

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDA USL DELLA ROMAGNA

ai sensi della DGR n°603 del 15/4/2019
“Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021”

Il presente Programma descrive l'insieme delle azioni ed interventi che verranno messi in campo da parte della Azienda UsI della Romagna ai fini della attuazione, per parte di competenza aziendale, della DGR n°603/2019 avente per oggetto il "piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021", seguendone pertanto le indicazioni ed i principali oggetti di interesse.

Il programma si compone in due sezioni distinte, una dedicata alle liste di attesa relative all'assistenza specialistica ambulatoriale ed una dedicata alle liste di attesa relative alle prestazioni di ricovero ospedaliero.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

1) CONTESTO DI RIFERIMENTO

Di seguito vengono rappresentati i tassi di consumo standardizzati per prestazioni specialistiche e l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture nell'anno 2018. Tale scenario, per quanto qui sinteticamente rappresentato, è di indirizzo alla programmazione delle azioni ed alla formulazione dei piani annuali di produzione dell'azienda.

Tassi di consumo

Lo scenario romagnolo vede, nel confronto con le aree vaste regionali tassi di consumo sempre inferiori al tasso regionale tranne che per il comparto delle prestazioni terapeutiche; all'interno del tasso romagnolo si osservano andamenti differenziati nei diversi distretti:

- valori più bassi del tasso nei comparti delle prestazioni diagnostiche, laboratorio, riabilitazione, per i distretti di Rimini e Riccione
- valori mediamente più elevati per le prestazioni di riabilitazione nei distretti di Lugo, Faenza e Ravenna,
- Valori più elevati del tasso nel comparto delle visite nei distretti di Forlì e Riccione

I consumi relativi al prestazioni di Risonanza magnetica, nel confronto con il tasso regionale, evidenziano come la Romagna osservi consumi allineati pur potendosi osservare come vi siano popolazioni distrettuali con maggiore propensione al consumo e popolazioni con tassi inferiori (Rimini, Riccione, Forlì).

Il tasso di consumo relativo alle TAC risulta in Romagna inferiore quello regionale ed all'interno dei vari distretti si nota una maggiore propensione al consumo in quelli di Cesena-Valle Savio e Rubicone.

Indice di dipendenza

L'Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture esprime percentualmente a quali strutture i residenti una specifica popolazione si rivolge per la assistenza ambulatoriale. Si può affermare che, dal confronto regionale e con le altre aree vaste, la popolazione romagnola osserva i valori più alti, scegliendo di ricevere le prestazioni nel 96,6% dei casi all'interno della propria azienda mentre all'interno delle altre aree vaste è più elevato il ricorso a strutture extra aziendali regionali.

ASA - Domanda - Indici di consumo - Indice standardizzato

Indice standardizzato di consumo per Area vasta di residenza e Aggregazione di I° livello

Anno: 2018 (consolidato con mobilità passiva 2017), Regime di erogazione: SSN

Area vasta di residenza	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	CODICI EXTRA-RER	TOTALE
AV Emilia Nord	1.433,90	10.329,40	371,3	522,2	1.268,70	14,6	13.940,20
AV Emilia Centro	1.441,90	10.268,30	335,1	447,6	1.280,20	18,9	13.792,00
AUSL Romagna	1.388,40	8.217,50	303,1	529,7	1.184,00	12,8	11.635,50
TOTALE	1.425,10	9.774,70	343,4	500,7	1.250,40	15,5	13.309,80

Distretto di residenza	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	CODICI EXTRA-RER	TOTALE
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	1.451,50	7.939,00	362,9	478,8	1.114,10	13,8	11.360,00
ROMAGNA - DISTR. LUGO	1.450,30	8.598,50	252,4	500,8	1.173,00	9,2	11.984,10
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	1.458,00	8.054,70	327,4	514,7	1.175,60	11,7	11.542,10
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	1.424,50	8.535,50	295,7	621,6	1.298,30	10,3	12.185,90
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DI	1.420,90	9.670,50	290,8	496,4	1.130,70	11,5	13.020,80
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	1.456,00	9.359,50	294,3	440,2	1.110,40	8,1	12.668,40
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	1.261,20	7.314,10	297,5	563,9	1.190,30	16,1	10.643,00
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	1.284,40	7.473,80	271,3	561	1.271,80	18,3	10.880,60
TOTALE	1.388,40	8.217,50	303,1	529,7	1.184,00	12,8	11.635,50

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

- sono escluse le prestazioni di pronto soccorso e OBI

Per l'anno 2018 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente.

Indice standardizzato di consumo:

- Tasso x 1.000 abitanti

- La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012

Data creazione documento: 14/06/2019

Ultimo aggiornamento: 15/04/2019

ASA - Domanda - Indici di consumo - Indice standardizzato per prestazioni monitorate

Indice standardizzato di consumo per Area vasta di residenza e Categorie critiche

Anno: 2018 (consolidato con mobilità passiva 2017)

Area vasta di residenza	Visite	RM	TAC	TOTALE
AV Emilia Nord	1.404,20	79,8	86,8	1.570,80
AV Emilia Centro	1.410,10	88,2	80,6	1.578,90
AUSL Romagna	1.320,80	83	78,7	1.482,40
TOTALE	1.384,50	83,3	82,7	1.550,50

Distretto di residenza	Visite	RM	TAC	TOTALE
ROMAGNA - DISTR. RAVENNA	1.241,50	87,9	79,9	1.409,30
ROMAGNA - DISTR. LUGO	1.327,90	98,3	74,8	1.501,00
ROMAGNA - DISTR. FAENZA	1.355,50	103,5	77,7	1.536,80
ROMAGNA - DISTR. FORLÌ	1.419,70	75,9	76,9	1.572,50
ROMAGNA - DISTR. CESENA-VALLE DEL SAVIO	1.303,10	94,3	88,8	1.486,20
ROMAGNA - DISTR. RUBICONE	1.234,50	88,4	87,5	1.410,40
ROMAGNA - DISTR. RIMINI	1.301,70	67,3	73,7	1.442,70
ROMAGNA - DISTR. RICCIONE	1.423,80	72,1	77	1.572,90

Fonte: Banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

- sono escluse le prestazioni di pronto soccorso e OBI

Per l'anno 2018 è stata considerata la mobilità passiva dell'anno precedente.

Indice standardizzato di consumo:

- Tasso x 1.000 abitanti

- La popolazione tipo utilizzata per standardizzare i tassi è quella italiana residente al 01/01/2012

Data creazione documento: 13/06/2019

Ultimo aggiornamento: 15/04/2019

ASA – Domanda – Indici di dipendenza della popolazione

Indice di dipendenza della popolazione per Area vasta e Classe Azienda di Erogazione

Anno: 2018 (consolidato con mobilità passiva 2017), Regime di erogazione :SSN

Area vasta di residenza	Area vasta di erogazione			TOTALE
	Stessa AVR di erogazione	Altra AVR RER	ALTRE REGIONI	
AV Emilia Nord	96,5	0,7%	2,7%	100%
AV Emilia Centro	96,3	1,5%	2,2%	100%
AUSL Romagna	96,4	1,9%	1,6%	100%

Distretto di Residenza	Stessa Azienda	Altre Aziende RER	Fuori RER ed Estero	Totale
Distretto Ravenna	96.2	2,3	1,5	100
Distretto Lugo	95.3	3,8	0.9	100
Distretto Faenza	95.9	3,1	1	100
Distretto Forlì	97.3	1,6	1,2	100
Distretto Cesena Valle Savio	97.7	1,2	1,1	100
Distretto Rubicone	97,5	1,4	1,1	100
Distretto Rimini	96.8	1,3	2	100
Distretto Riccione	94,9	1,7	3,3	100

Fonte banca dati ASA, Regione Emilia-Romagna

2) RUOLI E RESPONSABILITA'

Come recita la DGR 603/2019, la responsabilità del governo delle liste di attesa è affidata la Direttore Generale dell'Azienda che, allo scopo, ha provveduto ad individuare sia il Responsabile Unitario dell'Accesso (RUA) per la specialistica ambulatoriale, sia gli organismi di livello aziendale preposti al governo dei tempi di attesa, come di seguito specificato.

- ❖ Il Responsabile Unitario dell'accesso (RUA) è stato individuato nella Dr.ssa Laura Zanzani, già Direttore del Distretto di Riccione; si tratta di un dirigente medico che ha rivestito tale ruolo a partire dall' 1/9/2015 (Delibera n° 775/2015) esercitandolo senza soluzioni di continuità a tutt'oggi come definito in delibera 333/2017 la quale prevede altresì la permanenza del suddetto incarico sino ad eventuali diverse determinazioni in merito.

Il RUA, come da DGR 603/2019, assumerà i seguenti compiti, coadiuvato dagli organismi aziendali individuati per il governo dei tempi di attesa:

- coordinamento degli organismi individuati a livello aziendale per il governo dei tempi di attesa (cabina di regia e Tavolo committenza)
- presidio, monitoraggio e verifica degli interventi adottati in tema di facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'ambito territoriale di riferimento
- gestione della definizione e modifica delle agende di specialistica ambulatoriale
- garanzia del mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard
- verifica l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa

- partecipa alla stesura del Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa
- propone alla Direzione Generale la sospensione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) nel caso in cui non vengano rispettate le condizioni di equilibrio tra l'ALPI e l'SSN e non vengano garantiti i tempi di attesa standard regionali in regime istituzionale rendendo visibile l'offerta anche in alpi in tutte le aziende dell'ambito territoriale (in collaborazione con il Responsabile/i dell'ALPI aziendale/i)
- collabora ai lavori del Gruppo tecnico regionale liste di attesa

❖ Organismi e modalità organizzative per il governo dei tempi di attesa:

Alla costituzione della Azienda Usl della Romagna la funzione di committenza specialistica ambulatoriale è stata affrontata dapprima istituendo un coordinamento strutturato delle preesistenti figure professionali (ex ausl), competenti in materia al fine di dare continuità agli accordi di fornitura con le strutture private accreditate ed avviando, al contempo, un percorso omogeneo di contrattazione secondo le direttrici strategiche definite dalla direzione aziendale.

A partire dalla fine del 2015, anche sotto l'impulso della normativa regionale che poneva in capo alle aziende obiettivi stringenti di contenimento dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni oggetto di monitoraggio regionale e dell'accordo Stato-Regioni (di cui alla DGR n. 1735 del 3/11/2014 , DGR 1056 del 27/7/2015), l'azienda ha iniziato a strutturare in modo più compiuto le modalità di governo dei tempi di attesa attraverso:

- la nomina del Responsabile Unitario dell'Accesso per la specialistica ambulatoriale (RUA) ai sensi della DGR 1056 del 27/7/2015 e la costituzione di una Cabina di regia (con deliberazione n° 775 del 7/10/2015, avente funzioni di coordinamento al fine di presidiare le variegate azioni di sistema previste dalla suddetta delibera regionale; la cabina è stata articolata in alcuni sottogruppi e vede la partecipazione di un insieme di referenti rappresentativi delle principali articolazioni organizzative aziendali.

La cabina è presieduta dal Direttore Sanitario che vede posizionato in staff il RUA.

- Nel tempo però, anche in considerazione delle dimensioni significative dell'azienda, si è ritenuto di migliorare ulteriormente l'assetto affinandolo in specifico per la funzione di committenza (esterna ed interna) e, pertanto, pur mantenendo operativa anche la Cabina di regia sui rimanenti aspetti, è stato costituito con delibera n°333 del 26/7/2017, un Tavolo aziendale permanente specificatamente dedicato all'esercizio della funzione di Committenza della Specialistica Ambulatoriale (CSA) con l'obiettivo principale di dotare l'azienda di un maggior grado di "reattività" a fronte del manifestarsi di criticità nei tempi di attesa e/o in grado di mettere in atto azioni di mantenimento nel tempo, delle performance ottimali già raggiunte.

Il tavolo è composto da tre direttori di distretto (uno per ogni provincia), dal direttore della U.O Acquisizione prestazioni da erogatori esterni (area amministrativa), dal coordinatore dei diversi uffici agende, e da tre referenti operativi di supporto alle direzioni distrettuali. Il tavolo, coordinato dal RUA, è deputato alla valutazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche (sia su base annuale che in corso d'opera), alla predisposizione di piani di committenza verso le strutture private accreditate e verso i presidi ospedalieri (in regime di Simil Alpi),

nonché deputato al costante monitoraggio dei tempi di attesa e delle variazioni della domanda e della offerta, al fine di porre in essere gli adeguamenti del caso in modo tempestivo e/o anticipatorio.

Tale nuovo assetto capitalizza al suo interno competenze e ruoli focalizzandoli sul tema specifico del processo di committenza con l'obiettivo di migliorarlo rendendolo sempre più omogeneo in ambito romagnolo circa criteri e modalità attuative di acquisto delle prestazioni, pur mantenendo alta al contempo la attenzione sui livelli di accessibilità /decentramento geografico della offerta prestazionale, grazie anche al ruolo di responsabilità affidato all'interno del tavolo ai direttori di distretto.

Da ultimo si riferisce che la Direzione Sanitaria aziendale sta procedendo a rivedere la composizione della cabina di regia con relativa formalizzazione entro il 2019, sia per aggiornare alcuni componenti che nel tempo sono stati destinati ad altra attività, sia per render più organica la attività della Cabina rispetto alla istituzione del Tavolo sulla committenza, sia per perfezionare il setting dei sottogruppi specifici, anche a miglior supporto delle funzioni assegnate al RUA.

3) SISTEMA INCENTIVANTE

Nel Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 nonché nelle delibere di programmazione e di finanziamento che annualmente la regione definisce per le aziende, rimane prioritario l'obiettivo di garantire i tempi di attesa con Indice di performance \geq al 90% per le prestazioni di primo accesso (per le classi priorità B,D, ed anche per la P secondo le nuove regole), nonché quello di migliorare i processi di presa in carico del cittadino da parte dello specialista garantendo la prescrizione degli approfondimenti diagnostici e/o la prenotazione dei controlli da parte dello specialista/struttura che ha in carico il paziente.

Allo scopo verrà assicurata da parte della azienda una opportuna ricaduta di tali obiettivi all'interno del processo di budget annuale nei confronti dei dipartimenti, previa declinazione appropriata, nonché nei confronti del RUA ed altri soggetti con funzioni di rilievo in merito (ad es. direzioni mediche di presidio, di distretto, ecc.).

L'azienda si impegna a mettere in capo le azioni opportune, seguendo anche gli specifici obiettivi ed indicatori che saranno individuati in modo più puntuale all'interno delle future delibere regionali di programmazione emanate nel triennio.

In termini generali per ora si evidenzia un impegno come segue:

- Indice di Performance \geq al 90% per i primi accessi entro il 31/12/2019 sia per le priorità B (urgenze brevi), priorità D (differibili),
- Indice di performance \geq al 90% per i primi accessi al 31/12/2020 e 2021 per le priorità B, D, P (programmata entro 120 gg)

Si assumono inoltre le indicazioni della DGR n°603 del 15/4/2019 con la quale vengono ridefiniti gli standard per il primo accesso nel seguente modo :

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

4) GOVERNO DELLA DOMANDA

Si prende atto di quanto contenuto al riguardo nel Piano Regionale di cui alla DGR 603/2019 che, assumendo le indicazioni nazionali, conduce alla necessità di modificare anche in modo significativo le regole prescrittive con conseguente onere di aggiornamento degli applicativi di prescrizione dapprima e di prenotazione poi; considerato che ciò impegnerà notevolmente l'azienda, si richiamano di seguito gli aspetti principali e gli impegni che l'azienda assumerà in merito.

➤ Premesso che:

- È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni le informazioni anagrafiche del cittadino, le prestazioni, il quesito diagnostico, il tipo accesso, le classi di priorità
- Il **quesito diagnostico è obbligatorio** (descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni) e che in assenza del quesito clinico, la ricetta non è erogabile con oneri a carico del servizio sanitario regionale.
- Il **“Tipo accesso”** indica se la prescrizione/prestazione si riferisce ad un **primo accesso** o ad **altri accessi** In particolare,
 - il **Tipo accesso=1** (primo accesso) è riferito a:
 - prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, nei casi in cui si necessita di primo inquadramento diagnostico
 - visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente.
 - Il **Tipo accesso=0** (accesso successivo) è riferito a:
 - visita o prestazione di controllo, follow up
 - prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale
- **l' utilizzo sistematico delle classi di priorità** (U, B, D, P) è obbligatoria in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale nel caso in cui il medico indichi il primo accesso (tipo accesso=1).

➤ L'indicazione del Tipo accesso da parte del medico prescrittore, che rappresenta una novità, è obbligatoria in ricetta dal 1° giugno 2019 anche se la Regione ha previsto una fase transitoria, dovendosi modificare allo scopo il tracciato della ricetta dematerializzata; perciò una volta divenute disponibili tali modifiche l'azienda si farà carico di adeguare, entro dicembre 2019, gli applicativi prescrittivi in dotazione agli specialisti aziendali, tenuto conto che per quanto concerne gli applicativi MMG se ne farà carico la regione per coloro che operano su cartella regionale SOLE.

- Le prestazioni successive che si rendono necessarie dopo il primo accesso dovranno essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza quindi re-invio al MMG/PLS per la prescrizione ed a tal fine l'azienda metterà in atto una revisione degli attuali applicativi di prenotazione per le prestazioni autogestite dai produttori pubblici, stante che ne esistono ora di molteplici all'interno dell'azienda e non tutti dotati dei medesimi livelli di compliance relativamente alle modifiche che si renderanno necessarie; lo scopo è quello di giungere a selezionare un applicativo unico di prenotazione in autogestione, da implementare a livello aziendale dotato altresì delle compatibilità per essere inserito nel "sistema CUP", inteso come organico contenitore in grado di palesare tutta la offerta.

Quanto sopra al fine di assicurare strumenti informatici idonei finalizzati alla presa in carico del cittadino, sia per la corretta prescrizione, sia per la prenotazione autogestita di prestazioni di controllo che le Unità operative utilizzano per le tipologie di utenti presi in carico.

- Ai fini della redazione della ricetta dematerializzata, i cui flussi prevedono lo scarto delle impegnative se non contenenti la codifica SOLE della prestazione, l'azienda si impegna ad implementare il catalogo regionale SOLE su tutti gli applicativi prescrittivi in uso dagli specialisti.
- **Entro il 31 dicembre 2019**, la azienda adeguerà quindi gli applicativi degli specialisti per la prescrizione della ricetta, secondo le specifiche messe a disposizione dalla regione.
- Da ultimo, si evidenzia come con la DGR n°603 del 15/4/2019 vengano forniti criteri omogenei di validità delle prescrizioni ai fini prenotativi e, precisamente:
 - le prescrizioni con classi di priorità U e B, sono valide ai fini prenotativi fino al massimo 7 gg di calendario a partire dalla data di prescrizione. Passati i 7 gg dalla data di prescrizione, le ricette con classi di priorità U e B non sono più prenotabili e non più erogabili.
 - le prescrizioni con classi di priorità D, P sono valide ai fini prenotativi fino a 6 mesi a partire dalla data di prescrizione
 - le prescrizioni con tipo accesso = 0, possono essere considerate valide anche dopo 6 mesi dalla prescrizione, in relazione alle indicazioni fornite dallo specialista che le ha prescritte.

Questo aspetto incide anche sul governo della domanda in quanto tende a limitare eventuali fenomeni opportunistici che, seppure non ubiquitari, sono possibili ed in grado di gravare impropriamente sui tempi di attesa, in particolare sulle prestazioni differibili B.

Pertanto l'azienda, prevede di operare un aggiornamento degli operatori addetti alle prenotazioni, nonché ai prescrittori, sulle nuove regole e metterà a disposizione nelle opportune forme, queste informazioni agli utenti.

5) APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

- La verifica della **correttezza prescrittiva**, intesa come verifica della presenza delle Classi di priorità, Quesito diagnostico, tipologia di accesso, verrà effettuata secondo due direttrici. Ex ante: stante che non è accessibile alle aziende la banca dati regionale Sole che contiene tutto il prescritto tramite ricetta dematerializzata, si valuterà la possibilità di operare una verifica sul prescritto che è stato prenotato a cup, in relazione alla presenza del quesito diagnostico e tipo accesso e classi di priorità. Tale verifica potrà essere fatta a campione

(es. sul prescritto prenotato in ogni prima settimana di ogni mese) partendo in via sperimentale dalle prestazioni monitorate di primo accesso con classe di priorità B.

Ex post: da banca dati erogato flusso ASA, non appena la regione adeguerà le specifiche del tracciato alle nuove regole prescrittive si valuteranno le modalità per verificare a campione il livello di “scarto” generatosi dalla mancanza eventuale di quesito diagnostico, classe di priorità, tipo accesso.

- Per quanto concerne la verifica della **appropriatezza prescrittiva**, va premesso che la regione ha messo a disposizione dei MMG la *cartella regionale SOLE*, un applicativo di prescrizione che garantisce l'applicazione a livello regionale di tutte le indicazioni normative vigenti.

Il livello regionale si occuperà direttamente di rendere funzionale l'applicativo di prescrizione indicando, il “tipo accesso” (1=primo accesso, 0=accesso successivo) in aggiunta alla classe di priorità.

L'applicativo consente in ogni caso di strutturare ‘percorsi informatici’ pre-condivisi per guidare i medici nella compilazione delle prescrizioni, e contiene utility quali gli alert che indirizzano il prescrittore nella scelta di prestazioni, quesiti diagnostici e classi di priorità, esenzioni per patologia a garanzia delle regole di erogabilità.

Tale applicativo può essere arricchito direttamente a cura delle aziende con linee guida inerenti la appropriatezza prescrittiva di livello aziendale, qualora disponibili; pertanto, l'azienda si avvarrà di tale opportunità stante che ha già avviato un processo di revisione delle linee guida pre-esistenti la unificazione delle ex aziende romagnole con l'intento di portare a progressiva uniformità i criteri per una appropriata prescrizione. Ciò è avvenuto attraverso la costituzione di un tavolo aziendale di condivisione dei criteri di appropriatezza, tutt'ora attivo, coordinato dal Direttore del “Programma aziendale cure primarie” cui partecipano sia i Medici di Medicina Generale (MMG) che gli specialisti aziendali di volta in volta interessati dal tema in oggetto. Ciò ha portato alla stesura di linee guida nuove, unificatrici, in particolare relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio e, all'interno di queste, quelle prestazioni con priorità B (primo accesso differibile).

A tutt'oggi si è giunti alla condivisione e alla piena applicazione operativa di LL.GG per :

- visite urgenti differibili: fisiatrica, visita diabetologica U e B, visita reumatologica, visita urologica, visita oculistica, visita endocrinologica, visita neurologica, visita nefrologica e visita ORL.

Tali LL.GG sono già state diffuse ed è avvenuta la integrazione informatica all'interno dei software di cartella dei MMG delle indicazioni condivise; l'integrazione informatica in fase prescrittiva riguarda, oltre alla cartella regionale, anche gli altri principali software di cartella dei MMG in uso in AUSL Romagna, per una copertura di circa l'85% dei 750 MMG complessivi.

I restanti MMG che usano software minori o in via di eliminazione, hanno ricevuto in via cartacea tutti i documenti condivisi e sono comunque tenuti alla loro applicazione al momento della prescrizione.

- la condivisione dei criteri di appropriatezza e di alert prescrittivi per la corretta prescrizione di alcuni esami di laboratorio, in particolare: vitamina D, elettroforesi delle

proteine, TSH, Ft3 e FT4, e PSA reflex, indagini di genetica medica (per cui sono stati creati appositi profili di appropriatezza)

- la revisione del il sistema di indicazioni per il corretto utilizzo di TC e RMN articolari (ordinarie e prioritarie), sulla base delle evidenze di letteratura, delle LLGG delle principali società scientifiche e di quanto previsto dal DPCM 12/1/2017 (Decreto LEA), con produzione di nuove indicazioni, anch'esse integrate in fase prescrittiva all'interno dei software di cartella MMG.

Al momento i temi attualmente in discussione all'interno del tavolo per la condivisione 2019 dei criteri di appropriatezza sono la visita ortopedica B, la RMN multiparametrica della prostata, la visita cardiologica U e B, la visita gastroenterologica B, la visita per osteoporosi, la visita allergologica, e per quanto riguarda il laboratorio la prescrizione del RAST e la sierologia per HCV, altre a vari altri temi che di volta in volta possono essere segnalati per la opportuna revisione e condivisione.

Nell'ambito di vigenza del piano (2019/2021) si proseguirà con la progressiva estensione dei lavori sulle prestazioni prioritarie anche alla diagnostica, nonché a quelle prestazioni che pur non oggetto di monitoraggio entrano particolarmente in gioco all'interno dei PDTA siano essi già definiti a livello regionale oppure da implementarsi a livello locale in relazione ai "percorsi" di cura che la direzione generale ha individuato a fine 2018, come di primaria importanza.

Per quanto concerne la diffusione presso gli specialisti dell'azienda questa avviene ma per ora senza il supporto degli applicativi informatici di prescrizione che sono molteplici all'interno dell'azienda e con potenzialità diverse in termini di modifiche possibili coerenti con le nuove regole prescrittive.

In relazione alla già citata necessità di transitare ad un applicativo aziendale unico per la prescrizione da parte degli specialisti, la possibilità di poter ricomprendere informaticamente al suo interno anche le indicazioni delle linee guida costituirà un elemento importante per la scelta.

Per quanto concerne la verifica della appropriatezza prescrittiva sulle linee guida aziendali, verrà messo allo studio la possibilità di implementare la funzione del "motore semantico" (programma informatico) anche per alcune tipologie di prestazioni con priorità B, a partire dal 2020 il quale può consentire - qualora opportunamente settato sulla tipologia di prestazioni da indagare- una verifica ex post della osservanza delle indicazioni condivise.

6) GOVERNO DELLA OFFERTA

La prima tappa utile alla pianificazione della offerta consiste nella valutazione del fabbisogno che, per l'anno 2019, è stata effettuata tra ottobre e novembre 2018 attraverso:

- Analisi del trend quantitativo di prenotazioni medie e relativi andamenti degli indici di performance, per le prestazioni monitorate utilizzando il portale regionale SpagoBi per quanto attiene i primi accessi con priorità D
- La valutazione dei livelli medi di saturazione prospettica delle agende di prenotazione (sia pubbliche che private, per le priorità B, D e P) attraverso un applicativo aziendale in dotazione a chi esercita le funzioni di committenza che consente di "vedere

prospetticamente ” le disponibilità di posti prenotabili residui per singola prestazione, tipo di erogatore, singola agenda di prenotazione e singole categorie di priorità; in altri termini questo strumento consente di prevedere gli effetti della domanda (dimensionata su quella media storica) sul sistema della offerta presente e disponibile, in una data determinata.

- ulteriore strumento utilizzato è la consultazione della banca dati ASA che consente di meglio completare lo scenario in particolare per i dati relativi al Day Service, prestazioni urgenti (U) e alle prestazioni ad accesso diretto, nonché per le prestazioni rese in regime di Libera professione intramuraria.
- Presa visione dell’andamento dei tassi di consumi standardizzati e dell’indice di dipendenza della popolazione dalle strutture.

In relazione all’andamento degli indici di performance delle prestazioni di primo accesso con priorità D (entro 30gg per le visite ed entro o 60 giorni per la diagnostica) l’obiettivo principale era quello di programmare una offerta tale da assicurare il consolidamento del miglioramento delle performance osservato durante il secondo semestre 2018 (come risulta evidente dal trend degli indici di performance forniti in allegato n° 1) un po’ in tutti i territori dell’azienda e, e quindi, di mantenere quantomeno gli stessi livelli di offerta 2018 anche per il 2019.

Per le prestazioni di primo accesso con priorità B (urgenti differibili) invece l’andamento delle performance non è risultato soddisfacente, seppure in modo differenziato per entità e tipologia di prestazioni nei diversi territori e, quindi, la direzione Generale ha dato mandato di provvedere in merito con un rinforzo mirato della offerta attingendo sia dal canale pubblico che a quello privato accreditato all’occorrenza.

Pertanto il fabbisogno, tenuto conto anche della azione che si aveva in animo di intraprendere sulle prioritarie, risulta in leggero incremento e questo ha avuto conseguenze sulla pianificazione della offerta che sostanzialmente ha coinvolto:

- i dipartimenti/UU.OO con il mandato di mantenimento dei livelli di produzione osservati nel 2018 (in costanza di organici) in regime ordinario
- i dipartimenti/UU.OO chiedendo disponibilità a prestazioni aggiuntive in regime di Simil Alpi, sia per prestazioni con priorità D che B
- le strutture private accreditate tramite la formulazione di piani di committenza resi già operativi a fine 2018 per dare continuità di prenotazione ma distinguendoli in tre sottotipologie di committenza: una committenza su base storica, mantenuta in linea con i volumi economici del 2018, predisposta base annua; una committenza integrativa predisposta in fase di avvio solo per il primo trimestre 2019 su branche critiche, riservandosi eventuali futuri prosiegui in relazione al monitoraggio ed all’andamento delle capacità produttive pubbliche; una committenza relativa ai percorsi di garanzia, impostata su tipologie e quantità di norma oramai consolidate e resa operativa per il 1° semestre 2019, con riserva di continuità sul 2° semestre fatte salve esigenze in corso d’opera di modifiche del mix quali-quantitativo.

- Da quanto sopra sono scaturiti, a fine 2018, una pianificazione ed un piano di produzione aziendale 2019 (stimato) per prestazioni monitorate disaggregate per le varie tipologie di accesso, comprensivo delle strutture pubbliche e private accreditate, precisando che le prestazioni monitorate si intendono quelle previgenti la DRG 603/1019.

La tabella che segue riporta i valori totali del piano di produzione stimato 2019, che invece è fruibile nella sua forma dettagliata per singola prestazione in Allegato n °2

produzione stimata SSR													produzione stimata LP
totale SSR	primi accessi	% primi accessi sul totale	controlli	% controlli sul totale	urgenze differibili	% urgenze differibili sul totale	urgenze h24	% urgenze h24 sul totale	accesso diretto	% accesso diretto sul totale	DAY SERVICE	% DAY SERVICE sul totale	LP
1.572.684	1.116.014	71,0%	158.407	10,1%	182.927	11,6%	37.283	2,4%	27.990	1,8%	50.063	3,2%	131.632

Va precisato che per quanto concerne la tecnologia pesante TAC e RMN, al momento non sono in programma ulteriori acquisizioni di macchine e pertanto l'elenco figurante nella tabella che segue può ragionevolmente ritenersi quello in dotazione nell'arco temporale della vigenza del presente programma.

Come indicato dall'Osservatorio regionale del 21 maggio 2019, per quanto concerne la valutazione sull'utilizzo all'80% delle apparecchiature, si è ricevuta indicazione di attendere le specifiche di rilevazione che verranno fornite dalla regione alle aziende, dopo consultazione di una base dati di livello regionale; naturalmente l'azienda sin da ora si da disponibile alle integrazioni del caso non appena il livello regionale indicherà tali specifiche.

Dotazione pubblica attuale di Macchine TAC	UBICAZIONE	UU.OO	quantità	Ambito di garanzia attuale	note	
TAC - TOMOGRAFO ASSIALE COMPUTERIZZATO	Ospedale di Cesena	Radiologia	1	Territorio ex azienda di Cesena		
		Neuroradiologia	1			
	Ospedale di Forlì	Radiologia	2	Territorio ex azienda di Forlì		
	Ospedale di Faenza	Radiologia -Faenza	1	Territorio ex azienda di Ravenna	Sono in corso le procedure di sostituzione del macchinario in quanto obsoleto; la nuova macchina sarà operativa entro l'estate	
	Ospedale di Lugo	Radiologia-Lugo	1			
	Ospedale di Ravenna	Radiologia-Ravenna	2			
	Ospedale di Rimini		Radioterapia	1	Territorio ex azienda di Rimini	
			Radiologia RN	1		
			Radiologia RN c/o DEA	1		
			Neuroradiologia	1		
	Ospedale di Santarcangelo di Romagna	Radiologia di Rimini	1			
	Ospedale di Novafeltria	Radiologia di Rimini	1			
	Ospedale di Riccione	Radiologia di Riccione	1			
	Ospedale di Cattolica	Radiologia di Riccione	1			
TOTALE TAC			16			

Dotazione pubblica attuale di Macchine RMN	UBICAZIONE	UU.OO	quantità	Ambito di garanzia attuale	note
TRM - TOMOGRAFO A RISONANZA MAGNETICA	Ospedale di Cesena	Radiologia	1 (1.5 T)	Territorio ex azienda di Cesena	
		Neuroradiologia	1 (1.5 T)		
	Ospedale di Forlì	Radiologia	1 (0.23 T)	Territorio ex azienda di Forlì	
		Radiologia	1 (1.5 T)		
	Ospedale di Ravenna	Radiologia-Ravenna	1 (1.5T)	Territorio ex azienda di Ravenna	
	Ospedale di Faenza	Radiologia-Faenza	1 (1.5 T)		
	Ospedale di Lugo	Radiologia-Lugo	1 (1.5 T)		
	Sede erogativa di Cervia	Radiologia-Ravenna	1 (S-Scan)		
	Ospedale di Rimini	Neuroradiologia	1 (1.5 T)	Territorio ex azienda di Rimini	È compresa una nuova macchina installata recentemente presso H di Rimini, attualmente in fase di collaudo
		Radiologia di Rimini	1 (1.5 T)		
Ospedale di Cattolica	Radiologia di Riccione	1 (1.5 T)			
TOTALE RMN			11		

- Il sistema della offerta deve poter poggiare sulla completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata nei confronti del cittadino.

Ciò avviene, nella sua quota parte più rilevante, attraverso la prenotazione CUP, Farmacup e Cup telefonico; viene altresì assicurata la messa a disposizione delle prestazioni presenti nel paniere di offerta anche tramite CUPWEB per non meno dell'80% della sua consistenza, impegnandosi l'azienda sin d'ora ad ampliare ulteriormente tale disponibilità in accordo con gli indirizzi forniti dall'Osservatorio regionale relativamente alle tipologie prestazionali da rendere omogeneamente disponibili.

La parte di offerta non a cup attiene a percorsi di presa in carico da parte degli specialisti pubblici che utilizzano spazi presso proprie agende autogestite tramite gli applicativi dipartimentali in dotazione, oppure attraverso agende inserite nella procedura informatica del cup, con chiave di accesso riservata alla UO/specialista. Attiene alla presa in carico anche la erogazione tramite il day service, di norma sviluppato su applicativi dipartimentali.

Come avuto già modo di riferire, la numerosità e diversità degli strumenti informatici utilizzati in azienda, figlia della situazione pre-esistente la costituzione della azienda Romagna, impone una scelta strutturale verso un applicativo unico che, anche in ordine alla applicazione delle nuove regole prescrittive, consenta di ottenere anche un collegamento più agevole con il "sistema cup". Sarà questo un impegno dell'azienda entro la vigenza del piano e comunque in tempi utili alle scadenze definite per le nuove regole prescrittive.

Per quanto attiene la offerta dei produttori privati accreditati, pressoché la totalità della offerta generata dai contratti di fornitura è accessibile tramite il cup; fanno legittimamente eccezione le prestazioni definite nei piani di committenza e già ora regolamentate in sede contrattuale rientranti nei cosiddetti "percorsi semplificati", contemplate anche all'interno di uno specifico campo del flusso ASA riservato esclusivamente alle strutture private (prestazioni aggiuntive su ricetta indice). Tali prestazioni servono al completamento diagnostico (es. una

visita ORL che ha necessità anche di un esame audiometrico) e vengono utilizzate dallo specialista della struttura per facilitare il percorso all'utente evitando, per le casistiche più comuni, di rinviare il paziente al MMG ai fini della prescrizione di ulteriori approfondimenti cosa che dilazionerebbe inutilmente la diagnosi. Inoltre, stante che tutta la offerta deve essere contenuta all'interno del sistema Cup, si avrà modo di concordare con i produttori le modalità per fare transitare alcune tipologie prestazionali oggi riservate al libero accesso, seppure in quantità strettamente residuali, all'interno del sistema cup valutando qualora si tratti di prestazioni particolari per quali sia opportuno un contatto preliminare tra utente ed erogatore, la messa in opera di agende costruite all'interno della procedura del cup con chiave di accesso riservata alla struttura erogatrice per la prenotazione.

- un ulteriore aspetto che impatta sulla gestione della offerta è quello che attiene alla sospensione della erogazione delle prestazioni per cause di forza maggiore, es. per fermi macchina non programmati o indisponibilità del personale; questa evenienza viene regolarmente monitorata e viene periodicamente assicurato il flusso informativo verso il livello regionale attraverso caricamento degli eventi negli applicativi regionali in dotazione. Ciò detto, anche in relazione al fatto che le ex 4 aziende romagnole avevano già in essere procedure/protocolli che sono stati maltenute ma che differiscono per alcuni aspetti, l'azienda si dà l'obiettivo di giungere, possibilmente entro il 2019, ad una procedura unica di livello aziendale che guidi la gestione della sospensione della erogazione delle prestazioni ai sensi della DGR 73/2007, da adottarsi formalmente previa istituzione di un gruppo di lavoro (presidi ospedalieri, back office cup, sistemi informatici aziendali) per essere poi approvata e distribuita al fine di sancirne la omogenea esecutività.

7) PERCORSI DI TUTELA A GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

- Gli ambiti di garanzia rappresentano i territori all'interno dei quali l'azienda intende garantire i tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso, individuandoli di norma di livello distrettuale qualora ci si riferisca prestazioni di base e di livello sovra distrettuale (ad esempio territori delle ex aziende romagnole o territorio aziendale) per le rimanenti. Evidentemente gli ambiti di garanzia devono tenere conto delle strutture erogatrici presenti nei vari ambiti territoriali in quanto ad esempio non in tutti i distretti è presente la totalità del paniere di offerta, sia essa pubblica o privata accreditata; va inoltre evidenziato che all'interno degli attuali confini amministrativi distrettuali la presenza del privato accreditato è spesso concentrata fisicamente presso i centri maggiori.
- Ai fini di garantire i tempi di attesa all'interno dell'ambito di garanzia individuato, da tempo sono attivi dei percorsi/agende di garanzia, di norma tramite acquisto di prestazioni da privato (ma non solo) che, in caso di indisponibilità alla prenotazione di prestazioni entro gli standard, vengono resi accessibili informaticamente alla rete dei prenotatori onde poter sempre offrire almeno una opzione entro i tempi massimi all'interno dell'ambito di garanzia attribuito alla prestazione richiesta. A questo meccanismo, nel tempo se ne è aggiunto comunque anche un altro che, qualora la prestazione sia stata definita come di ambito distrettuale, rende accessibile anche i percorsi di garanzia presenti nei rimanenti distretti afferenti a territorio della ex azienda e ciò al fine di poter offrire al cittadino più opzioni di scelta (di tempi e di strutture).

Ciò detto, va esplicitato che lo sviluppo della azione di committenza esterna dell'azienda si concretizza tenendo conto di tutti i fornitori presenti e che quindi da questo punto di vista viene mantenuto un approccio al decentramento ed alla dimensione della accessibilità geografica della offerta nei livelli massimi ora possibili.

- Tutto ciò premesso, si riporta nella tabella in calce al presente paragrafo la mappatura degli ambiti di garanzia così come attualmente vigenti (a valere per le prestazioni di primo accesso con priorità B e D) e, come si può notare, si articolano per ora in un livello distrettuale ed in un livello di ex azienda. Va precisato che il livello provinciale già coincide oggi con quello la ex azienda di Rimini, e con quello della la ex azienda di Ravenna, mentre per quanto concerne Forlì-Cesena si perverrà ad omogeneità non appena sarà implemento il cup unico della Romagna, con ogni probabilità facendo transitare l'ambito di garanzia da ex azienda a provinciale anche in questo caso. Gli ambiti di garanzia individuati sono pertanto elementi di cui tenere conto nella programmazione della offerta, con particolare riguardo alla dislocazione della produzione sia essa resa in regime ordinario che in regime di percorsi di garanzia. Nel corso della vigenza del piano, eventuali modifiche agli ambiti di garanzia, verranno comunicati al livello regionale e caricati sull'apposito applicativo in dotazione alle aziende.

- Per poter garantire i tempi di attesa all'interno dell'ambito definito per ogni singola prestazione, non solo è necessario prevedere percorsi di garanzia come sopra evidenziato, laddove almeno la probabilità di non tenuta della offerta ordinaria sia alta, ma anche prevedere una costate manutenzione e supervisione del loro stato di saturazione affinché tale garanzia venga assicurata nel tempo, anche a fronte di variazioni della domanda.
Gli accordi di fornitura con le strutture private prevedono che la committenza di percorsi di garanzia sia rubricata al di fuori (cioè oltre) dalla quota di budget economico storico delle strutture per cui questa attività - che viene comunque commissionata con esplicitazione delle quantità e del mix prestazionale più opportuno- viene effettuata per periodi definiti, potendo in tal modo sia sospendere il percorso non più necessario, sia adeguarlo nelle tipologie e quantità se del caso, oppure ancora spostare la committenza di percorsi di garanzia da una struttura ad un'altra a seconda delle capacità produttive dei produttori (che possono variare nel tempo) o dei livelli di scontistica più favorevoli.

- Si ritiene che il meccanismi di committenza di cui ci si è dotati tutelino ragionevolmente nella maggioranza dei casi il sistema di garanzia dei tempi, e per quanto concerne le tipologie e dimensionamento delle agende di garanzia, pare sufficientemente rispondente alle esigenze di flessibilità utili a fornire adeguamenti tempestivi verso le criticità che il sistema di monitoraggio aziendale prospettico pone eventualmente in evidenza.
Questo aspetto è sostanzialmente affidato al tavolo per la committenza specialistica ambulatoriale (CSA) che si occupa sia committenza su strutture private ma anche interna, con particolare riferimento alla attività aggiuntiva in regime di simil Alpi.
Dopo avere esperito la fase della valutazione del fabbisogno, come già riportato al paragrafo 6 ed avere impostato i piani di committenza per strutture private accreditate, nonché preso atto della offerta Simil alpi possibile il CSA, che si riunisce di regola a cadenza settimanale, monitorizza se i tempi massimi di attesa sono rispettati in almeno il 90% dei casi.

Di regola ciò avviene tramite:

- verifica l'andamento degli indici di performance della settimana precedente e di quella corrente consultando il portale SpagoBI messo a disposizione delle aziende dalla regione, nonché l'andamento della domanda (in termini quantitativi)
 - utilizzo di un programma informatico denominato "Proiezione Agende", che consente di valutare in termini prospettici la situazione delle agende di prenotazione (sia ordinarie che di garanzia) presenti nel sistema cup, in termini di capienza residua entro gli standard. Il programma fotografa due volte alla settimana (lunedì e giovedì) le disponibilità residue per le classi di priorità B,D P su diverse finestre temporali (30 gg, 60 gg, 90 gg ecc.) presenti a Cup e, quindi, con una sufficiente capacità anticipatoria rispetto potenziali criticità che potrebbero affacciarsi in tempi relativamente brevi; ciò consente di studiare i potenziali problemi e le loro cause (quando non già noti per altri motivi), valutando di conseguenza la opportunità di adeguamento dei percorsi di garanzia nelle quantità e/o nelle tipologie prestazionali oppure, la possibilità di intervenire ancor prima con azioni di adeguamento della produzione pubblica.
- Qualora si osservino criticità delle performance su alcune prestazioni si possono configurare alcune principali fattispecie:
- criticità su prestazioni per le quali esiste già un percorso di garanzia: vengono predisposti adeguamenti quantitativi ad hoc delle agende di garanzia;
 - criticità per le quali non esiste un percorso di garanzia: se il problema viene valutato come non risolvibile in tempi brevi, ad esempio perché legato a variazioni della offerta generata da carenza di personale pubblico, nelle more delle latenze amministrative di reclutamento, vuoti di dipendenti vuoti di specialisti ambulatoriali, si procede a temporaneo percorso di garanzia presso il privato o comunque ad integrazione della produzione in regime di committenza aggiuntivo.

mappa ambiti di garanzia AUSL Romagna				ambiti garanzia vigenti		
Codice Dmr	PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO	AGGR_P REST_R ER	prestazioni oggetto di monitoraggio MDS /RER	distretto	territorio delle singole 4 ex aziende	NOTE
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	01	MDS	X		
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA.	02	MDS	X		
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	03	MDS	X		
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA.	04	MDS		X	
89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	05	MDS	X		
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA.	06	MDS	X		
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA.	07	MDS		X	
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	08	MDS	X		
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	09	MDS		X	
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE		MDS			
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPIA] DELL' INTESTINO CRASSO		RER			
45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPIA DELL' INTESTINO CRASSO		MDS			
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	10	MDS		X	
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA		RER			
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA		RER			
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE		RER			
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	11	MDS	X		
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		MDS			
887621	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI		RER			
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	12	MDS	X		
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE		MDS			
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		MDS			
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue	13	MDS		X	
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA		MDS			
87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	14	MDS		X	
87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	15	MDS		X	
88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE		MDS			
88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO		MDS			
88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	16	MDS		X	
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE		RER			
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	17	RER		X	
	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO		MDS			
88.95.4	Vescica e pelvi maschile o femminile					
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	18	MDS		X	
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA.	22	MDS		X	
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	23	MDS	X		
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	24	MDS	X		
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	25	MDS		X	
88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	26	MDS		X	
88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	27	MDS		X	
87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	28	MDS		X	
87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO		MDS			
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	29	MDS		X	non prenotabile a CUP; prestazione erogabile solo su valutazione del professionista a seguito di mammografia. Monitorata in casi sporadici per traumatismo
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale		MDS			
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale		MDS			
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	34	MDS	X		
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	35	MDS	X		
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	36	MDS		X	
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	37	MDS	X		
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE as determinazione della massima ventilazione volontaria	38	MDS	X		
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE		MDS			
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	40	MDS		X	
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA.	41	MDS		X	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	42	MDS		X	
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	42	MDS		X	
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	43	MDS	X		
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA as ecografia genetica (misura ecografica della traslucenza nucale)	44	MDS	X		
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA		MDS			
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE		RER			
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	45	MDS		X	
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO		MDS			
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHETTRICA	46	RER		X	
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHETTRICA, SENZA E CON CONTRASTO		RER			
897A80	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA.	47	MDS	X		
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI	59	MDS		X	NON PRESENTE A CATALOGO SOLE
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio	63	MDS		DA DEFINIRE	Attualmente a cup solo presso H di Cesena: verranno fatte verifiche circa la dotazione strumentale c/o tutti gli ambulatori aziendali

8) FORNITORI PRIVATI ACCREDITATI

Il piano regionale di contenimento dei tempi di attesa prevede, per le strutture private accreditate, che in sede di sottoscrizione del contratto di fornitura:

1. le strutture si impegnino ad assolvere il debito informativo relativo al flusso sulla specialistica ambulatoriale (ASA); in Romagna questo elemento già sussiste con relative specifiche
2. le strutture aderiscano, con oneri a proprio carico, alla rete regionale SOLE implementando le funzionalità necessarie per trasmettere i referti di cui alle prestazioni SSN, verso il fascicolo sanitario elettronico e favorire la condivisione delle informazioni dei pazienti che accedono alle loro strutture; inoltre i fornitori dovranno implementare le funzionalità necessarie alla visualizzazione della ricetta dematerializzata secondo regole previste dal flusso Ministeriale.

Pertanto, circa il punto 2, l'azienda promuoverà in occasione del rinnovo degli accordi di fornitura 2020 un testo di accordo che vada nella direzione sopra descritta, promuovendo preventivamente momenti di incontro motivazionale con i produttori prima della sottoscrizione.

9) GOVERNO DEL FENOMENO DELLA PRESTAZIONE NON ESEGUITA PER MANCATA PRESENTAZIONE DELL'ASSITITO

Nel 2018 l'Azienda ha registrato un numero di mancate presentazioni pari a 83.036 contro un dato del 2017 di n. 105.667. Pertanto la differenza percentuale risulta di -21,4% (2018 vs 2017) a testimonianza della azione incisiva del processo di applicazione della legge regionale e DGR 377/16.

Nel corso del 2018, tramite approfondimenti e incontri che hanno visto partecipi i soggetti aziendali coinvolti nell'applicazione della DGR 377/2016 e la ditta che cura il software, si è messa a punto una nuova funzione informatica che consentirà al servizio accertatore di gestire direttamente l'estrazione degli episodi sanzionabili finalizzata all'invio dei verbali di irrogazione. Ciò consentirà una semplificazione e facilitazione nella gestione del percorso sanzionatorio; la fase dei test di prova sui criteri di estrazione è terminata a dicembre 2018 per raffinare i criteri di estrazione e consentire così un risultato di massima precisione nell'ingunzione.

Nel 2018 sono comunque stati inviati circa 20.000 verbali di sanzioni ed è stata elaborata una tipologia di informativa per l'utenza più dettagliata rispetto a quella già in essere, che è stata pubblicata sul sito aziendale.

Tutto ciò premesso, dato atto che l'azienda ha:

- a suo tempo aderito alla campana regionale "insieme per una sanità più veloce,
- che l'utenza ha ricevuto le opportune informazioni per un efficace disdetta nei termini utili per non incorrere nella sanzione (sito aziendale, memoria nel foglio di prenotazione, ecc.),
- che il sistema delle disdette, è informatizzato per cui quando un utente disdice un prenotazione, il posto viene "in automatico" reso subito disponibile per una nuova prenotazione.

Ci si impegna, nella vigenza del programma, a mantenere il progressivo invio delle sanzioni, a garantire il monitoraggio trimestrale delle mancate presentazioni dell'assistito, la applicazione delle indicazioni contenute nelle circolari e delibere applicative di cui alla Legge Regionale 2/2016, garantendo altresì il periodico invio di tali informazioni all'Osservatorio regionale tempi di attesa, secondo le specifiche di volta in volta dal medesimo definite.

10) INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA

L'azienda si impegna ad aggiornare il sito web aziendale, nelle pagine dedicate alla assistenza specialistica /sezione trasparenza, attraverso:

- la messa a disposizione il presente programma aziendale di contenimento dei tempi di attesa, una volta validato dagli organi competenti
- la illustrazione delle nuove regole prescrittive e della validità temporale delle impegnative ai fine della prenotazione
- la messa a disposizione di eventuale materiale divulgativo predisposto
- permarrà attivo il collegamento dal sito aziendale con quello regionale www.tdaer.it, con il quale vengono resi disponibili le performance dei tempi di attesa a cadenza settimanale di tutte le aziende.

Inoltre è prevista:

- la diffusione e illustrazione del presente programma all'interno dei consultivi misti aziendali
- la predisposizione di una informativa per mettere a conoscenza delle nuove regole modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da utilizzare negli ambulatori dei MMG/PLS, farmacie, ecc.

Sarà questa occasione per rinforzare anche il messaggio relativo alla necessità di disdire le prenotazioni entro i termini in caso si sia nella impossibilità di presentarsi all'appuntamento.

Presupposto però per un corretto sviluppo ed implementazione delle nuove regole è rappresentato da un programma di formazione che l'azienda appronterà entro l'estate, rivolto ai diversi attori in gioco:

- operatori degli Uffici Relazione col Pubblico (URP)
- operatori addetti alla prenotazione (di sportello, cup telefonico, Farmacup, nonché delle strutture private accreditate che svolgono per altro in molti casi anche attività di prenotazione (sulle proprie agende)
- agli specialisti in qualità di prescrittori, con ogni probabilità aperto anche ai supporti amministrativi/infermieristici dei dipartimenti di produzione mentre, per quanto concerne la formazione/informazione dei MMG/PLS, ci si gioverà in prima istanza degli aggiornamenti direttamente predisposti dal livello regionale all'interno del portale SOLE, riservandosi successivamente approfondimenti e rinforzi locali, qualora si rendessero necessari.

In collaborazione con la UO comunicazione/formazione si sta predisponendo un programma con moduli formativi da realizzare verso l'autunno e comunque entro fine 2019, in particolare rivolto prioritariamente ad operatori URP, CUP, specialisti.

11) PRESTAZIONI AMBULATORIALI MONITORATE

L'azienda prende atto delle prestazioni oggetto di monitoraggio così come definite dalla DGR 603 del 15/4/2019 ed altresì delle eventuali ulteriori prestazioni che la regione intende di sua iniziativa inserire nel monitoraggio.

A tal fine si rimanda alla tabella relativa agli ambiti di garanzia (inserita alla fine del paragrafo 7) ove vengono riportate le prestazioni che saranno oggetto di monitoraggio nella vigenza del

triennio, individuate dal livello nazionale (evidenziate in tabella con la etichetta MDS) e le prestazioni che con ogni probabilità verranno aggiunte dal livello regionale (evidenziate in tabella con la etichetta RER), fatte salve comunque eventuali modifiche in corso d'opera dovessero giungere formalmente dalla regione.

L'azienda darà seguito al flusso quotidiano dei dati delle prenotazioni secondo il nuovo assetto, verso la regione, come del resto già avviene attualmente, al fine di alimentare il portale regionale sui tempi di attesa non appena il livello regionale comunicherà alle aziende una data di partenza comune.

12) FLUSSI INFORMATIVI

L'azienda si impegna garantire la completezza ed accuratezza nella trasmissione dei dati nei diversi flussi regionali (ASA, e cruscotto regionale tempi di attesa) per l'assolvimento dei debiti ministeriali inerenti i tempi di attesa effettivi prospettici, nonché il flusso relativo all'erogato ALPI, e eventi di sospensione attività di erogazione.

L'azienda si impegna altresì ad assicurare l'inserimento in banca dati delle prestazioni erogate traccianti la fase diagnostica dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) nell'area cardiovascolare e oncologica (in collaborazione tra RUA dell'assistenza specialistica ambulatoriale RUA della assistenza ospedaliera) seguendo le indicazioni regionali e ministeriali che verranno emanate al riguardo circa il monitoraggio di tali percorsi.

PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

Premessa:

Con deliberazione di giunta regionale n. 603 del 15 aprile 2019 “Piano regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021” è stata recepita dalla Regione Emilia Romagna l’Intesa Stato-regioni del 21 febbraio 2019 ed, in ottemperanza all’accordo, è stato adottato il Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, i cui contenuti erano già stati anticipati dalla DGR 272/2017. L’Ausl della Romagna predispone con il presente documento, entro 60 giorni dall’approvazione del Piano regionale, ovvero entro il 24 giugno 2019, un Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa dei ricoveri programmati in coerenza con gli obiettivi definiti in delibera e lo trasmette alla Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare. **La presente versione è da intendere non definitiva in quanto in attesa di essere validata dalla C.T.S.S.**

Le linee di intervento, in continuità con la DGR 272/2017, riguardano:

1. Identificazione dei Responsabili Unici per l’Accesso (RUA) e costituzione di tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa;
2. Piena integrazione nel sistema di monitoraggio delle strutture Private Accreditate;
3. Adozione di strumenti per il monitoraggio;
4. Standardizzazione criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica;
5. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria;
6. Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche;
7. Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa;
8. Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni;
9. Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h;
10. Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa;
11. Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell’attività libero-professionale intramoenia;
12. Flussi informativi: SDO (monitoraggio ex-post) e SIGLA (monitoraggio ex-ante);
13. Piano della comunicazione;

1. Identificazione dei Responsabili Unici per l'Accesso (RUA) e costituzione di tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa;

In riferimento alle indicazioni previste dalla delibera regionale n.272/2017 per la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia Romagna ed a seguito del pensionamento del dr. Giannei già precedentemente individuato per questa funzione, la Direzione Sanitaria ha individuato, con nota Prot. n. 0132020/P del 24/05/2019, la dr.ssa Cinzia Ravaioli della Direzione Medica del P.O. di Ravenna quale nuovo Responsabile Unico Aziendale per l'Azienda USL della Romagna per i ricoveri programmati. Viene mantenuta l'organizzazione aziendale che prevede un board chirurgico aziendale e 4 board chirurgici locali nei diversi ambiti (Ravenna, Cesena, Forlì e Rimini).

Nel board chirurgico aziendale sono presenti rappresentanti dei 4 tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa (cosiddetti "board chirurgici locali"), delle Direzioni Mediche di Presidio, dei clinici (sia Direttori di Dip. chirurgici di varie discipline che anestesisti) e della Direzione Infermieristica aziendale con i referenti infermieristici aziendali del prericovero e delle sale operatorie.

Nei 4 "board chirurgici locali", coordinati da professionisti individuati dalla Direzione aziendale, la composizione è data da Direzione Sanitaria/Direzione Medica dei PP.OO. dell'ambito, Direzione Infermieristica dell'ambito, Direttori Dipartimenti Chirurgici o loro delegati/Direttori delle UU.OO. chirurgiche dell'ambito, Referenti aziendali/di ambito dei servizi pre-ricovero, Direttori Anestesia e Rianimazione. In ogni Presidio è stato inoltre costituito un organismo di coordinamento locale definito "Tavolo di programmazione chirurgica settimanale locale", coordinato dalla Direzione Medica di Presidio e di cui fanno parte i Direttori delle UU.OO. chirurgiche.

Viene definito che il RUA coordina il "board chirurgico aziendale" e ne fa il proprio strumento operativo, l'organo di analisi e monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa e delle criticità eventuali e di recepimento/distribuzione delle indicazioni regionali e aziendali.

2. Piena integrazione nel sistema di monitoraggio delle strutture Private Accreditate;

Dovrà essere attuata la piena integrazione nel sistema di monitoraggio delle strutture private accreditate, mediante l'adozione da parte delle stesse dei medesimi criteri e modalità di gestione delle liste nonché dell'alimentazione in tempo reale dell'archivio di *SIGLA – Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa*, attualmente non disponibile per le strutture private accreditate.

In attesa di tale integrazione, deve essere effettuato un costante monitoraggio delle tempistiche delle prestazioni effettuate da tali strutture dal RUA aziendale in collaborazione con il referente (Struttura Semplice aziendale per la Committenza). Dalle analisi devono derivare opportune specifiche o rettifiche dei contratti di committenza concordati fra le due figure indicate, volte alla risoluzione di eventuali criticità nel rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni effettuate presso il privato accreditato.

Nella tabella sotto indicata vengono descritte le strutture coinvolte attualmente nel piano di Committenza per quanto riguarda, in particolare, la patologia erniaria, la chirurgia proctologica e la colecistectomia laparoscopia, con un esempio del monitoraggio effettuato in merito allo scostamento delle prestazioni commissionate dal piano rispetto alla produzione effettiva.

Ospedale Privato Accreditato	Disciplina/DRG	Volumi di produzione indicativi ANNUI piano committ. Anno 2019		Range di Produzione proporzionale al Commissionato 1° TRIMESTRE 2019		Ausl Romagna - Produzione effettiva 1° TRIMESTRE 2019		SCOSTAMENTO PIANO / PRODUZIONE 1° TRIMESTRE 2019	
		casi	importo	casi	importo	casi / gg	importo	casi	importo
DOMUS NOVA RA	DRG 157/158 (Chirurgia proctologica)	140	134.400,00	35	33.600,00	23	21.221,85	-12	- 12.378,15
	DRG 160/162 (Ernie)	248	310.000,00	62	77.500,00	68	84.400,79	6	6.900,79
SAN FRANCESCO RA	DRG 160/162 (Ernie)	180	226.800,00	45	56.700,00	41	51.708,05	-4	- 4.991,95
SAN PIER DAMIANO	Interventi per ERNIE (cod.53.00.1 - 53.00.2 - 53.21.1 - 53.29.1)	230	290.883,30	58	72.720,83	55	56.679,85	-3	- 16.040,98
OSPEDALI PRIVATI FORLI'	Colecistectomia laparoscopica (DRG 493-494) n. casi	100	255.033,00	25	63.758,25	29	73.959,57	4	10.201,32
	Chirurgia proctologica (DRG 157/158) - n. casi	70	66.920,00	18	16.730,00	48	46.433,05	31	29.703,05
MALATESTA NOVELLO Cesena	DRG 159-160-161-162 (Patologia erniaria) - n. casi	150	186.000,00	38	46.500,00	44	54.413,84	7	7.913,84
	DRG 159-160-161-162 (Patologia erniaria) - n. casi	250	326.250,00	63	81.562,50	67	83.962,19	5	2.399,69
	DRG 157-158-267 (Chirurgia proctologica) - n. casi	60	38.692,00	15	9.673,00	17	15.295,52	2	5.622,52
SAN LORENZINO Cesena	DRG 493-494 (Colecistectomia laparoscopica) - n. casi	80	204.000,00	20	51.000,00	21	53.046,86	1	2.046,86
	DRG 159-160-161-162 (Patologia erniaria) - n. casi	300	376.200,00	75	94.050,00	83	102.413,07	8	8.363,07
VILLA MARIA RN	DRG 157-158-267 (Chirurgia proctologica) - n. casi	140	130.200,00	35	32.550,00	22	19.311,46	-13	- 13.238,54
	DRG 493-494 (Colecistectomia laparoscopica) - n. casi	90	229.583,70	23	57.395,93	13	33.154,29	-10	- 24.241,64
PROF. E. MONTANARI Morciano di Romagna (Rn)	DRG 157/158 (Chirurgia proctologica) CASI	320	310.400,00	80	77.600,00	114	107.851,75	34	30.251,75
	Interventi per ernie (cod. nomenclatore 53.00.1 - 53.00.2 - 53.21.1 - 53.29.1) **	112	106.400,00	28	26.600,00	73	74.668,05	45	48.068,05
	Interventi per ernie	42	44.268,00	11	11.067,00	14	14.340,65	4	3.273,65

3. Adozione di strumenti per il monitoraggio:

L'efficientamento delle sale operatorie è ritenuto dalla Direzione strategica dell'Ausl della Romagna un obiettivo fondamentale al fine di ottimizzare l'utilizzo degli spazi operatori in funzione del monitoraggio e del governo dei tempi d'attesa dei ricoveri programmati, in linea anche con quanto indicato dalla Regione Emilia Romagna (Del. RER Num. 272 del 13/03/2017). Le sale operatorie, infatti, costituiscono un settore assai complesso e di alto valore aggiunto dell'intera "produzione" ospedaliera, sia sotto il profilo clinico che gestionale e, dunque, l'ottimizzazione nella loro gestione determina benefici sensibili non solo per il percorso del paziente chirurgico ma anche relativamente ai costi ed all'efficienza dell'intera struttura.

La definizione dei percorsi informatici viene ritenuta dalla Direzione aziendale uno strumento strategico fondamentale proprio a servizio della clinical governance per cui, al fine di implementare un nuovo percorso perioperatorio informatizzato omogeneo in Romagna (dalla presa in carico in fase di prericovero del paziente fino al follow up post intervento), da completare, nel prossimo triennio, in tutte le 84 sale operatorie presenti in Azienda, la Direzione ha definito, nell'ambito delle attività del Nucleo Strategico Informatica aziendale a sé direttamente afferente, il "Progetto Percorso Perioperatorio Informatizzato".

Tale percorso rappresenta un prezioso elemento a servizio degli altri strumenti organizzativi in essere a livello aziendale, che sono il RUA, il “Tavolo di programmazione Chirurgica Aziendale” o “Board Chirurgico aziendale” ed i quattro “Board chirurgici di ambito” sopra descritti.

I miglioramenti attesi nella implementazione di un percorso di presa in carico perioperatorio informatizzato uniforme in Romagna sono:

- supportare la **pianificazione “ragionata”** delle sedute operatorie di elezione da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso di cura in modo omogeneo, superando le disomogeneità di risposta operativa a pari casistica, nei diversi ambiti e tenendo conto delle eventuali criticità nelle performance sui tempi di attesa.
- supportare l’**appropriatezza di assegnazione della classe di priorità**, favorendo la condivisione aziendale dei criteri di assegnazione indicati dalla Regione fra i clinici delle medesime specialità e l’invio dei dati al portale regionale S.I.G.L.A. (Sistema Integrato di Gestione Liste di Attesa), allo scopo di monitoraggio delle liste e di pianificazione di eventuali interventi correttivi da parte della Direzione (es. possibilità di delocalizzare la casistica in caso di sovraffollamento delle liste).
- supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei medici e dell’Azienda attraverso uno strumento omogeneo di **tracciabilità** delle valutazioni e delle attività svolte, per permettere di risalire ai responsabili, alla cronologia e alle modalità di esecuzione delle prestazioni.
- garantire l’implementazione di misure di **tutela del rischio clinico** attraverso l’adozione condivisa dei percorsi perioperatori più adeguati (es. corretta identificazione del paziente tramite braccialetto, informatizzazione della scheda Sale Operatorie Sicure o “SOSnet”) che scaturiscono dalla valutazione multidisciplinare e multiprofessionale integrata e strutturata
- permettere l’**efficientamento** delle 84 sale operatorie aziendali grazie alla rilevazione digitalizzata dei tempi operatori e di indicatori di efficienza in sala operatoria preliminarmente condivisi.

FASI DEL PERCORSO PERIOPERATORIO INFORMATIZZATO DELLA ROMAGNA:

Il processo, in sintesi, parte dal reparto con la corretta identificazione digitale del paziente, munito di braccialetto con codice a barre legato al proprio identificativo di ADT, codice che permette anche il corretto e puntuale conteggio dei tempi, dall’uscita dal reparto all’accesso al BOM, all’ingresso in sala fino all’ uscita ed al ritorno in reparto, come sotto descritto. Altro aspetto implementato come “facility” è stato lo sviluppo, in collaborazione con gli informatici presenti sul campo in una prima fase sperimentale sviluppata nell’ Ortopedia dell’ Ospedale di Ravenna, di una modalità di proiezione della lista operatoria che tramite i codici colore consente di individuare esattamente in che fase del percorso operatorio (dall’ uscita dalla propria stanza di degenza fino al ritorno ad essa) si trovi il paziente, utilissimo elemento organizzativo che, se esteso a tutte le specialità, consentirà una ottimizzazione soprattutto dei blocchi operatori aziendali multidisciplinari.

Il progetto ha previsto l'informatizzazione del percorso peri-operatorio nelle seguenti fasi:

- Presa in carico del paziente (PRE-LISTA)
- Preoperatorio (con verbali della visita del chirurgo e dell'anestesista)
- Inserimento in LISTA DI ATTESA operatoria (con gestione di eventuali GIORNATE DI SOSPENSIONE)
- Nota operatoria giornaliera
- Nota operatorio settimanale
- Ricovero del paziente per l'intervento (Cartella Clinica Informatizzata)
- Monitoraggio tramite palmare delle fasi temporali del percorso operatorio
- Verbale di intervento chirurgico comprensivo di compilazione digitale della SOSnet
- Degenza post-intervento (Cartella Clinica Informatizzata), eventuali Trasferimenti e Dimissione
- Follow up post ricovero

La fase del prericovero è fondamentale poiché formalizza la presa in carico del paziente finalizzata ad un intervento chirurgico e rappresenta il momento di inizio della costituzione di un *repository* di notizie cliniche del paziente relative a quel percorso clinico, che produrrà la cartella clinica informatizzata: anamnesi, referti di visite specialistiche, laboratorio, diagnostica per immagini ed indagini strumentali.

Il prericovero determina, inoltre, il momento in cui si attiva il conteggio del Tempo Di Attesa (TDA) sulla base della Classe di Priorità assegnata dal chirurgo al paziente. Nel rispetto delle Linee di Indirizzo che la RER ha pubblicato nella Delibera succitata, è stato fondamentale prevedere sulla piattaforma informatizzata della fase di pre-ricovero tre momenti distinti: la Prelista, la Lista d'Attesa, la Sospensione.

Prelista: determina una "presa in carico" ma non innesca il timer di conteggio del tempo di attesa, perché non sono ancora definiti (o definibili) la stadiazione della malattia, lo stato generale del paziente e, di conseguenza l'esatto iter chirurgico (tipo di intervento, percorso peri-operatorio). Essa rappresenta la fase degli approfondimenti diagnostico/laboratoristici e della eventuale discussione multidisciplinare ed il programma ne permette un report specifico, nella fase in cui ancora il paziente non è in lista.

Lista d'Attesa: definisce il TDA, che scatta quando il Paziente viene sottoposto alla visita finale (epicrisi del caso), viene informato del programma chirurgico e lo accetta (consenso informato). E' possibile attraverso il percorso chirurgico informatizzato prendere visione di tutti i pazienti in lista operatoria, filtrando i pazienti per:

ICD9-CM DIAGNOSI

ICD9-CM INTERVENTO

CLASSE DI PRIORITA'

REGIME DI PRENOTAZIONE

SCADUTI/NON SCADUTI per CLASSE DI PRIORITA'

PROSSIMI ALLA SCADENZA (A 7, 14 O 21 GIORNI) per CLASSE DI PRIORITA'

Sono stati, inoltre, implementati messaggi di “alert” con codice colore che avvisano la prossimità alla scadenza. In modo da consentire al chirurgo di creare una “lista ragionata” sulla base delle eventuali criticità a prossima scadenza (cfr fig. 1) . Tale report, integrato con i report di monitoraggio dei tempi operatori, è strumento pivot della programmazione degli interventi chirurgici di elezione. Il TDA non deve essere considerato un tempo passivo: infatti, durante il TDA possono, ad esempio, essere implementati specifici programmi pre-abilitativi od intervenire eventi o fattori che possono incidere sulla linearità temporale programmata, eventi che innescano la “sospensione”.

Fig. 1 Codice colore per l’aggiornamento in tempo reale della lista con indicazione delle priorità

Legenda codici colore

Rosa = Urgenza, Verde = Elezione, Giallo = DH, Ambulatoriali, Grigio = Eseguito

Def	Stanza Operativa	Paziente/Lato	Diagnosi	Interventi	Terza	1° Operatore	Scienze Informatiche	Lato	Impianti	Affertag	Note
25			EPIDIO (SEPARAZIONE) (SULPESIONE)	SOTTILEZIONE PARZIALE DELL'AVICIA	00	GIANNI SIFONE		Sinistro			
17			FRATTURA DEL MALLOLO INTERIO, OLUSA	RISEZIONE ORIENTA DI FRATTURA DI TESSI E PELLIA, CON FISSAZIONE INTERVA	00	GIANNI SIFONE		Sinistro			
1			ARTROSI LOCALIZZATA PERIARTRA, AVICIA	SOTTILEZIONE TOTALE DELL'AVICIA	00	GIANNI SIFONE		Destro			
2			ARTROSI LOCALIZZATA PERIARTRA, AVICIA	SOTTILEZIONE TOTALE DELL'AVICIA	00	GIANNI SIFONE		Destro			
2			FRATTURA DI COLLE	RISEZIONE ORIENTA DI FRATTURA DEL RAVIO E DELL'AVICIA, CON FISSAZIONE INTERVA	00	DE NICCOLO GIUSEPPE		Sinistro			Fatto oltre 24 ore / 2104
26			NECROSIS TROCANTERICA, NON SPECIFICATA	RISEZIONE ORIENTA DI FRATTURA DEL PERONE, CON FISSAZIONE INTERVA	04	GIANNI SIFONE		Sinistro			Caso preoperatorio 10/2/2014
1			TUMORE DI NATURA NON SPECIFICATA DELLE OSSA, TESSUTI MOLLI E CUTI	ALTRA VISIONE CON ORNAGGIO DELLA CUTI E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	00	DIANE CARLOTTA		Destro			
2			OSTEO A SOTTITO (ACQUISTO)	ESPLORAZIONE DELLA PACHIA TROCANTERICA DELLA HAHO	00	DIANE CARLOTTA		Destro			
2			STENOSE DEL TUNNEL CARPALE	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	00	DIANE CARLOTTA		Destro			ALLEGATO AL PACO ALLEGATI 1/2014/2014
4			TUMORE DI NATURA NON SPECIFICATA DELLE OSSA, TESSUTI MOLLI E CUTI	ALTRA ASPORTAZIONE DEI TESSUTI MOLLI DELLA HAHO	00	DIANE CARLOTTA		Sinistro			ALLEGATO AL PACO ALLEGATI 1/2014/2014
2			STENOSE DEL TUNNEL CARPALE	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	00	DIANE CARLOTTA		Non valutato			
2			FRATTURA OLUSA, UNA O PIU' FALANGI, NON SPECIFICATA	RISEZIONE ORIENTA DI FRATTURA DELLA FALANGIA, CON FISSAZIONE INTERVA	00	DIANE CARLOTTA		Non valutato			1° Elezione 2014, 10/2/2014

Sospensione: è prevista la possibilità di inserire un periodo di sospensione nella fase di attesa dell’intervento, per cui sono state previste causali pre-definite, di natura clinica (malattie acute insorte durante il periodo di attesa, come una influenza) ma anche su richiesta del paziente per motivi personali anche su richiesta del paziente per motivi personali (cfr fig. 2). Il paziente viene automaticamente reinserto in lista di attesa al termine delle giornate di sospensione previste. Oltre alla sospensione è possibile anche, ovviamente, la rimozione definitiva dalla lista.

Fig.2 Gestione informatizzata della sospensione e della rimozione in lista di attesa

Sospensione	Dal	<input type="text"/>	Cal		Sospendi	Giorni di sospensione totali: 0
	Fino al	<input type="text"/>	Cal			
	Motivo	<input type="text"/>				
Rimozione dalla lista	Motivo	<input type="text"/>			Rimuovi	
		indisponibilità paziente per motivi personali non idoneità paziente esigenze organizzative interne in ordine sanitario				
Operatore inserimento		<input type="text"/>				27/04/2018 14:40:59
Operatore modifica		<input type="text"/>				00/00/0000 00:00:00
		decesso espressa rinuncia del paziente eliminazione dalla lista per cause dichiarate nel regolamento aziendale errori materiali di registrazione, effettivamente verificati cambio di indicazione a seguito di rivalutazione indisponibilità alla visita di rivalutazione per motivi non di salute irreperibilità del paziente attività chirurgica effettuata in urgenza paziente non idoneo				

In sede di intervento, sulla stessa piattaforma informatica, vengono registrati referto chirurgico ed il referto anestesiologicalo, che risultano visibili direttamente nella cartella clinica informatizzata di degenza, dando continuità alla documentazione del paziente relativamente al percorso.

4. Standardizzazione criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica:

Lo sviluppo degli strumenti operativi sopra descritti è in linea con la standardizzazione dei criteri di appropriatezza organizzativa e clinica condivisi aziendali.

L'Ausl della Romagna ha definito, in merito, una procedura aziendale (**PA165 "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati chirurgici" del 26/11/2018**) che descrive le modalità di gestione delle liste di attesa per la prenotazione dei ricoveri programmati, fornendo regole ed indirizzi generali validi su tutto il territorio aziendale, tenuto conto delle norme nazionali e regionali (*DGR n. 272 del 2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna"; Circolare 7/2017: Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna; Circolare 5 \2018 "Linee di indirizzo per il governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna"*).

Tale percorso prevede che la gestione dei ricoveri programmati chirurgici debba prevedere elementi organizzativi comuni e regole condivise tese a garantire trasparenza ed equità di accesso attraverso la standardizzazione criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica ed ha validità in tutte le UU.OO. della Azienda Ausl della Romagna che erogano prestazioni di ricovero programmato sia in regime ordinario che di Day Hospital/Day Surgery, con il supporto di un programma informatizzato. Tale procedura dovrà essere recepita in modo uniforme nel triennio di riferimento da tutte le strutture ed i servizi aziendali coinvolti.

Viene definito quanto segue:

Proposta di ricovero

La prescrizione di visita specialistica per patologia con possibile indicazione al ricovero programmato per intervento chirurgico può essere posta da:

- *MMG\PLS*
- *Medico specialista ambulatoriale convenzionato*
- *Dirigente Medico della UO a cui afferisce la Lista di Attesa, in regime istituzionale o in LP (in questo caso non vi è necessità di ulteriore visita istituzionale)*
- *Dirigente Medico di altra Struttura o Presidio qualora previsto all'interno di un PDTA formalizzato, in istituzionale*

Presa in carico

Se l'esito della valutazione specialistica si conclude con una proposta di intervento, la struttura "prende in carico" il paziente e ne segue l'iter clinico e assistenziale.

Vengono a delinearsi due possibilità:

1. ***paziente candidato all'intervento chirurgico***, cioè con diagnosi e indicazione chirurgica certa: in questo caso il paziente viene inserito in lista di attesa: la "data di presa in carico" e "la data di immissione in lista" coincidono e corrispondono alla data in cui è effettuata la visita chirurgica ambulatoriale;
2. ***paziente che necessita di accertamenti diagnostici*** per giungere ad una puntuale indicazione chirurgica (Day service\percorsi clinico assistenziali per garantire tempi di studio adeguati e tempestivi con particolare riferimento alle patologie tempo dipendenti e/o rapidamente evolutive tramite la definizione di protocolli concordati): in questo caso il paziente viene preso in carico e inserito in pre - lista per il periodo necessario a definirne l'idoneità e il conseguente inserimento in lista.

Gestione pre-lista:

Le condizioni che determinano l'inserimento in pre-lista sono

- per stadiazione\ approfondimenti diagnostici,
- eventuale trattamenti farmacologici, terapia neoadiuvante,
- attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento
- valutazione multidisciplinare prevista in percorsi PDTA oncologici per porre l'indicazione all'intervento

Presso ogni ambito territoriale è previsto un percorso di presa in carico personalizzata gestito da parte del Servizio Prericovero , che avrà il compito di pianificare l'iter previsto per l'inquadramento diagnostico.

Gli accertamenti diagnostici effettuati durante la fase di pre-lista sono soggetti alla partecipazione alla spesa nei casi previsti. Nel momento in cui è certa l'indicazione all'intervento chirurgico il paziente viene inserito in lista di attesa dal chirurgo.

INSERIMENTO IN LISTA/SCHEDA DI PRENOTAZIONE INFORMATIZZATA

“La data di inserimento in lista corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari alla corretta diagnosi e per l'indicazione terapeutica. La data di inserimento in lista quindi non corrisponde al momento in cui il paziente viene preso in carico ma al momento in cui può e deve essere programmato uno specifico intervento (DGR 925/2011)”

Il medico :

- *al termine della valutazione clinica del paziente, dà l'indicazione all'intervento chirurgico, registrandolo sul referto ambulatoriale;*
- *ricerca il paziente sul programma informatico tramite codice fiscale oppure tramite nome-cognome e data di nascita.*
- *inserisce quindi il paziente nel sistema informatizzato aziendale della lista di attesa dei ricoveri, compilando l'apposita scheda di prenotazione; nella scheda vengono riepilogati i dati clinici, la classe di priorità, il setting assistenziale, la classificazione ASA, ecc.*
- *effettua quindi la PRENOTAZIONE individuando la disciplina di competenza*

ORDINE DI ACCESSO

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato viene determinato in base ai seguenti fattori:

- **classe di priorità**
- **ordine cronologico di inserimento in lista di attesa**

Criteria di Priorità

La definizione dei criteri di priorità si basa sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico, dello stadio e del decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati ai ritardi nel trattamento, alla presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali. E' iniziato e verrà completato entro il 2019 un lavoro di condivisione dei criteri di appropriatezza nell'attribuzione della classe di priorità grazie al confronto infra- ed interdipartimentale fra i professionisti delle medesime specialità.

Il medico dell'UO cui afferisce la lista di attesa è responsabile dell'attribuzione della classe di priorità.

I criteri di attribuzione della classe di priorità per i principali interventi effettuati nell'Azienda USL della Romagna sono resi espliciti e concordati per disciplina specialistica e come tali già riportati negli obiettivi di budget.

Le Discipline che ad oggi hanno già condiviso tali criteri sono al livello aziendale:

- Chirurgia Generale
- Ginecologia
- Urologia
- Ortopedia

E' in corso la condivisione dei criteri anche per le restanti Discipline chirurgiche.

Lo scopo della classe di priorità è quello di determinare l'ordine di ingresso alla prestazione; le classi di priorità, declinate dall'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, definiscono un Tempo di Attesa massimo entro il quale la prestazione deve essere garantita.

Per ciascuna patologia/intervento chirurgico, il nomenclatore SIGLA attribuisce la "classe di priorità" iniziale, (definita a livello regionale): questa potrà essere modificata al momento dell'inserimento in lista dal medico in base alla valutazione clinica effettuata o per eventuale peggioramento delle condizioni cliniche a seguito di rivalutazione medica motivando e registrando la modifica nel registro informatizzato aziendale.

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti, o da determinare una compromissione della prognosi.
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa diventare pregiudiziale per la prognosi.
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro 12 mesi.

Cronologia di chiamata

Al fine di rendere equo il sistema di chiamata, i pazienti vengono ordinati in lista dal sistema informatico in base al numero dei giorni trascorsi (data odierna-data inserimento in lista) + n. peso in base alla priorità assegnata.

Il n. peso è così assegnato:

- Priorità A= 335 (365-30)
- Priorità B= 305 (365-60)
- Priorità C= 185 (365-180)
- Priorità D= 5 (365-360)

Tale score è in grado di coniugare sia l'aspetto dell'urgenza (definito dalla classe di priorità) sia l'aspetto temporale (espresso dal tempo trascorso in lista di attesa).

In questo modo, i pazienti che attendono dallo stesso numero di giorni avanzano nella Lista di Attesa a velocità diverse in base alla propria classe di priorità; tale velocità è inoltre proporzionale alla gravità complessiva della specifica lista di attesa.

E' responsabilità del Direttore dell'Unità Operativa inserire in nota operatoria pazienti non rispettando la cronologia di chiamata fornita dal sistema, fornendo giustificazione per motivi clinici.

5. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria;

Nel triennio di riferimento si dispone la totale e uniforme applicazione della PA165 aziendale con standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria.

VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA: percorso attivato per definire il rischio peri operatorio e dichiarare il paziente ricoverabile /operabile e avere come obiettivo la preparazione del paziente al ricovero programmato mediante l'esecuzione di esami diagnostici e strumentali stabiliti da profili preoperatori che correlano due variabili (ASA e complessità chirurgica) che portano alla valutazione dello stato generale del paziente.

La fase preoperatoria viene avviata mediante la convocazione del paziente da parte dell'infermiere referente con un tempo di preavviso utile per garantire il completamento del percorso preoperatorio che deve garantire:

- prenotazione ed esecuzione esami previsti dal profilo (sulla base delle indicazioni della circolare 5 della RER)
- prenotazione ed esecuzione visita anestesologica
- prenotazione ed esecuzione eventuali approfondimenti richiesti dall'anestesista necessari alla definizione del rischio peri-operatorio per arrivare alla conclusione del percorso

Al paziente viene rilasciato un modulo con lo schema degli appuntamenti prenotati.

Prima della chiamata l'infermiere referente del percorso peri operatorio verifica se il paziente risulta essere già in possesso degli esami necessari eseguiti negli ultimi 6 mesi; al fine di garantire la pianificazione dell'intervento chirurgico entro la soglia massima di attesa, viene definito un TIMING entro il quale avviare il percorso, in relazione alla classe di priorità assegnata:

1. A: entro 10 gg.
2. B: entro 40 gg.
3. C: entro 120 gg.
4. D: tra 6 mesi e 8 mesi dalla data di prenotazione

Questa fase non ha finalità di tipo diagnostico rispetto alla necessità dell'intervento chirurgico: non rientrano quindi nel prericovero le indagini e le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico e la stadiazione della patologia.

Gli infermieri referenti del servizio di pre ospedalizzazione fanno riferimento ai profili pre operatori individuati (Circolare RER n.5), definiti da

- Complessità dell'intervento chirurgico (bassa, media, alta)
- Classificazione ASA

In situazioni cliniche particolari e in presenza di alcuni tipi di chirurgia il chirurgo e l'anestesista possono approfondire gli accertamenti diagnostici / consulenze con esami aggiuntivi rispetto ai profili base.

Il RUA aziendale ha provveduto anche a trasmettere a tutte le UU.OO. coinvolte apposita nota sul tema della applicazione delle indicazioni della Circolare 5 della RER.

MANUTENZIONE DELLA LISTA DI ATTESA

Un'adeguata manutenzione delle Liste di attesa è una condizione propedeutica alla gestione appropriata dei comparti operatori, permettendo l'esatta dimensione del numero dei casi da trattare e una corretta e puntuale dimensione dei tempi di attesa per classe di priorità.

Ordine di chiamata dei pazienti

Il tempo di attesa deve essere congruo rispetto al tempo massimo di attesa previsto per il codice di priorità assegnato, con particolare attenzione per le patologie oggetto di monitoraggio regionale, oncologiche e non, e per il rispetto degli obiettivi di budget aziendali.

Al Direttore dell'U.O. a cui afferisce la lista di attesa spetta la responsabilità della gestione e del controllo rispetto all'ordine di chiamata. La modifica di classe di priorità dovuta ad aggravamento delle condizioni non deve determinare un ricovero in urgenza.

A tal scopo sono formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia, manutenzione della lista e chiamata dei pazienti.

Il paziente in lista di attesa può, in caso di aggravamento o miglioramento delle condizioni cliniche, essere rivalutato. Ciò può comportare eventualmente una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale modifica della classe di priorità, la data di rivalutazione e le motivazioni dovranno essere tracciate nell'applicativo informatico e il tempo di attesa complessivo sarà comunque conteggiato dal primo giorno di inserimento in lista.

Pulizia della lista

La lista di attesa va verificata con una cadenza correlata alla classe di priorità assegnata; è necessario procedere periodicamente al controllo dei pazienti in attesa, verificando eventuali **rinunce\uscite** dalla lista di attesa, **stati di sospensione**, disponibilità dei pazienti al ricovero, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie.

I controlli periodici sono da eseguire di norma ogni 6 mesi, con l'eccezione della classe di **"priorità A"** per la quale è indicato un periodo di 15 giorni.

Per quanto riguarda l'obiettivo di pulizia delle liste da tutti i pazienti inseriti in lista di attesa prima del 1/1/2018 per un intervento chirurgico programmato all'interno delle 11 discipline previste dal nomenclatore.

Azioni:

- Pulizia delle liste: analisi da parte del RUA in collaborazione con i referenti infermieristici aziendali del prericovero e delle sale operatorie delle liste di attesa relative a pazienti inseriti in lista prima dell'1/1/2018 nei vari ambiti con effettuazione di telefonate di verifica ai pazienti e proposta/pianificazione dell'intervento per i pazienti effettivamente residuali, che risultano in numero più consistente a Forlì (98 ernioplastiche e 3 emorroidectomie ad oggi).

Sospensione

Si concretizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa ed è motivata da

- Indisponibilità del paziente per motivi personali
- Insorgenza di controindicazioni sanitarie (motivi di salute, eventuali accertamenti di 2° livello, ecc)

La motivazione viene tracciata nel programma informatizzato con le indicazioni previste.

Si configura uno stato della lista di attesa (sospeso) durante il quale il paziente mantiene il codice di priorità assegnato. Il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore del tempo di attesa è fermo e il tempo di sospensione viene sottratto dal tempo di attesa.

La “sospensione”, di norma, non dovrebbe prevedere un tempo superiore al tempo di attesa massimo previsto per classe di priorità, onde evitare la permanenza in lista di attesa di pazienti non gestiti.

Nel caso in cui il periodo di sospensione si protragga per un tempo inadeguato rispetto alla patologia, o eventualmente venga effettuata una richiesta da parte del paziente, è opportuno programmare una visita di rivalutazione con percorsi interni.

Se il paziente manifesta una indisponibilità o non si presenta alla data concordata senza giustificazione alcuna, si procede alla cancellazione: il tutto è tracciato nel registro informatizzato e ne viene data comunicazione formale al paziente con posta raccomandata. Quando la visita di rivalutazione confermi la necessità di eseguire l'intervento, viene identificato un nuovo periodo presunto di ricovero, con conferma o meno della classe di priorità.

Rinvio

Nel caso in cui il paziente sia ricoverato e l'intervento chirurgico non possa essere effettuato all'interno dello stesso episodio di ricovero, al momento della dimissione deve essere stabilita una nuova data entro un tempo massimo di 7 gg.

Rimozione dalla lista

Si verifica quando:

- Il paziente viene ricoverato e viene effettuato l'intervento chirurgico- la refertazione dell'intervento chirurgico determina la rimozione dalla lista di attesa: viene quindi aggiornato sulla SDO il campo relativo ai giorni di attesa, depurati di eventuale periodo di sospensione.
- Il paziente viene rimosso dalla lista per:
 - a. rinuncia del paziente
 - b. trasferimento ad altra lista di attesa
 - c. *irreperibilità\ non disponibilità del paziente dopo due chiamate telefoniche, con cadenza settimanale, in giornate e orari diversi
 - d. *non disponibilità e\o mancata presentazione alla visita di rivalutazione programmata
 - e. intervento effettuato in urgenza
 - f. decesso
 - g. errore materiale

La motivazione viene tracciata nel programma informatizzato con le indicazioni previste e viene data comunicazione formale al paziente con posta raccomandata nei casi sopra evidenziati con *.

Informazione/comunicazione al paziente:

Al paziente viene consegnato il modulo informativo con le indicazioni relative:

- alla classe di priorità individuata
- ai riferimenti per le informazioni nel corso della permanenza in lista
- alle modalità\criteri di sospensione\rinuncia\uscita dalla lista

Le modalità di verifica e controllo prevedono:

Indicatore	Standard	Modalità\responsabilità del controllo
% pazienti con diagnosi di neoplasia (classe A) ricoverati entro 30 gg	≥90%	Verifica mensile da parte del Direttore/responsabile della lista operatoria fornita dal sistema informatico
% pazienti ricoverati per protesi d'anca entro 180 gg.(classe C)	≥90%	Verifica mensile da parte del Direttore/responsabile della lista operatoria fornita dal sistema informatico
% pazienti ricoverati per tutte le altre tipologie di intervento (oggetto di monitoraggio RER) entro i tempi previsti dalle classi di priorità	≥90%	Verifica mensile da parte del Direttore/responsabile della lista operatoria per specialità chirurgica fornita dal sistema informatico

6. Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche;**MONITORAGGIO DEI TEMPI OPERATORI CON PALMARE**

Aspetto particolarmente innovativo, attualmente attivo sull'ambito di Ravenna e Cesena e in progressiva estensione entro il triennio di riferimento a tutte le sale operatorie dell'Ausl della Romagna, è rappresentato dalla registrazione temporale digitale delle fasi del percorso operatorio del paziente tramite palmare dal braccialetto del paziente, in successione, dalla chiamata/partenza dal reparto di degenza all'uscita dal blocco operatorio (al termine del recupero post-anestesia), rilevate.

La piattaforma informatica sviluppa, di conseguenza, un database che si aggiorna *real-time* ad ogni caso trattato e produce dati, sotto forma di report, sempre aggiornati non solo su come si distribuisce l'utilizzo della sala operatoria ma anche sull'impatto che la logistica ha sui flussi dei pazienti nel comparto operatori. Sono stati chiamati "Delta" gli intervalli fra i vari tempi registrati così da poter valutare il tempo necessario per raggiungere le sale operatorie dai vari reparti di degenza, il tempo di accettazione/ingresso del paziente attraverso il "passamalati" (barriera fra "percorso sporco" e "percorso pulito"), il tempo di preparazione/monitoraggio del paziente, il tempo di induzione dell'anestesia, il tempo di posizionamento chirurgico, il tempo incisione-sutura, il tempo di medicazione (compreso quello eventualmente necessario per approntare apparecchi gessati in ortopedia) il tempo di risveglio/trasferimento in recovery room, il tempo di trasferimento in uscita dal comparto operatorio (Fig.3) . Queste misure consentono un'analisi che, integrandosi con i dati registrati sulla piattaforma unica che documenta tutte le fasi del percorso chirurgico (compreso il report operatorio) può essere anche molto approfondita fino al livello di singola *location* di degenza per-singolo intervento-per singolo operatore, anche se di prassi l'analisi si sviluppa per Unità Operativa/Intervento Chirurgico Programmato.

E' intuitiva la potenza che lo strumento rappresenta nella programmazione chirurgica di elezione, aggiornandosi continuamente in relazione alla dinamicità dei processi e gli attori degli stessi: è importante realizzare che questo fattore è determinante di una programmazione contesto-dipendente. Il valore aggiunto del report *real-time* automatico, ad esempio, si concretizza nella pianificazione più collimata dell'attribuzione di slot chirurgici durante le curve di apprendimento di nuove tecniche, durante le fasi di inserimento o addestramento di nuovo personale, infine durante periodi valutativi di sperimentazioni organizzative. Nella seduta settimanale di programmazione degli interventi chirurgici elettivi (seduta congiunta fra tutte le Unità Operative Chirurgiche, il Coordinamento Anestesiologico ed il Coordinamento Infermieristico), l'integrazione fra il report dei casi in lista d'attesa ed il report dei tempi operatori permette di pianificare su dati attuali l'assegnazione degli spazi/tempi di sala consentendo strategie *realistiche* per gestire le liste d'attesa con la massima efficienza possibile, ovvero cercando di avere la sala operatoria *per sé* il più possibile occupata per i periodi più squisitamente interventivi e di ripristino.

Perché questo obiettivo non resti un semplice esercizio teorico di stile organizzativo/gestionale, sarà fondamentale disporre in tutti i blocchi di aree di accoglienza/preparazione all'intervento e di recupero post-anestesia. Con questa *vision*, in definitiva, i tempi di logistica-preparazione-risveglio/recupero non sono "tempi morti" ma tempi da gestire in parallelo ai tempi di intervento, riconoscendo che sono fasi essenziali ad un percorso in sicurezza e momenti fondamentali della gestione del rischio clinico. Tutto il percorso, in sintesi, è volto all'efficientamento delle sale e dunque consente una pianificazione più razionale dei tempi e degli spazi di sala, determinando ricadute notevolmente positive sui tempi di attesa.

Il percorso è attualmente in uso negli ambiti di Ravenna e Cesena e verrà implementato entro il 2019 a Rimini e aggiornato anche a Forlì su quello pre-esistente.

Il RUA aziendale segue personalmente lo sviluppo del progetto insieme al referente aziendale dello stesso e ne determina, insieme alla Direzione aziendale, la progressiva estensione, che verrà completata e ottimizzata nel triennio di riferimento del presente documento.

Fig. 3 Tempi operatori monitorati

<i>sequenza</i>	<i>descrizione tempi</i>
1	Out reparto
2	Passamalato
3	In SO
4	Induzione
5	Paziente pronto per interv.
6	Incisione
7	Sutura
8	Out SO
9	Out BO
10	In reparto
	Sospesi

7. Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa:

Il RUA dà mandato ai referenti dei board chirurgici locali di assegnare le risorse operatorie sulla base della consistenza e delle criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità non solo sulla base di quanto informaticamente rilevato ma tramite una gestione ed una visione complessive che devono garantire una corretta visione dei fenomeni. La programmazione deve realizzare un utilizzo ottimale delle piattaforme provinciali e tali percorsi devono consentire lo smaltimento delle liste di attesa localmente ma anche consentire una maggiore qualità della cura sulla base della analisi della correlazione fra numerosità ed esiti (vedere punto 10).

8. Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni;

Il RUA aziendale, nell'ambito del tavolo di programmazione aziendale, che coordina, verifica mensilmente le eventuali criticità nelle liste di attesa, per programmare, in caso di problematiche emergenti nel rispetto dei tempi relativi alle classi di priorità assegnate, in accordo con i board chirurgici locali, l'utilizzo delle sale operatorie su sei giorni.

Ad oggi non è garantita in modo omogeneo l'attività di elezione programmata su 6 giorni in tutti i blocchi operatori, in quanto lo storico delle dotazioni organiche, di risorse e servizi è organizzata ad oggi su 5 giorni.

9. Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h;

Al fine di consentire una corretta, condivisa ed omogenea gestione dei percorsi di valutazione preoperatoria e di chiamata dei pazienti e ridurre al minimo il numero di interventi rinviati entro 48 ore per cause organizzative e non sanitarie, viene effettuato un monitoraggio costante da parte del RUA sulle liste di attesa, in particolare per quanto riguarda i codici "intervento rinviato", con convocazione dei Direttori eventualmente interessati da criticità numeriche per tale tipologia e analisi dei dati insieme al servizio di pre-ricovero coinvolto.

Sono state, inoltre, definite dalla Direzione e dal RUA le seguenti modifiche informatiche urgenti (da attivare entro il mese di luglio 2019) al fine di migliorare la rendicontazione SIGLA degli interventi effettivamente rinviati entro 48 ore:

- a) E' necessario che alle 23:59 del giorno in cui un paziente inserito in "Nota operatoria Giornaliera", se non operato (= non presente un verbale operatorio con incisione entro le 23:59), venga cancellato dalla nota operatoria di quel giorno, tenendo traccia dell' *intervento cancellato*, per tornare in "Lista d'Attesa".
- b) Per ovviare alla creazione di verbali operatori in urgenza è necessario ogni qual volta che il chirurgo sceglie "urgenza" che gli vengano visualizzate eventuali prenotazioni a carico di quel paziente per quella U.O. con la possibilità di selezione la prenotazione.
- c) E' stato deciso di impostare una funzione che per gli interventi di classe A o B non invia il messaggio sigla di inserimento Ricovero alla chiusura del verbale operatorio, ma che evidenzia le incongruenze con la prenotazione dando la possibilità di correggerle e recuperare gli errori (ad esempio in caso di incongruenze: se prenotazione non inviata a SIGLA in quanto diagnosi e intervento non monitorati, invece il verbale diagnosi e intervento monitorati; oppure prenotazione regime=ambulatoriale e verbale operatorio regime=DH).

10. Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa;

- Analisi annuale da parte del RUA di tutte le proposte di riduzione estiva delle attività degli ambiti aziendali (da inviare al RUA entro il 15 maggio) con ridefinizione in collaborazione con le Direzioni Mediche di Presidio delle attività sulla base delle criticità esistenti sui tempi di attesa
- Ridefinizione da parte del RUA delle sedi di effettuazione della chirurgia "a bassa complessità" con concentrazione della stessa sugli ospedali "minori" e su cliniche private convenzionate
- Ridefinizione da parte del RUA delle sedi di effettuazione della chirurgia "a maggiore complessità" con concentrazione della stessa sugli ospedali "maggiori" tramite specifici accordi fra i Direttori delle UU.OO. coinvolte in modo da favorire lo smaltimento delle liste in funzione della competenza dei singoli ambiti (es. prostatectomie) in un'ottica di sinergie di rete
- Focalizzazione delle risorse di personale e sale sulla soluzione delle situazioni problematiche tramite analisi da parte del RUA dei prospetti di attribuzione degli spazi di tutti gli ambiti

Ad oggi al fine di migliorare e di dare una risposta alle liste d'attesa per la patologia benigna particolarmente critica, si è organizzato un percorso chirurgico di ottimizzazione dell'attività, proponendo ai pazienti di essere operati anche in ambiti diversi da quello di appartenenza. Sono partiti, a decorrere dal 18 gennaio 2019, i percorsi, presso l'ospedale di Cattolica e di Lugo, con équipe itinerante del Prof Ercolani, e ad oggi sono state eseguite 25 sedute aggiuntive.

E' stato inoltre implementato il percorso relativo alla chirurgia Robotica in ambito urologico: i chirurghi urologi dell'ambito di Rimini hanno completato la formazione presso la sala operatoria

urologica di Forlì dotata di apparecchiatura per l'esecuzione di interventi di prostatectomia robotica, ed in completa autonomia stanno eseguendo interventi di prostatectomia robotica (ad oggi sono stati da essi eseguiti 10 casi). Si prosegue con il completamento della formazione dei chirurghi urologi dell'ambito di Ravenna, che potranno iniziare la propria attività in autonomia a breve.

11. Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia;

L'Azienda si impegna a continuare a garantire il monitoraggio comparativo dei tempi di attesa dei ricoveri in relazione all'accesso a partire da prestazioni istituzionali o prestazioni in regime libero professionale, garantendo che non vi siano differenze nei tempi di attesa, per classi di priorità, fra le due tipologie di prestazioni.

12) Garantire la correttezza e la completezza dei flussi informativi utili al monitoraggio retrospettivo (SDO) e prospettico (SIGLA).

Al fine di migliorare la corrispondenza Sigla – Sdo si sono pianificate le seguenti azioni:

- a) Avvio implementazione Ambito di Rimini in data 1 luglio 2019 per passaggio a programma unico perioperatorio informatizzato della Romagna
- b) Avvio implementazione percorso chirurgico per Cardiologia Forlì-Cesena entro luglio 2019.
- c) Implementazione di blocchi e facilitazioni nel modulo del percorso chirurgico per impedire errori rilevati dall'analisi dei dati (es. da codifica non appropriata in inserimento in lista, apertura del verbale operatorio in urgenza senza collegamento alla prenotazione, etc.)
- d) Implementazione di un sistema di analisi dei dati in collaborazione col controllo di gestione per monitorare la corrispondenza del dato SDO con il dato Sigla tempestivamente.

13) Definire il piano della comunicazione e modalità della sua implementazione :

Al fine di effettuare un'analisi critica della reale percezione di gradimento dei pazienti rispetto ai percorsi ed alle azioni attuate è in via di definizione un progetto di miglioramento per valutare la percezione dei pazienti presi in carico nel percorso chirurgico dedicato per il rispetto dei tempi di attesa per classe di priorità che prevede di effettuare l'intervento chirurgico presso sedi diverse dalla propria, in questo caso Lugo e Cattolica, attraverso la somministrazione di un questionario di gradimento, somministrato al termine del percorso. Verranno valutati i punti di interesse generale e l'analisi critica delle informazioni raccolte permetteranno di avviare eventuali azioni di miglioramento che nello specifico incideranno sul percorso di cura ed assistenza.

L'Azienda adotterà, inoltre, il piano della comunicazione che la RER riterrà opportuno diffondere su base omogenea per tutte le Aziende e per le sue modalità di implementazione verranno coinvolti sia il board chirurgico aziendale che quelli di ambito, con attenzione massima anche al coinvolgimento dell'utente finale, ossia il cittadino.

Appendice: PRESTAZIONI INSERITE NEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI NELL'AREA CARDIVASCOLARE E ONCOLOGICA

Premesso che tali percorsi assumono al loro interno, prestazioni sia di specialistica ambulatoriale che di ricovero, sarà particolarmente importante assicurare il corretto inserimento dei dati di produzione all'interno delle rispettive banche dati, al fine di un congruo monitoraggio. Il piano nazionale e quello regionale, individuano percorsi dell'area cardiologica e oncologica come prioritari, ma demandano il loro monitoraggio alla emanazione di specifiche linee guida ministeriali.

L'azienda si impegna pertanto ad assumere tali indirizzi, sotto la guida regionale, non appena saranno rese disponibili.

Si coglie qui occasione per rappresentare come l'azienda della Romagna si sia recentemente impegnata nella individuazione di un serie di percorsi clinici/reti cliniche che ritiene di primaria importanza in quanto affrontano temi rilevanti per la salute ed i processi di cura, nonché per la massimizzazione della valorizzazione delle professionalità presenti in azienda su temi di valenza trasversale e spesso interdipartimentale.

All'interno di questi percorsi/reti, sarà di primaria importanza l'utilizzo della metodologia dei PDTA, variamente combinata con le forme ergative più appropriate es. presa in carico riservata, day service diagnostico/terapeutici, day hospital, degenza ecc.

I temi individuati sono stati inseriti nel percorso di budget 2019 e sono organizzati per gruppi dotati ognuno di un referente clinico ed un referente organizzativo.

L'Azienda USL della Romagna ha il vantaggio di avere un'alta concentrazione di casi dato dall'ampio bacino di assistiti a cui si riferisce. La possibilità di mettere in rete competenze e strumenti, accompagnato dalla dimensione aziendale (numero di assistiti), ha stimolato la nostra organizzazione a promuovere un modello di cura basato sulla clinical governance e sulla gestione integrata delle cure, anche attraverso il sistema a reti cliniche integrate (modello hub and spoke). Tale peculiarità, e la costruzione dei PDTA, contribuiscono a favorire l'innovazione e il buon esito degli interventi terapeutici, nonché l'identificazione di lentezze e ridondanze così da migliorare i servizi offerti. In questo panorama, il binomio volume/attività svolte – esito positivo/intervento riveste un risultato chiave: standardizzare i percorsi e far convergere i pazienti in centri specialistici in cui vengono trattati un alto numero di casi è di fondamentale importanza per dare una risposta appropriata ai cittadini.

Di seguito si riportano i percorsi clinici assistenziali individuati, sui quali si sta lavorando, e che saranno un terreno fertile di sperimentazione della metodologia di monitoraggio ministeriale dei PDTA, non appena disponibile e laddove metodologicamente applicabile, ai temi individuati.

Inoltre, la ricchezza degli argomenti in gioco, consentirà di strutturare una presa in carico specialistica che possa, anche per tali fattispecie, ed anche per la fase ambulatoriale giovare di una infrastruttura informatica coerente; ci si riferisce in particolare allo strumento del day service ambulatoriale che potrebbe rappresentare una modalità molto consona per la gestione diagnostica e/o terapeutica di patologie complesse.

Non appena saranno disponibili i dettagli prestazionali dei percorsi, si valuterà se sussistono le caratteristiche per la attivazione di nuovi Day service secondo la procedura aziendale già attiva; a tale riguardo sarà di fondamentale importanza nell'ambito della vigenza del piano, portare a sistema le procedure informatiche di gestione delle prestazioni di day service che al momento non sono omogenee a livello aziendale.

RETE ONCOLOGICA	RETE CARDIOLOGICA	RETE DELLE NEUROSCIENZE	RETE OSPEDALE - TERRITORIO	RETE SALUTE DONNA, INFANZIA ED ADOLESCENZA	RETE SALUTE MENTALE	RETE EMERGENZA URGENZA	RETE CHIRURGICA
Percorsi clinico-assistenziali / Progetti innovativi							
Senologia	Cardiomiopatia	Stroke	Piede diabetico	Diabete pediatrico	Autismo	Tracciabilità delle patologie tempo-dipendenti	Board chirurgici
	TAVI			Bambino con gravi patologie croniche	Disturbi del Comportamento	Emergenza urgenza nel malato oncologico	Robot chirurgico
	Ellettrofisiologia	Sclerosi multipla	Vulnologia	Patologia del Pavimento pelvico	Alimentare	Rete del Trauma	Patient Blood management
Tumore toracico	Cardio-oncologia	SLA	Dimissioni protette NUCOT	Percorso nascita	Budget di salute		
		Mielolesioni	Insufficienza renale cronica avanzata	Riabilitazione pediatrica	Approccio multidisciplinare del paziente hcvt afferente al SERT		
Tumore Epato-bilio-pancreatico		Stato di male epilettico	Reumatologia	Malattie infiammatorie intestinali			
			Patologia funzionale esofagea	Adenotonsillectomie pediatriche			
Tumore esofageo			Malattie infiammatorie intestinale	Ambliopia			
Prostate Unit			Demenze	Ipovisioni			
(Approccio Globale al Tumore della Prostata)			Scompenso cardiaco				
Tumore gastroenterico			Pneumopatie diffuse				
Trapianto di midollo autologo							
Board Anatomia patologica							
Osteoncologia							
Cure palliative							
Terapia antalgica							
Diagnostica molecolare NGS LMA							