestione dovrà essere interaziendale USL/Aziende Ospedaliere anche al fine di assicurare trasparenza ed equità di accesso.*

*A tale scopo **ciascuna Azienda USL individua un Manager referente sanitario per ciascun distretto che, in collaborazione con il Manager referente sanitario che dovrà essere individuato da ciascuna Azienda Ospedaliera e con il Back Office CUP**, avrà il compito di individuare la modalità più opportuna per assicurare attraverso l'attività istituzionale la risposta più adeguata alla richiesta. Le Aziende Sanitarie devono dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva gestione dell'utente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).*

*Qualora non sia possibile rispondere con l'attività istituzionale e venga superato il tempo massimo di attesa, vanno previsti **“percorsi di tutela”** che possono prevedere anche l'attivazione di una specifica procedura, definita a livello aziendale, che permetta al paziente residente di effettuare la prestazione presso un **erogatore privato accreditato convenzionato** nel rispetto dei tempi previsti dal presente piano. L'Azienda potrà anche prevedere l'acquisto di prestazioni aggiuntive dai propri professionisti.*

Deve essere previsto l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda di assistenza, riservando al cittadino solo la partecipazione al costo.

Le attività dei Manager sopra descritti dovranno essere coordinate dal Direttore Sanitario di ciascuna Azienda al fine di uniformare le modalità di risoluzione delle problematiche legate alla gestione dei tempi di attesa.”

Sono stati individuati, in relazione all'organizzazione aziendale, e comunicati in Regione con nota n. 116992 del 7.6.2019 i seguenti manager referenti sanitari per i Distretti della USL Umbria 2:

- Manager referente sanitario per il Distretto di Terni e per il Distretto di Narni Amelia
L'individuazione di un solo professionista per entrambi i Distretti è in relazione all'offerta già integrata nei due territori. Tale professionista si rappresenterà direttamente con il Manager referente sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Terni per i percorsi integrati ospedale – territorio a libello del Distretto di Terni
- Manager referente sanitario per il Distretto di Foligno
- Manager referente sanitario per il Distretto di Orvieto
- Manager referente sanitario per il Distretto di Spoleto e per il Distretto della Valnerina
L'individuazione di un solo professionista per entrambi i Distretti è in relazione all'offerta già integrata nei due territori.

A livello aziendale sono individuate le due figure di riferimento di assistenza al Direttore Sanitario:

- Referente sanitario aziendale
- CUP Manager aziendale.

L'Azienda ha sviluppato a livello di back-office unificato un sistema di supporto ai Manager Sanitari di Distretto raccogliendo tutta la presa in carico informatizzata e scaricando le prese in carico per ambito distrettuale alle postazioni di back-office dedicate al supporto delle attività manageriali:

- Back Office di Terbi con sede in Via Bramante per il supporto al Manager Sanitario dei Distretti di Terni e di Narni Amelia
- Back Office di Foligno con sede nell'Ospedale di Foligno per il supporto al Manager Sanitario del Distretto di Foligno
- Back Office di Spoleto con sede nell'Ospedale di Spoleto per il supporto al Manager Sanitario dei Distretti di Spoleto e della Valnerina
- Back Office di Orvieto con sede nell'Ospedale di Orvieto per il supporto al Manager Sanitario del Distretto di Orvieto

Tali postazioni quotidianamente avranno cura di trovare le disponibilità per le richieste di presa in carico e quando non disponibili posti nell'offerta rapportarsi con il Manager Sanitario di riferimento per le azioni specifiche.

Sarà disposto che non verrà più accolta la presa in carico trasmessa attraverso fax per agevolare le funzioni di gestione della stessa e per rendere più trasparente e omogenea l'inserimento in lista di attesa finalizzata alla successiva programmazione di un appuntamento in tempo utile.

I Manager Sanitari distrettuali potranno avvalersi oltre che degli assistenti già individuati dalla Direzione Aziendale e dei punti di Back-office sopra menzionati di figure professionali da loro stessi individuati per governare il programma attuativo distrettuale.

Qualora non sia possibile rispondere con l'attività istituzionale già presente nell'offerta, il Manager Sanitario predisporrà le azioni per ricorrere all'offerta aggiuntiva al fine di garantire il tempo dovuto alla prestazione richiesta.

Qualora, nonostante le prime due azioni, venga superato il tempo massimo di attesa, vanno previsti “percorsi di tutela”. A tal fine sarà redatta specifica procedura definita a livello aziendale, che permetta di ampliare ulteriormente l’offerta sempre con le possibilità previste al punto 2.3.

Le attività dei Manager sopra descritti sono coordinate dal Direttore Sanitario.

3. MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

3.1 Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio

*“Per l’elenco delle prestazioni e i tempi massimi di attesa che saranno oggetto di monitoraggio relativi alle **prestazioni ambulatoriali**, alle **prestazioni in regime di ricovero** e alle **prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** si rimanda al **paragrafo 3, punti 3.1, 3.2 e 3.3 del PNGLA 2019-2021**.*

*Per i monitoraggi e i relativi flussi informativi delle **prestazioni ambulatoriali**, delle **prestazioni in regime di ricovero**, dei **PDTA**, delle prestazioni erogate in **attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell’utente** e della presenza sui **siti Web della sezione su liste e tempi di attesa** si rimanda al **paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e all’Allegato B “Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa” del PNGLA 2019-2021** in cui vengono descritti:*

- 1) **monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;***
- 2) **monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;***
- 3) **Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;***
- 4) **Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;***
- 5) **Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;***
- 6) **Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (a carico dell’utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;***
- 7) **Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;***
- 8) **Monitoraggio dell’effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell’attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.***

Le Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d’attesa secondo quanto previsto dal paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e dall’Allegato B “Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa” del PNGLA 2019-2021.

Oltre a quanto sopra indicato, si prevede quanto segue:

- Per quanto riguarda le **prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale** verranno monitorati: l’effettuazione della prescrizione da parte del medico specialista, l’indicazione nella prescrizione di “accesso successivo”, l’effettuazione della prenotazione direttamente da parte dei servizi specialistici, i tempi di*

erogazione in base a quanto indicato dal medico prescrittore, la sospensione/chiusura delle agende.

- *Per quanto riguarda le **prestazioni di ricovero**, al fine di assicurare un corretto monitoraggio e a garanzia di equità e trasparenza verso il cittadino, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione delle Direzioni aziendali, per elaborare un documento contenente le indicazioni per la gestione di tali liste di attesa e per la definizione di un apposito flusso informativo verso la Regione. I lavori dovranno terminare entro 30 settembre 2019.”*

L'Azienda già monitora l'erogazione e i tempi di attesa ex ante ed ex post delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero e pubblica regolarmente i tempi di attesa rilevati, per Distretto, su base mensile per le prestazioni sottoposte a monitoraggio ministeriale nella sezione del sito Web dedicata a cui è possibile accedere collegandosi al link <http://www.uslumbria2.it/amministrazione-trasparente/liste-di-attesa>.

Con l'adozione di questo nuovo Programma Attuativo sarà ulteriormente ampliati i monitoraggi così come previsto dal PRGLA:

- 1) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 2) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 3) Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

Per tutti i monitoraggi saranno redatte/aggiornate le procedure di riferimento e verranno pubblicati ampliando la sezione del sito WEB dedicata.

Per il completamento di tali attività auspicando anche di poter addivenire a format condivisi a livello regionale e in relazione anche al tempo di realizzazione del Cruscotto regionale, di cui al successivo punto, si stima di completare le azioni entro il 31.12.2019, salvo diverse tempistiche definite a livello regionale.

3.2 Cruscotto regionale

“La Regione garantisce l'utilizzo di sistemi innovativi di business objects per la governance delle liste di attesa a livello regionale e aziendale.

Dovrà essere realizzato un cruscotto regionale che assicuri il monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, adeguato alle regole definite nel presente Piano, in particolare:

- *i monitoraggi previsti dal presente PRGLA e dal PNGLA 2019-2021 (deve essere automatizzata la produzione dei report previsti per gli Adempimenti LEA: monitoraggio ex ante, sospensioni, ecc.)*
- *il monitoraggio delle prestazioni offerte e delle prestazioni erogate*
- *il monitoraggio delle agende chiuse, sospese e non generate*

- *Il monitoraggio dei tempi di attesa, dei tempi medi di erogazione delle prestazioni, il ritardo con cui l'assistito si presenta per la prenotazione, ecc.*
- *il monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni prescritte, di quelle suggerite, ecc. che preveda l'elaborazione periodica di report da trasmettere ai MMG e PLS e agli Specialisti: a tale scopo dovranno essere definiti specifici indicatori attraverso i quali possano essere stabiliti degli obiettivi per entrambe le tipologie di medico prescrittore (esempi: per i MMG misurare quante prestazioni sia in termini numerici che economici prescrive ogni singolo medico in rapporto alla popolazione pesata, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening e numero di prestazioni per soggetti in fascia di screening, quante prestazioni specifiche come RMN, gastro, colon, quanti esami ripetuti; per gli Specialisti quante prestazioni suggerite e non prescritte direttamente)*
- *la concordanza dei RAO.*

Le informazioni da monitorare e i relativi indicatori dovranno essere condivisi e definiti congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione.”

L'Azienda parteciperà ai lavori del tavolo regionale per la definizione della reportistica di riferimento e degli indicatori di monitoraggio di attuazione delle attività del PRGLA:

4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

“Si rimanda a quanto previsto dal paragrafo 5 del PNGLA 2019-2021.

Inoltre, si ribadisce che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Le prestazioni da erogare in attività libero professionale devono essere prenotate nel sistema CUP, attraverso sportelli dedicati e i sistemi informatizzati devono garantire la tracciabilità dei pagamenti.”

L'Azienda ha regolamentato l'attività libero professionale .in aderenza alla DGR 402/2014 e ha proceduralizzato la gestione della stessa adottando specifica procedura alla rev. n. 05. In base a tale regolamentazione e procedura tutte le prestazioni rese in regime di attività libero professionale intramuraria sono prenotate nel sistema CUP garanti della tracciabilità dei pagamenti.

Non si sono mai verificati casi di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e entrambi i volumi vengono negoziati in sede di budget.

In caso di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione per le prestazioni rese in regime istituzionale, se vi sono prestazioni da gestire con la presa in carico della stessa tipologia si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.