



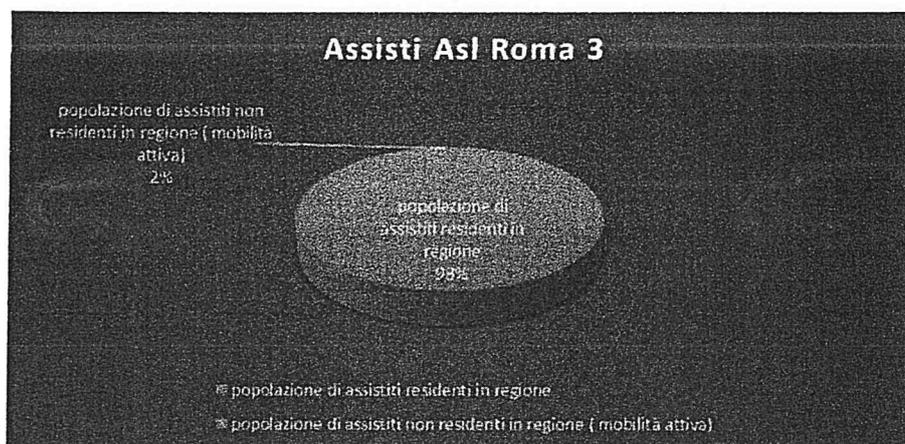
**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA 2019-2021**

PREMESSA

Il presente documento è stato redatto sulla base dei dati forniti dal Sistema T.S., il SIS Aziendale ed i dati presenti nel database del programma recup – web (estratti tramite la piattaforma Plutone). Per i dati riferiti alle prestazioni è stato preso in considerazione il biennio 2017-18; non è stato considerato il 2019 perché i dati sono ancora in corso di validazione (13 mese). Per i dati demografici, per congruenza, è stato preso in considerazione l'anno 2018.

CONTESTO SOCIO – DEMOGRAFICO

L'Azienda Asl Roma 3 si estende su una superficie di 517 Km², suddivisa in 4 distretti territorialmente identificati dai Municipi X, XI, XII e dal Comune di Fiumicino. Il bacino di utenza ammonta a 608.287 assistiti di cui 596.825 effettivamente residenti nel territorio della Asl Roma 3 e 9.511 assistiti in mobilità attiva (residenti fuori regione) :



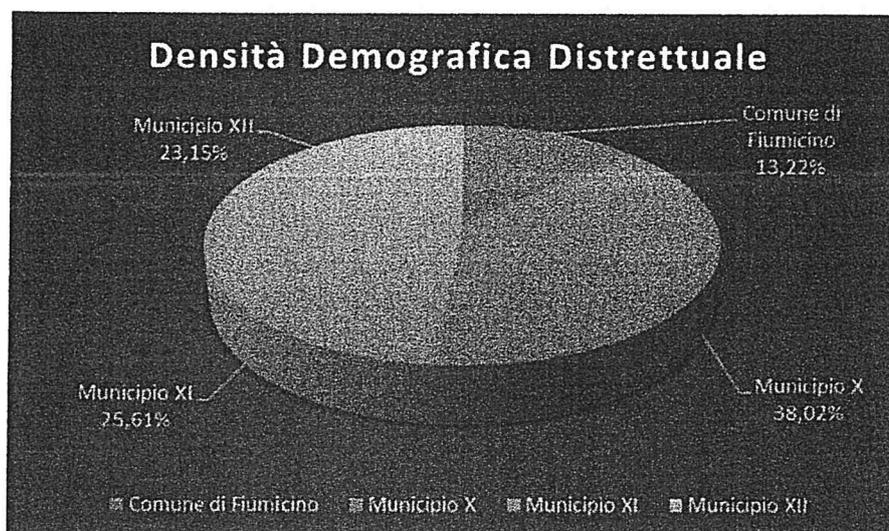
La popolazione che ha aperto una posizione di esenzione dal ticket ammonta a n° 190.729 e rispetto le varie tipologie di esenzione risulta così distribuita:

- posizioni esenti per condizione n°34.567
- posizioni esenti per malattia rara n°5.022
- posizioni esenti per patologia n°125.694
- posizioni esenti per reddito n°120.293
- posizioni esenti invalidi di guerra n°702



La popolazione residente non è omogeneamente distribuita sul territorio della Asl Roma 3: in particolare il Comune di Fiumicino che da solo ricopre circa il 40% dell'estensione territoriale dell'ASL Roma 3 risulta essere il distretto meno densamente popolato:

- 80.594 residenti nel Comune di Fiumicino
- 231.752 residenti nel Municipio X
- 156.103 residenti nel Municipio XI
- 141.085 residenti nel municipio XII



ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA TERRITORIALE

Il totale delle strutture erogatrici che insistono sul territorio della ASL Roma 3 sono 87, divise tra 18 strutture pubbliche (tra poliambulatori e presidi ospedalieri) e 69 strutture accreditate, ad esse si aggiungono altre 3 strutture pubbliche ospedaliere che insistono sul territorio della Asl Roma 3 e 11 Consultori.

La distribuzione delle strutture (esclusi i Consultori) è articolata sui vari Municipi secondo il seguente schema dove le strutture indicate con l'asterisco funzionano anche da punti prelievo:

Distretto Sanitario Municipio Comune di Fiumicino

- Poliambulatorio Coni Zugna, Fiumicino *
- Presidio Via degli Orti, Fiumicino
- Poliambulatorio Palidoro *
- Poliambulatorio via della Pineta, Fregene *
- Accreditati:
 - Marilab S.R.L. (Fiumicino)
 - Studio Radiologico Dr. Di Stefano A. S.N.C
 - Laboratorio Analisi Cliniche Dr.Giordani e Dr. Scatolini S.A.S.
 - Griba S.R.L. (Torrimpietra)

Distretto Sanitario Municipio X

- Poliambulatorio Acilia *
- Casa della Salute di Ostia *
- Poliambulatorio Paolini
- Poliambulatorio Ostia Antica *
- P.O. G.B. Grassi *
- Accreditati:
 - Fisioter Solemar
 - Studio Radiologico Fisioterapico "Casalpalocco" S.A.S. - Carpine
 - Crs Analisi S.R.L.
 - Axalab S.R.L.
 - Studio Radiologico Fisioterapico "Casalpalocco" S.A.S. - Macedone
 - Ecorad S.R.L.
 - Fisiomare S.R.L.
 - Studio Odontoiatrico del Lido S.R.L
 - Studio di Radiologia e di Roentgenterapia Lido Di Ostia S.R.L.
 - Centro Fisioterapico Lido di Ostia S.R.L
 - Dr. Giuva Leandro
 - Diagnostika S.R.L.
 - Marilab S.R.L. (Ostia)
 - Marilab S.R.L.
 - Marilab S.R.L. (Acilia)
 - Villa Del Lido S.R.L.
 - Centro Geriatrico Romano S.P.A.
 - Istituto Analisi Cliniche I.A.C. S.R.L.
 - Centro Diagnostica" Lido" S.R.L.



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



- Radiologia Fiumicino S.R.L.
- Axa Medica S.R.L.
- Analysys 1980 Srl - Ostia

Distretto Sanitario Municipio XI

- Poliambulatorio Corviale
- Poliambulatorio Vaiano *
- Poliambulatorio Ponte Galeria*
- Accreditati:
 - Dr. Giudice Andrea
 - Fisioroma S.A.S.
 - Tiap S.R.L.
 - Villa Sandra
 - Raponi G.I.P.A.C. S.R.L.
 - Ricerche Cliniche Clodio Patologia Clinica S.N.C
 - Ricerche Cliniche Clodio Fisiocinesiterapia S.N.C.
 - Ricerche Cliniche Raponi S.R.L.
 - Santa Bonora S.N.C.
 - Ormolab S.A.S.
 - Laboratorio Analisi Cliniche Esculapio S.R.L.
 - Studio Diagnostico Impruneta S.R.L. (S.D.I.)
 - Analisi Cliniche Prospero Colonna S.R.L.
 - Analisi Cliniche Portuense S.R.L.
 - Fi.Ra.L. S.R.L.
 - Clinitalia S.R.L.
 - Acredit 2003 S.R.L.
 - Analysys 1980 S.R.L.
 - Asklepion S.R.L.
 - Mila S.R.L.
 - Poliambulatorio Israelitico -Via Fulda
 - Poliambulatorio Israelitico -Via Veronese
 - Poliambulatorio San Giovanni Battista
 - Policlinico Di Liegro (accreditato da agosto 2019)

Distretto Sanitario Municipio XII

- Poliambulatorio Colle Massimo *
- Poliambulatorio Consolata *
- Poliambulatorio Massimina *
- Poliambulatorio Ramazzini *
- Accreditati:
 - Analisi Cliniche Nievo
 - Laboratorio Gianicolense S.R.L.
 - C.C.Citta' Di Roma
 - Pizzo E Salvatori Snc
 - Centro Medico Fisiokinesiterapico S.R.L.
 - Istituto Fisiokinesiterapico Ornella Marcucci S.R.L.
 - Laboratorio Diagnostico Bravetta S.A.S.

- Panoramica Villa Pia S.R.L.
- Cardiolab Monteverde Vecchio S.R.L.
- Labanalisi Monteverde S.R.L.
- Laboratorio Centrale Cri

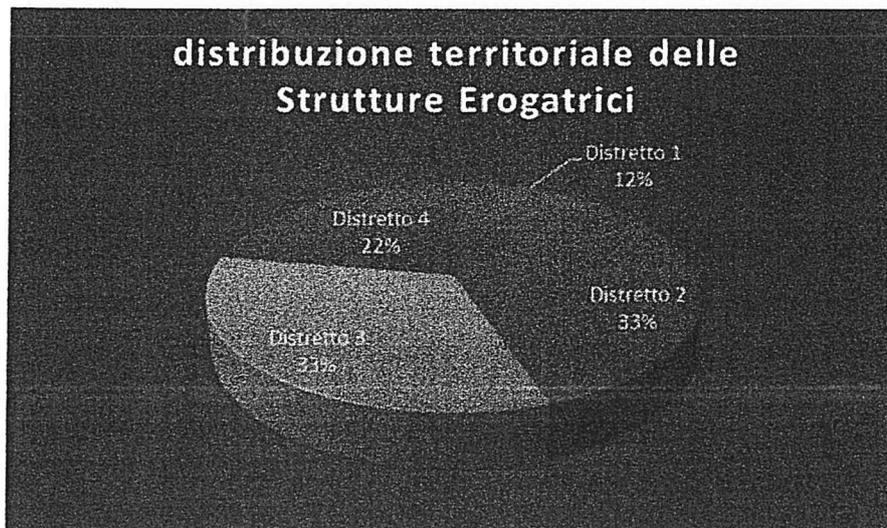
Presidi Ospedalieri

- P.O. G.B. Grassi
- P.O. Gennaro Di Rosa
- P.O. Luigi Di Liegro (accreditato da agosto 2019)

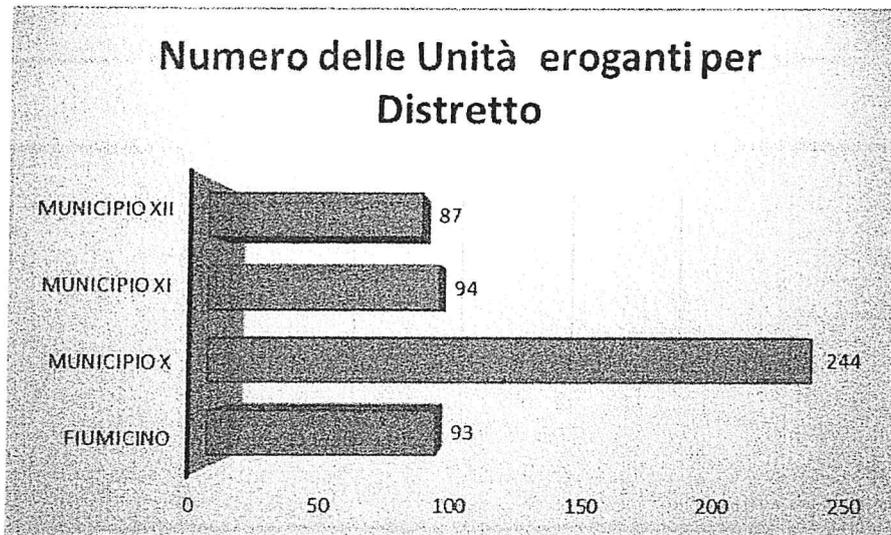
Altri erogatori pubblici che insistono sul territorio della ASL Roma 3:

- Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini
- IRCSS Lazzaro Spallanzani
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (sede di Palidoro)

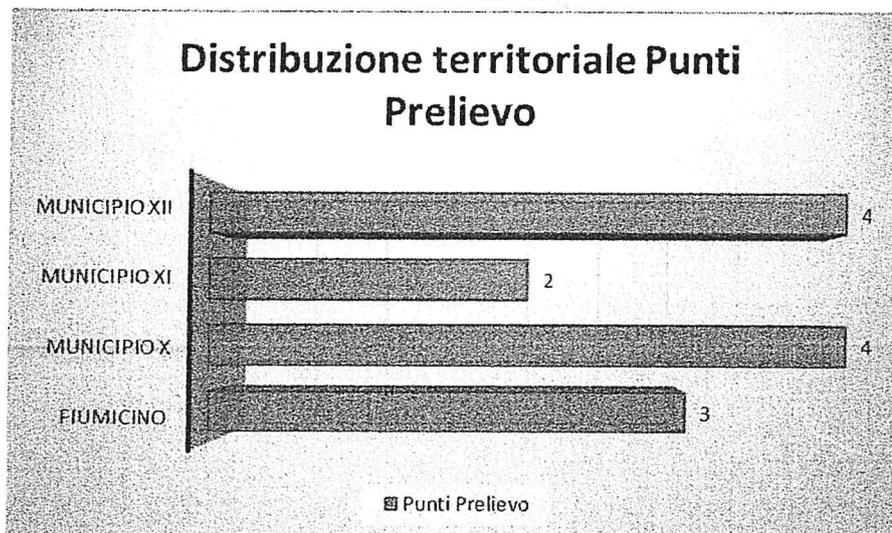
La distribuzione territoriale delle strutture erogatrici, esclusi i presidi ospedalieri, i Consultori ed altri enti pubblici risulta quindi la seguente:



In tutti i presidi territoriali pubblici, esclusi quindi i presidi ospedalieri e gli accreditati, sono attive complessivamente 518 unità eroganti per la medicina specialistica e strumentale, così distribuite



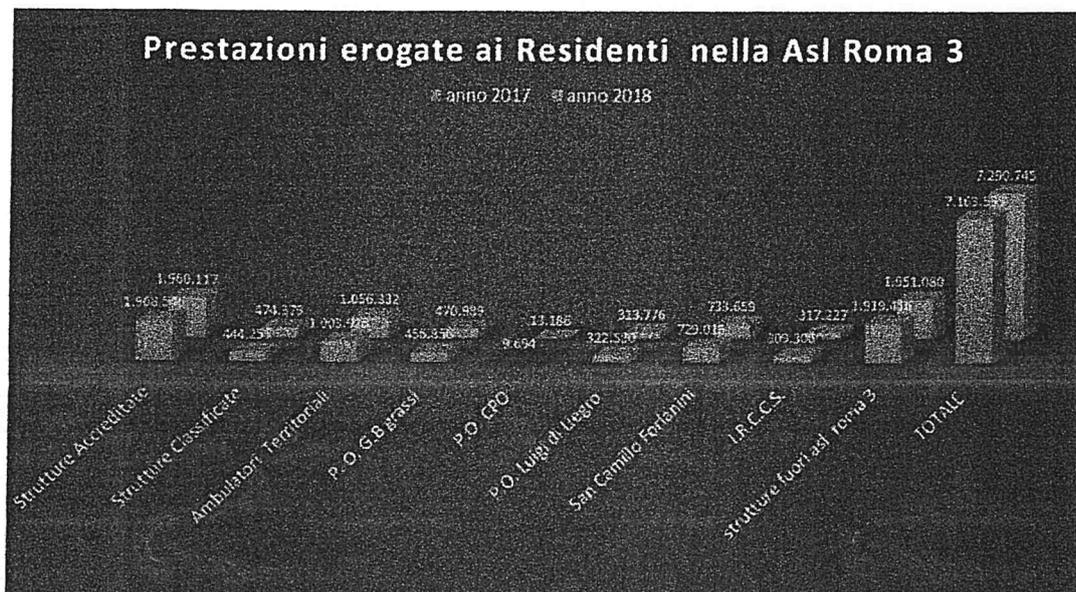
A queste si aggiungono 13 punti prelievo così distribuiti:



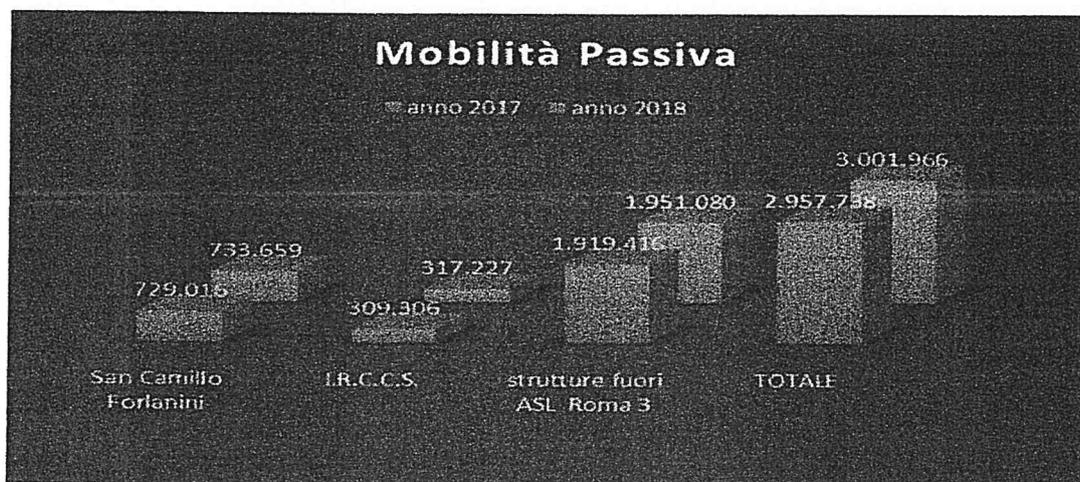
L'offerta di prestazioni è infine completata da 165 unità eroganti di intramoenia intramuraria, 63 di intramoenia extramuraria e da 149 unità eroganti nei Consultori.

ANALISI DELL' OFFERTA DI PRESTAZIONI NEL BIENNIO DI RIFERIMENTO 2017-18

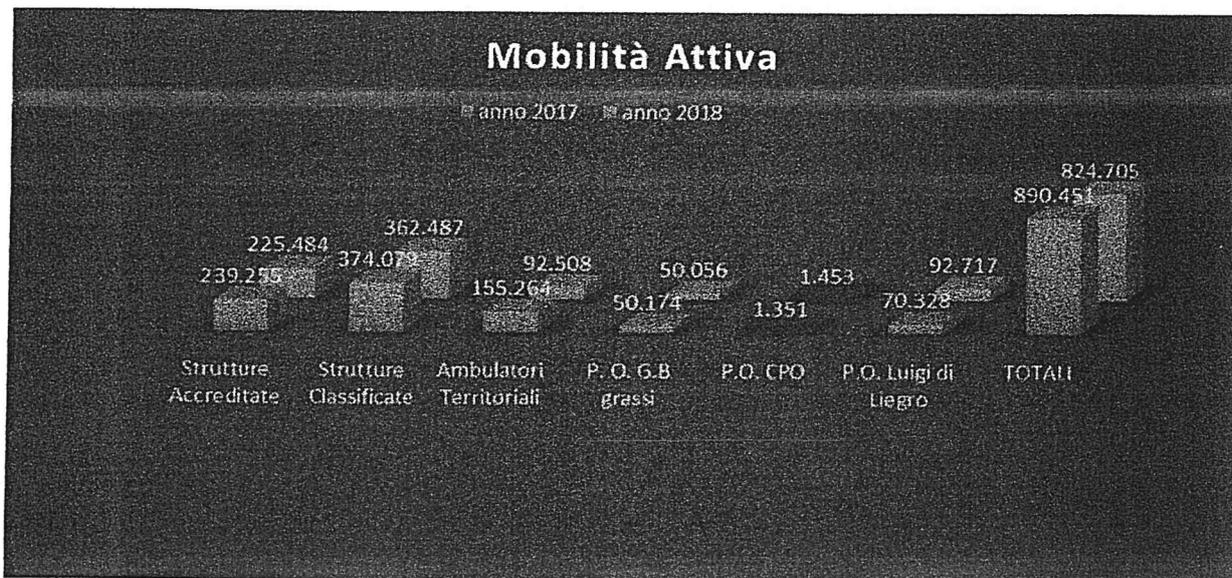
Da una analisi comparativa delle prestazioni erogate nel biennio 2017-18 risulta un incremento di circa l'1,7% delle prestazioni erogate ai residenti della ASL Roma 3 con un totale di 7.290.745 prestazioni erogate nel 2018.



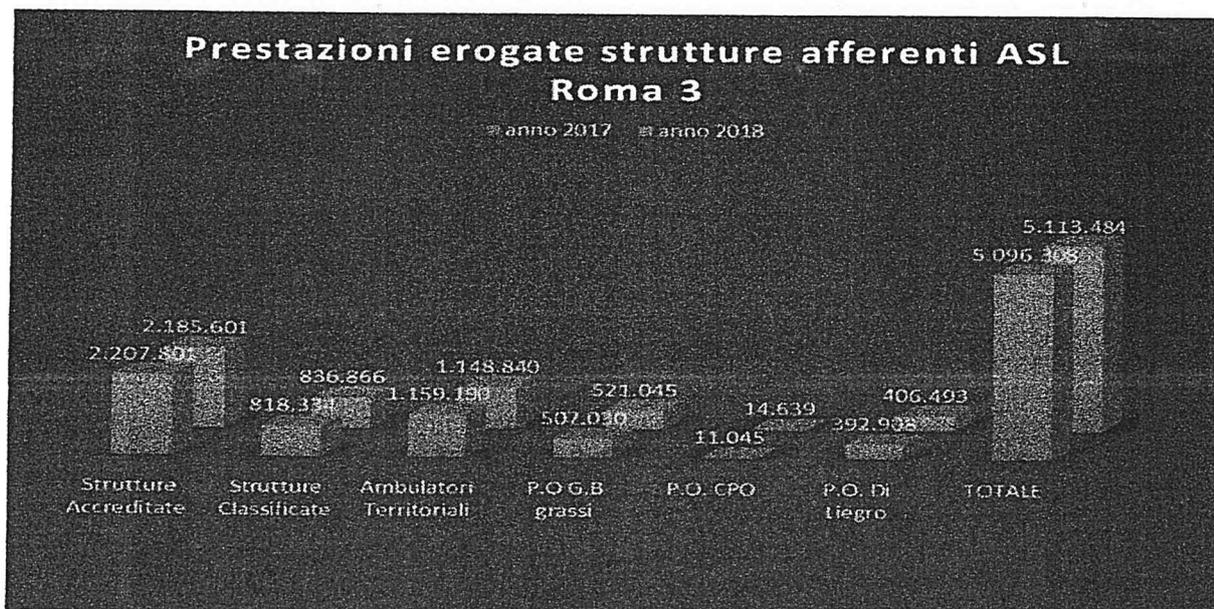
La mobilità passiva risulta incrementata nel biennio in considerazione del 1,5%, con un totale di 3.001.966 prestazioni erogate nel 2018.



La mobilità attiva, probabilmente anche in relazione con la creazione degli ambiti territoriali previsti dal PRGLA 2013-15 ha subito una riduzione dal 2017 al 2018 del 8%, con un totale di n. 824.705 prestazioni erogate nel 2018.



Il volume totale di prestazioni erogate a residenti e non dalle strutture afferenti alla ASL Roma 3 nel 2018 risulta essere pari a n°5.113.484 prestazioni, registrando un incremento dello 0,3% rispetto al 2017



Nel 2019 sono state erogate un numero totale di 2.283.271 prestazioni nei soli presidi aziendali

ADOZIONE SISTEMI DI PRIOTARIZZAZIONE

La ASL Roma 3 ha riconfigurato le agende della medicina specialistica secondo le specifiche del documento Regionale, “*Configurazione del sistema ReCUP per classi di priorità*” allegato alla Determinazione G18397 del 19/12/2014, del DCA 437/2013 e del DCA 302/19, assicurando nelle stesse agende le classi di priorità così distinte:

- U- Urgente – la prestazione deve essere erogata entro 72 ore dalla prenotazione
- B- Breve - la prestazione deve essere erogata entro 10 giorni dalla prenotazione
- D- Differibile - la prestazione deve essere erogata entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali dalla prenotazione
- P- Programmabile – senza definizione temporale (anche detta ordinaria)

Si considerano anche come prime prestazioni:

- le prestazioni richieste dallo specialista in corso di prima visita ad un altro specialista, per l’approfondimento del caso diagnostico;
- le prestazioni richieste a pazienti con diagnosi definitiva, o a pazienti cronici, in caso di insorgenza di un nuovo problema o di riacutizzazione, che rende necessaria una rivalutazione complessiva.

La prescrizione prioritizzata si applica solo alle prestazioni di primo accesso.

Al momento attuale il 100% delle agende della medicina specialistica sono state suddivise secondo le classi di priorità.

Nel biennio di riferimento emerge un incremento nei volumi di prestazioni critiche strumentali erogate sia ai residenti della ASL Roma 3 che in mobilità attiva, incremento assorbito interamente dalle strutture pubbliche della ASL Roma 3 a scapito delle strutture accreditate dove invece si registra un decremento dei volumi.

PRESTAZIONI STRUMENTALI EROGATE DALLA ASL ROMA 3	n° prestazioni erogate nel 2017 a residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2017 a residenti della roma 3	TOTALE 2017	n° prestazioni erogate nel 2018 a residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2018 a residenti della roma 3	TOTALE 2018	n° prestazioni erogate nel 2017 a non residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2017 a non residenti della roma 3	TOTAL E 2017	n° prestazioni erogate nel 2018 a non residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2018 a non residenti della roma 3	TOTALE 2018
TC del Torace	1.275		1.275	1977		1.977	804		804	1878		1878
TC del Torace senza e con MDC	1.112		1.112	1270		1.270	635		635	1264		1264
TC addome superiore	33		33	55		55	32		32	53		53
TC addome superiore senza e con MDC	72		72	74		74	51		51	72		72
TC Addome inferiore	20		20	31		31	17		17	26		26
TC addome inferiore senza e con MDC	53		53	54		54	29		29	48		48
TC addome completo	328		328	440		440	247		247	504		504
TC addome completo senza e con MDC	1.176		1.176	1361		1.361	702		702	1264		1264
TC Cranio - encefalo	422		422	489		489	164		164	280		280
TC Cranio - encefalo senza e con MDC	740		740	791		791	374		374	617		617
TC del rachide e dello specchio vertebrale	210		210	317		317	198		198	347		347
TC del rachide e dello specchio vertebrale senza e con MDC	16		16	7		7	14		14	10		10
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	52		52	45		45	46		46	95		95
TOTALI TAC	5.509	0	5.509	6.911	0	6.911	3.313	0	3.313	6.458	0	6.458
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	412		412	430		430	607		607	836		836
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	384		384	381		381	689		689	721		721
RM di addome inferiore e scavo pelvico	13	1.399	1.412	29	1.568	1.597	3	1.173	1.176	11	1.073	1.084
RM di addome Inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	41	1.294	1.335	89	1.260	1.349	12	1.650	1.662	27	1.797	1.824
RM della colonna in toto	1.091	128	1.219	1.296	1.52	1.448	1.904	179	2.083	2.302	215	2.517
RM della colonna in toto senza e con MDC	95	322	417	108	330	438	298	417	715	292	436	728
TOTALI RM	2.036	3.143	5.179	2.333	3.310	5.643	3.513	3.419	6.932	4.189	3.521	7.710
Diagnostica ecografica del capo e del collo	2.901	7.354	10.255	2.865	7.460	10.325	1.352	6.019	7.371	1.796	5.578	7.374
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	3.166	667	3.833	3.325	692	4.017	1.838	1.259	3.097	2.549	1.609	4.158
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi	4.750		4.750	5.934		5.934	992		992	2.115		2.115
Ecografia addome superiore	3.170		3.170	2.816		2.816	1.690		1.690	2.068		2.068
Ecografia addome inferiore	1.282		1.282	1.057		1.057	673		673	867		867
Ecografia addome completo	4.079		4.079	4.253		4.253	2.339		2.339	3.833		3.833
Ecografia bilaterale della mammella	2.820		2.820	2.768		2.768	1.395		1.395	1.945		1.945
Ecografia monolaterale della mammella	34		34	49		49	30		30	51		51
Ecografia ostetrica	1.825		1.825	1.535		1.535	558		558	392		392
Ecografia ginecologica	116		116	96		96	20		20	16		16
TOTALI ECOGRAFIE	24.143	8.021	32.164	24.698	8.152	32.850	10.887	7.278	18.165	15.632	7.187	22.819
Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	4.366		4.366	5.385		5.385	1.846		1.846	3.016		3.016
Mammografia bilaterale	3.043		3.043	2.813		2.813	466		466	1.278		1.278
Mammografia monolaterale	41		41	40		40	8		8	14		14
Colonscopia totale con endoscopia	853		853	961		961	808		808	1.007		1.007
Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	218		218	264		264	184		184	291		291
Rettosigmoidoscopia con endoscopia	0		0	2		2	0		0	0		0
Esofagogastroduodenoscopia	114		114	106		106	123		123	152		152
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	1.315		1.315	1.316		1.316	1.336		1.336	1.564		1.564
Elettrocardiogramma	15.464	14.078	29.542	16.737	11.692	28.429	2.010	2.580	4.590	2.746	1.690	4.436
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	953		953	990		990	502		502	798		798
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	99		99	180		180	102		102	96		96
Altri test cardiovascolari da sforzo	0		0	0		0	0		0	0		0
Esame audiometrico tonale	2.669		2.669	1.901		1.901	293		293	209		209
Spirometria semplice	2.063		2.063	2.813		2.813	349		349	1.278		1.278
Spirometria globale	1		1	40		40			0	14		14
Fotografia del fundus	13		13	2		2	2		2	3		3
Elettromiografia	3.681	5.027	8.708	3.557	5.521	9.078	3.166	2.778	5.944	4.156	3.697	7.853
TOTALI ALTRE PRESTAZIONI STRUMENTALI	34.893	19.105	53.998	37.107	17.213	54.320	11.195	5.358	16.553	16.622	5.387	22.009
TOTALI	64.545	27.126	91.671	68.716	25.365	94.081	25.395	12.636	38.031	38.712	12.574	51.286

Il volume totale di viste specialistiche critiche erogate risulta pressoché invariato per i residenti, mentre si registra un incremento in mobilità attiva.

Nella distinzione tra prime visite e successive erogate ai residenti, si evidenzia come vi sia una riduzione nei volumi delle prime visite ed un marcato aumento delle successive.

VISITE SPECIALISTICHE EROGATE DALLA ASL ROMA 3	RESIDENTI 2017			RESIDENTI 2018			MOBILITA' ATTIVA 2017			MOBILITA' ATTIVA 2018		
	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE	PUBBLICI	ACCREDITATI	TOTALE
	n° prestazioni erogate nel 2017 a residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2017 a residenti della roma 3		n° prestazioni erogate nel 2018 a residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2018 a residenti della roma 3		n° prestazioni erogate nel 2017 a non residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2017 a non residenti della roma 3		n° prestazioni erogate nel 2018 a non residenti della roma 3	n° prestazioni erogate nel 2018 a non residenti della roma 3	
Visita cardiologia	6.848	8.816	15.664	7259	7091	14.350	786	1.259	2.045	1284	996	2280
Visita chirurgia vascolare	471	141	612	458	134	592	59	70	129	86	70	156
Visita endocrinologica	4.324		4.324	4553		4.553	732		732	1410		1410
Visita neurologica	3.730	77	3.807	3476	102	3.578	879	12	891	793	18	811
Visita oculistica	9.647	4314	13.961	8188	3316	11.504	1.021	2.079	3.100	2	2112	2114
Visita ortopedica	7.820	3.597	11.417	7049	2989	10.038	1.093	972	2.065	1622	852	2474
Visita ginecologica	2.752	1.916	4.668	2867	1619	4.486	457	765	1.222	637	692	1329
Visita otorinolaringoiatrica	7.328	2.878	10.206	5104	2767	7.871	797	448	1.245	643	451	1094
Visita urologica	3.578	450	4.028	3202	379	3.581	667	236	903	900	267	1167
Visita dermatologica	7.463	1.214	8.677	8075	1191	9.266	936	300	1.236	1438	288	1726
Visita fisiatrica	2.154	510	2.664	2013	507	2.520	295	15	310	245	24	269
Visita gastroenterologica	508	37	545	559	26	585	304	16	320	440	19	459
Visita oncologica	397		397	385		385	120		120	71		71
Visita pneumologica	2.889	267	3.156	2792	229	3.021	734	108	842	997	119	1116
totale prime visite	59.909	24.217	84.126	55.980	20.350	76.330	8.880	6.280	15.160	10.568	5.908	16.476
Visita cardiologia successiva	4.958	1.969	6.927	6886	2490	9.376	502	214	716	795	385	1180
Visita chirurgia vascolare successiva	114	48	162	165	76	241	12	67	79	21	117	138
Visita endocrinologica successiva	13.801		13.801	15633		15.633	1.175		1.175	1851		1851
Visita neurologica successiva	4.088	36	4.124	3769	37	3.806	570	10	580	462	8	470
Visita oculistica successiva	10.504	1.845	12.349	11002	2252	13.254	935	1.243	2.178	906	1351	2257
Visita ortopedica successiva	4.618	1.000	5.618	4815	1415	6.230	505	311	816	753	333	1086
Visita ginecologica successiva	1.324	858	2.182	1362	810	2.172	314	125	439	290	117	407
Visita otorinolaringoiatrica successiva	2.036	585	2.621	1922	667	2.589	211	60	271	238	86	324
Visita urologica successiva	1.224	197	1.421	1905	239	2.144	173	96	269	575	177	752
Visita dermatologica successiva	2.099	272	2.371	2309	328	2.637	313	75	388	394	74	468
Visita fisiatrica successiva	902	16	918	938	15	953	109	2	111	101	2	103
Visita gastroenterologica successiva	333	11	344	550	10	560	48	4	52	125	7	132
Visita oncologica successiva	2.283		2.283	2296		2.296	654		654	732		732
Visita pneumologica successiva	1.986	104	2.090	2664	134	2.798	247	54	301	529	60	589
totale visite successive	50.270	6.941	57.211	56.216	8.473	64.689	5.766	2.261	8.029	7.772	2.717	10.489
TOTAU	110.179	31.158	141.337	112.196	28.823	141.019	14.646	8.541	23.189	18.340	8.625	26.965

AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA

Per il biennio in considerazione sono state rimodulate le agende delle branche critiche della medicina specialistica, inserendo gli ambiti di garanzia, al fine di prevedere una quota delle stesse dedicate solo ai cittadini residenti sul territorio aziendale.

Pur non permettendo la piattaforma tecnologica in uso nella ASL Roma 3, in fase di prenotazione, la distinzione tra l'ambito territoriale distrettuale e quello aziendale, la distribuzione nei vari distretti delle unità eroganti è stata diversificata a seconda del tipo di prestazione, in modo da consentire ai cittadini residenti il rispetto della classe di priorità riportata sulla prescrizione specialistica (tale garanzia non sarà dovuta agli utenti non residenti) come previsto dal DCA 110/2017 e da determina regionale N°G14988 del 14/12/2019.

- a livello distrettuale per le prestazioni a bassa tecnologia e le visite specialistiche,
- aziendale per quelle di media tecnologia e/o alta tecnologia, quale risonanza magnetica,
- sovra-aziendale per PET, acceleratori lineari, esami di medicina nucleare ed altro
- nazionale per l'adroterapia

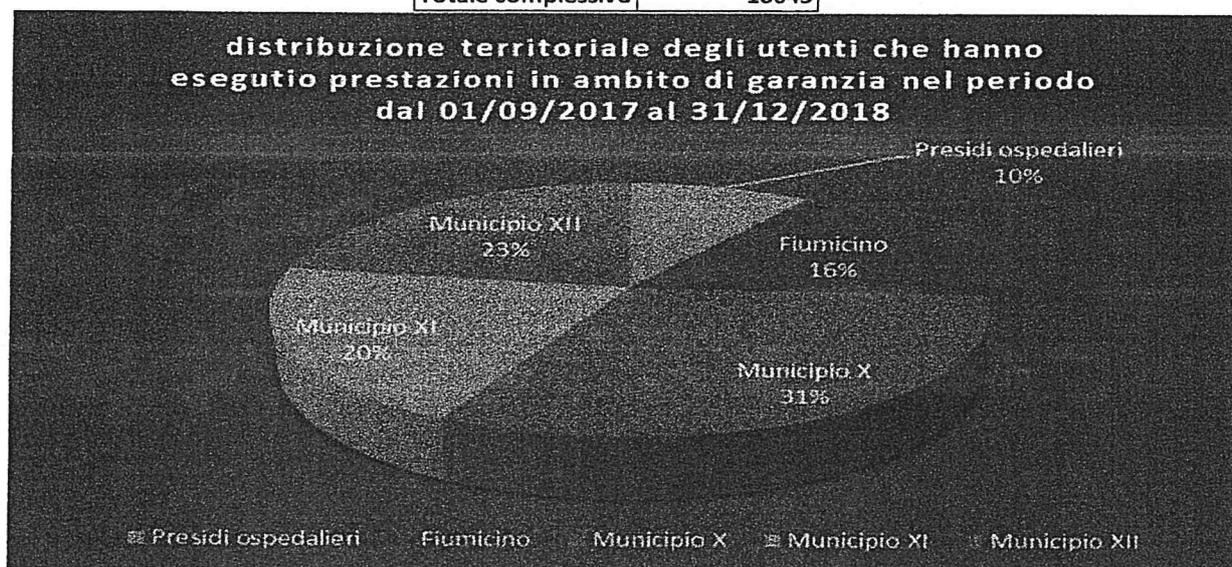
Attualmente le unità eroganti in ambito di garanzia sono 74 delle 518 totali.

In vista della imminente migrazione sulla nuova piattaforma Recup che permetterà la rilevazione dell'informazione dell'ATG sia a livello aziendale che territoriale, è comunque in corso di ridefinizione la distribuzione delle unità eroganti che già operano in Ambito di Garanzia al fine di

modulare l'offerta territoriale a livello distrettuale delle prestazioni, ove previsto, come da determinazione regionale N°G14988 del 14/12/2019.

Nel biennio interessato l'utenza che ha effettuato prestazioni in ambito di garanzia risulta così distribuita:

Municipio	accessi univoci
Presidi ospedalieri	1604
Fiumicino	2692
Municipio X	5237
Municipio XI	3359
Municipio XII	3751
Totale complessivo	16643



Le prestazioni erogate in ATG nel biennio preso in considerazione sono state in numero di 205.082 così distribuite sul territorio:

MUNICIPIO	BRANCHE	PRESTAZIONI
OSPEDALI	Chirurgia Generale	777
	Endocrinologia	194
	Oncologia	118
	Radiologia Diagnostica	354
	Risonanza Magnetica*	12
	Urologia	294
	Nefrologia	150
	TOTALI	1899

MUNICIPIO	BRANCHE	PRESTAZIONI
Fiumicino	Cardiologia	516
	Chirurgia Generale	217
	Endocrinologia	426
	Medicina Fisica e Riabilitazione	16
	Oculistica	350
	Ortopedia e Traumatologia	673
	Ostetricia e Ginecologia	68
	Pneumologia	438
	Radiologia Diagnostica	602
	TOTALI	3306
Municipio X	Analisi Chimico Cliniche e Microb.	196
	Anestesia	1
	Cardiologia	327
	Chirurgia Generale	1
	Dermafilopatia	714
	Endocrinologia	483
	Gastroenterologia	272
	Medicina Fisica e Riabilitazione	4
	Neurologia	215
	Oculistica	1648
	Ortopedia e Traumatologia	747
	Otorinolaringoiatria	875
	Pneumologia	828
	TOTALI	6311

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

MUNICIPIO	BRANCHE	PRESTAZIONI
Municipio XI	Analisi Chimico Cliniche e Microb.	10
	Cardiologia	1104
	Dermafilopatia	960
	Endocrinologia	568
	Medicina Fisica e Riabilitazione	10
	Medicina Sportiva	91
	Neurologia	104
	Oculistica	495
	Ortopedia e Traumatologia	251
	Pneumologia	438
	Radiologia Diagnostica	132
	Urologia	405
	TOTALI	4568
Municipio XII	Chirurgia Vascolare, Angiologia	723
	Dermafilopatia	365
	Endocrinologia	375
	Medicina Fisica e Riabilitazione	608
	Neurologia	332
	Oculistica	274
	Ortopedia e Traumatologia	541
	Ostetricia e Ginecologia	3
	Otorinolaringoiatria	486
	Pneumologia	197
	Urologia	594
	TOTALI	4498
Totale complessivo		20582



SEPARAZIONE DEI CANALI PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ACCESSO

A – Prime visite

L’Azienda Roma3 in attuazione a quanto indicato dai DCA 437/2013, DCA 211/ 2016, DCA 110/2017, e DCA 302/19, distingue le prestazioni specialistiche in

- Prime prestazioni, ossia il primo contatto del paziente con lo specialista;
- Prestazioni successive, ossia i contatti successivi nell’ambito di *follow up*, PDTA, PAC, presa in carico.

Le occasioni di seguito riportate sono da considerarsi come prime prestazioni:

- le prestazioni richieste dallo specialista in corso di prima visita ad un altro specialista, per l’approfondimento del caso diagnostico;
- le prestazioni richieste a pazienti con diagnosi definitiva, o a pazienti cronici, in caso di insorgenza di un nuovo problema o di riacutizzazione, che rende necessaria una rivalutazione complessiva.

La prescrizione prioritizzata si applica solo alle prestazioni di primo accesso.

B - Visite successive (di controllo)

Per quanto riguarda le visite successive, la quota delle agende da destinare a questo tipo di prestazioni, nell’ambito delle agende, è in rapporto al tipo di prestazione erogata ed alla tipologia della struttura che la eroga.

La percentuale di agende dedicata alle visite successive è soggetta ad un aggiornamento continuo in base alle esigenze pratiche che si manifestano nel tempo.

Come da determina regionale G18397 del 19/12/2014, per il biennio in considerazione si è provveduto ad inserire le sedute delle visite di controllo sulle agende istituzionali e a rendere liberabili

le stesse, per essere utilizzate in istituzionale, 4 giorni prima della data della prestazione, qualora le stesse non vengano occupate da utenti presi in carico.

Attualmente, in attesa della migrazione sul nuovo Sistema Recup e di ulteriori specifiche regionali come indicato nel DCA302/19, si sta valutando la possibilità di scorporare dalle agende istituzionali la quota oraria dei follow – up, al fine di ampliare gli spazi di presa incarico dell’utenza. (pagina 19 del Prgla 19/21)

È stata rinnovata la richiesta a tutti i Direttori dei Distretti Sanitari e Presidi territoriali di porre attenzione a far effettuare la prenotazione degli accessi successivi, qualora richiesta, immediatamente dopo la prima visita. Per limitare il disagio degli utenti e facilitare la prenotazione del controllo, è stato attivato presso gli sportelli dei maggiori poliambulatori territoriali un tasto che prevede il servizio dell’utente in modo più veloce ed è stata riattivata la possibilità di effettuare tale prenotazione tramite un numero verde (dai telefoni fissi) aziendale.

Tale azione ha portato ad un miglioramento anche in merito alla “trasparenza” delle agende, come già indicato Prgla 19/21 (pagina 5) “....., l’organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l’effettiva “presa in carico” del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell’ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.”

L’Azienda effettuerà un attento monitoraggio sull’applicazione di tale disposizione da parte dei Presidi territoriali ed ospedalieri.

PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

In relazione alle patologie croniche, ai pazienti oncologici e cardiopatici, sono attivi specifici PDTA e percorsi di presa in carico dei pazienti.

La ASL Roma 3 ha in uso delle agende dedicate ai pazienti oncologici e cardiopatici finalizzate a :

- una ottimizzazione delle prestazioni;
- una riduzione dei tempi di attesa per la risoluzione di problemi clinici presentati dai pazienti.

Sono attivi presso l’Azienda i seguenti PAC in ambito cardiologico:

- Ipertensione arteriosa;
- Dolore toracico;
- Gestione Scopenso cardiaco;
- Follow up Cardiopatia ischemica;
- Follow up Aritmie cardiache.

Nel contempo il monte ore di medicina specialistica già attivo presso l’Azienda verrà progressivamente utilizzato per i PDTA dedicati alle malattie cronico-degenerative, limitandone l’utilizzo per le prestazioni spot.

Sono attivi nella ASL Roma 3 i seguenti percorsi dedicati, con le modalità riportate nel precedente Piano Attuativo:

- Bypass aorto-coronarico
- Malattie oncologiche in genere

PDTA diabete e BPCO

A livello aziendale, sono stati attuati secondo le indicazioni della Regione Lazio, ed in ottemperanza ai DCA 474/2015 e DCA 113/2016, i PDTA diabete e BPCO all'interno della Casa della Salute di Ostia, X Municipio.

La fase sperimentale, che ha avuto inizio nel maggio 2016, ha visto impegnati 25 Medici di Medicina Generale inseriti in UCP con sede limitrofa alla Casa della Salute di Ostia, i quali inseriscono direttamente il paziente, previo consenso informato, nel PDTA diabete e/o BPCO. A tal fine è stata effettuata una formazione dedicata ai medici coinvolti sull'utilizzo dei sistemi informatici. I medici specialisti attivi presso la Casa della Salute operano in ottemperanza alle linee guida sull'appropriatezza prescrittiva per la patologia.

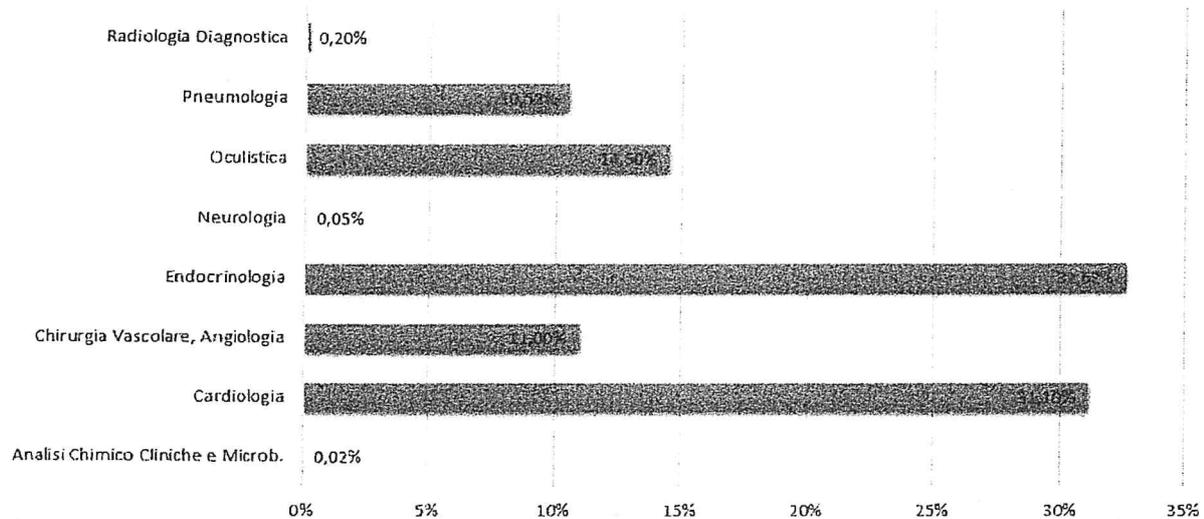
L'arruolamento nei PDTA da parte dei Medici di Medicina Generale è destinato soprattutto ai nuovi casi incidenti, agli utenti scompensati ed agli utenti già seguiti presso altri ambulatori specialistici, che hanno il vantaggio di essere presi in carico in un contesto sanitario più vicino al proprio domicilio. L'attivazione dei PDTA ha, nel medio periodo, un riflesso positivo sulle liste di attesa in quanto gli utenti cronici non vanno ad occupare spazi destinati alle visite specialistiche "spot".

Il percorso organizzativo viene monitorato dalla Direzione del Distretto e dai Referenti PDTA per eventuali azioni integrative e correttive. Al momento attuale è già stato esteso a tutti i Medici di Medicina Generale del Municipio X, la possibilità di essere inseriti nei PDTA diabete e BPCO, con ampliamento a n. 88 MMG.

Nel biennio 2017-18 le ore programmate settimanalmente nei PDTA dai vari specialisti sono state n° 139; gli utenti che hanno fatto accesso ai PDTA risultano in numero di 2.409, le prestazioni erogate sono state n° 13.103 così suddivise:

	PRENOTAZIONI	PRESTAZIONI ESEGUITE	TESTE
PAZIENTI ISTITUZIONALE NEL 2017	5187	4574	1323
PAZIENTI ISTITUZIONALE NEL 2018	7612	6480	1086
PAZIENTI ISTITUZIONALE NEL 2019 (1°TRIM.)	2059	1130	245
N° DI RITORNI NEL 2017	1029	920	627
N° DI RITORNI NEL 2018	1384	1129	540
N° DI RITORNI NEL 2019 (1°TRIM.)	349	195	106

prestazioni erogate nei PDTA per branca biennio 2017-18



In merito alla presa in carico degli utenti, si propone di dedicare alcuni spazi, all'interno di ogni singolo Poliambulatorio, per branche di medicina specialistiche collegate fra di loro, ovvero riservare spazi per eseguire ecografie tiroidee nei Poliambulatori ove siano presenti l'ambulatorio di endocrinologia e si effettuino le ecografie, al fine di facilitare il percorso agli utenti e non inserire gli stessi nelle liste di attesa

LA TRASPARENZA DELLE AGENDE

Tutte le agende, quelle per i primi accessi, per le visite successive e/o per i percorsi interni devono essere visibili ai sistemi informativi aziendali e regionali includendo l'attività erogata a carico del SSR o in regime ALPI, sia intramoenia intramuraria che allargata.

Il ReCUP viene individuato come unico sistema di prenotazione sia per i primi accessi (prenotabili tramite il *call center* regionale o gli sportelli aziendali), sia per gli accessi successivi (prenotabili solo dagli sportelli aziendali e dei medici specialisti), ad esclusione delle prestazioni ambulatoriali per le quali, per motivi organizzativi aziendali non si renda necessario l'"accesso diretto", come accade per l'attività dei Consultori.

In alcuni casi, in relazione alla particolare organizzazione di specifici ambulatori, i sistemi di prenotazione potrebbero avere delle modalità diverse, per le quali sono comunque predisposte agende con registrazione dell'occupazione della seduta, come nel caso di prestazioni inerenti:

- la branca di oncologia,
- la cardiologia a supporto dello screening del colon retto
- l'ecografia per il 2° livello dello screening mammografico

Nel caso in cui si acceda ad una prestazione, prescritta e prenotata contestualmente, in collegamento con una prestazione regolarmente prenotata (per approfondimenti diagnostici a seguito di visita, ulteriori consulti, sostituzione di ricette con errori nella compilazione, ect.), si ricorre alla cosiddetta *richiesta derivata* di cui alla nota 549702 del 3.11.2016).

L'Azienda sta procedendo all'aggiornamento delle agende per rispondere a tali necessità tuttavia sono presenti resistenze da parte dei medici specialisti all'esecuzione di prestazioni eccedenti quelle previste.

I calendari delle agende sono rilanciati sempre in modo da consentire la prenotazione della prestazione per l'anno di validità dall'emissione della ricetta.

Sospensioni dell'attività per eventi non prevedibili o programmabili vengono comunicate alla Direzione Regionale mediante l'assolvimento dell'obbligo informativo previsto dal "Monitoraggio Nazionale Sospensioni" come da DCA 437/2013, DCA 110/2017 E DCA 309/2019

In merito alla "visibilità" ovvero alla "trasparenza", l'Azienda ha posto in essere alcune azioni necessarie a migliorare il livello di trasparenza delle stesse, come l'attivazione di un canale preferenziale per la prenotazione allo sportello dell'utente che deve confermare la visita di controllo data dallo specialista oppure mediante l'utilizzo di un numero verde aziendale.

PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA

L'Azienda intende operare sul governo della domanda e dell'offerta agendo:

- o sull'appropriatezza
- o sulla prioritizzazione delle richieste
- o sull'incremento dell'offerta

In relazione all'appropriatezza, l'Azienda ha provveduto a diffondere a tutti i medici prescrittori (dipendenti, convenzionati, MMG, PLS) il DCA 302/2019 ed effettua un monitoraggio della sua applicazione.

L'attuazione delle classi di priorità all'interno delle agende della medicina specialistica ha evidenziato, la criticità legata al fatto che le richieste di visite senza priorità, ovvero in classe P, le quali rappresentano la maggior parte di tutte le richieste, presentano un lungo tempo attesa da un lato e dall'altro possano trovare un immediato riscontro, secondo un effetto definibile "*last minute*".

L'ASL Roma 3 in ottemperanza al DCA302/19 ed in relazione anche alla percentuale di drop out riscontrata sulle Agende di prenotazione sta provvedendo ad una valutazione dell'adeguamento dinamico della quota percentuale di overbooking sistematico riscontrato per gli anni di riferimento, come suggerito nel PRGLA 2019-21

DROP OUT 2017	2,01%
DROP OUT 2018	2,55%
DROP OUT 2019	3,39%

La possibilità di attivazione di altri PDTA per le patologie croniche, quali scompenso cardiaco e soggetti fragili, per i quali sono state già eseguite delle valutazioni di fattibilità, porterebbe alla presa

in carico di altri pazienti cronici, con ulteriori benefici per le liste d'attesa. Tale attivazione potrebbe essere effettuata dedicando alcune ore di medicina specialistica convenzionata già a disposizione dell'Azienda ai PDTA, lasciando le visite specialistiche "spot" ad enti accreditati e classificati.

Tali misure, pur non costituendo tout court un governo della domanda, ma piuttosto un direzionamento dell'offerta, in un sistema regionale budgettizzato da tetti di rimborso, potranno comportare un miglior ritorno dell'investimento, finalizzato al soddisfacimento delle necessità aziendali e ad una conseguente riduzione di prestazioni inutili e/o di sforzo organizzativo destinato alla produzione interna, analoga a quanto viene richiesto al sistema del privato accreditato.

Partendo da una valutazione dei bisogni assistenziali della popolazione assistita e da una attenta lettura dell'offerta, l'Azienda intende effettuare una proposta articolata in merito alle possibili azioni sulla committenza nei confronti dei soggetti erogatori (pubblici e privati accreditati) di prestazioni specialistiche non direttamente gestiti, e/o con tempi di attesa critici.

La Delibera regionale n. 157 del luglio 2014, in applicazione alla Legge Regionale n. 6 del 2011, quantificava la percentuale di prestazioni "critiche" da indicare espressamente nello schema di contratto/accordo tra le Asl e i soggetti erogatori delle prestazioni, da mettere gradualmente a disposizione del ReCUP, con l'indicazione di una quota di partenza del 30% per cento delle prestazioni prenotabili per ciascun struttura fino ad arrivare alla quota del 70% (DCA 513/18). Inoltre, la stessa delibera regolamentava le modalità attraverso cui le strutture private e/o classificate accreditate dovevano provvedere a mettere a disposizione del sistema ReCUP le agende di prenotazione delle prestazioni erogate. Per le strutture accreditate e quelle classificate permane il problema della mancata visibilità da parte degli sportelli CUP aziendali. Tuttavia, l'applicazione di tale delibera registra un forte ritardo, con limitazione dell'azione di committenza che l'Azienda può esercitare nei confronti delle strutture accreditate. La pubblicazione del recente DCA 302/19 consentirà di poter dare più agevolmente attuazione a tale aspetto.

In merito all'incremento dell'offerta, l'Azienda utilizzerà:

- rimodulazione delle agende delle branche critiche della medicina specialistica, inserendo gli ambiti di garanzia, al fine di prevedere una quota delle stesse dedicate solo ai cittadini residenti sul territorio aziendale. Ai cittadini residenti sarà garantito il rispetto della classe di priorità riportata sulla prescrizione specialistica, tale garanzia non sarà dovuta agli utenti non residenti, come previsto dal DCA 302/19. Gli ambiti di garanzia saranno diversificati a seconda del tipo di prestazione, ovvero saranno:

- a livello distrettuale per le prestazioni a bassa tecnologia e le visite specialistiche,
- aziendale per quelle di media tecnologia e/o alta tecnologia, quale Risonanza Magnetica,
- sovra-aziendale per PET, acceleratori lineari, esami di medicina nucleare ed altro
- nazionale per l'adroterapia

- rimodulazione dinamica del monte ore indifferenziato della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna, destinando le ore libere, o che si renderanno tali, a incrementi orari e/o pubblicazioni di turni, esclusivamente finalizzati a contrastare comprovate carenze strutturali nell'offerta di prestazioni che comportino liste di attesa non compatibili con gli obiettivi di piano nelle branche critiche

- l'attuazione di quanto previsto nel DCA 581/2015 "Piano della Malattia Diabetica" con l'implementazione della rete diabetologica, proposta inviata ai competenti uffici regionali con deliberazione aziendale n. 285/2017, consentirà insieme al PDTA diabete una riduzione delle liste di attesa nelle branche specialistiche coinvolte
- l'utilizzo della decurtazione del 5% delle tariffe derivanti dall'attività ALPI, oltre alle altre trattenute, da destinare, come previsto dalla Legge 120/2007 e s.m.i., al finanziamento di misure di contrasto alle liste di attesa, con proposte quali:
 - utilizzo di medici specialisti in prestazioni aggiuntive per le branche della medicina specialistica critiche, quali cardiologia, endocrinologia, neurologia, oculistica, geriatria ed ortopedia al fine di poter recuperare le ore ambulatoriali attualmente dedicate a questo aspetto per la popolazione residente
 - possibilità di incrementare le prestazioni di ecocardiogramma a seguito dell'acquisto di n. 2 ecografi da parte della Regione Lazio.
 - incrementare l'erogazione di ECG con lettura a distanza, in 2 Poliambulatori aziendali utilizzando personale medico ed infermieristico in prestazioni aggiuntive. Questo porterebbe ad una riduzione degli accessi legati solo all'esecuzione di ECG necessari ad esempio per eseguire esami strumentali. L'attivazione di tali ore aggiuntive è stato possibile dopo l'approvazione da parte della Regione Lazio dei progetti speciali per l'abbattimento delle liste di attesa nei quali è previsto l'acquisto di 2 elettrocardiografi ad hoc.
 - programmare, con cadenza semestrale, l'apertura di agende per le prestazioni delle branche critiche della medicina specialistica, con modalità di prestazioni aggiuntive l'utilizzo di eventuali fondi, a progetto, messi a disposizione dalla Regione Lazio destinati al finanziamento di risorse per il contrasto delle liste di attesa.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Nella ASL Roma3, l'attività ambulatoriale in libera professione (ALPI) viene svolta nell'ambito del Regolamento aziendale che tiene conto della normativa vigente in questo campo.

L'Azienda ha provveduto a creare agende informatizzate prenotabili tramite ReCUP per i professionisti che svolgono attività intramoenia allargata, in modo simile a quella intramuraria. L'utilizzo della metodologia delle agende informatizzate e dei cd. "fogli lavoro", in analogia a quanto si effettua in ambito istituzionale, ha il fine di garantire la massima trasparenza su tale attività. Le agende sono visibili al ReCUP e vengono gestite dall'Ufficio Coordinamento ReCUP.

È presente un'immediata tracciabilità delle prestazioni, degli incassi, dei tempi dedicati all'attività libero-professionale allargata, delle prestazioni prenotate e di quelle effettuate e pagate, in totale analogia con quanto già in essere per l'attività interna.

Per prestazioni in libera professione interna ed allargata, l'attività di prenotazione è effettuabile da:

- sportelli CUP istituzionali
- sportelli dedicati
- call center regionale
- call center aziendale che si occupa inoltre del servizio di modifica appuntamento e disdetta delle suddette prestazioni sanitarie, situata presso il P.O. G.B. Grassi, principale nodo di ALPI interna.

Il controllo dei volumi di attività, ovvero che i volumi in ALPI, svolti dal personale con rapporto esclusivo, non possano superare quelli svolti per l'attività istituzionale, unitamente ad ogni attività propedeutica al rilascio delle autorizzazioni ed alla effettiva messa in pagamento delle somme dovute ai professionisti, che servirà da base per il raffronto con l'attività istituzionale e le future trattative, nonché la già attiva garanzia del non superamento dei limiti previsti dalla normativa, sono affidati all'Ufficio ALPI.

PIANO DI COMUNICAZIONE MULTIMEDIALE ALLE PERSONE ASSISTITE, AI PRESCRITTORI, AGLI EROGATORI

Le innovazioni del PRGLA 2019/21 saranno diffuse con pluralità di mezzi, strategie comunicative e contenuti differenziati agli utenti ed ai medici.

- **Utenti**

La comunicazione dei servizi offerti al cittadino, in tema di contenimento delle liste di attesa, con le relative informazioni utili al loro godimento, verrà assicurata:

- attraverso il sito web aziendale
- tramite distribuzione di materiale cartaceo nei principali punti informativi, aziendali ed extraaziendali (farmacie, municipi, centri anziani, ect.)
- attraverso gli sportelli CUP
- attraverso gli uffici URP
- con ulteriori modalità quali interviste, articoli e radio/televisioni locali, ove le risorse e le opportunità lo consentano.

Il set di informazioni, da concordare anche con le associazioni di tutela dei diritti degli ammalati, e coerente con i contenuti del PRGLA 2019-21, conterrà almeno i seguenti items:

- l'elenco delle prestazioni offerte (dove e in quale orario)
- le modalità con cui usufruirne
- i tempi di attesa
- i diritti e i doveri a cui ogni utente è assoggettato, tra i quali:
 - il diritto ad ottenere le prestazioni specialistiche entro i tempi massimi previsti e l'ambito territoriale nel quale è garantito;
 - la previsione che il rifiuto di una prenotazione proposta, che rientra nei tempi massimi previsti, libera la ASL da qualsiasi onere;

GOVERNO DELLA PRESTAZIONE NON ESEGUITA (PRGLA 2019/21 PAG.23)

L'azienda ASL Roma 3 ha attivato una serie di interventi mirati all'ottimizzazione del recupero crediti dovuto alla mancata disdetta delle prenotazioni.

- l'obbligo di disdire una prenotazione in modo tempestivo, e comunque almeno 72 ore (escluso la domenica e i giorni festivi) prima dell'appuntamento, secondo le modalità riportate nel foglio di prenotazione;
- la previsione, in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, in assenza di preventiva comunicazione e indipendentemente dal tempo di attesa, del pagamento della intera tariffa regionale prevista anche per gli esenti ticket;
- la previsione che, in caso di mancato ritiro di un referto diagnostico, entro 30 giorni, l'utente sarà tenuto al pagamento della tariffa regionale prevista per la prestazione refertata.

Tali interventi indiretti sulla domanda, di educazione sanitaria e di supporto, di orientamento e selezione della richiesta di prestazioni, pur non costituendo direttamente azioni di governo potranno impattare positivamente, e con un costo estremamente limitato sia sulla prevenzione primaria che sulla consistenza delle liste di attesa.

In corrispondenza dell'attivazione del recall regionale e' in corso di continua valutazione, viste le criticità segnalate dall'utenza all'avvio del servizio, l'opportunità di limitarne l'utilizzo esclusivamente a determinate prestazioni.

- **Medici**

Ai medici prescrittori e medici erogatori, verrà messo a disposizione tutto il materiale necessario affinché abbiano un quadro completo degli strumenti utilizzati dall'Azienda per allinearsi al PRGLA 2019/21, e, soprattutto, quelli che possono direttamente attivare, con ampio uso degli strumenti informatici, accanto al tradizionale invio cartaceo.

In particolare, per i soggetti erogatori (dipendenti o specialisti convenzionati) verranno implementati i dati presenti sulla intranet aziendale.

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA (PRGLA 2019-21 pag.12)

L'Azienda intende operare sul governo della domanda puntando sia sull'appropriatezza, che sulla prioritarizzazione delle richieste.

Il ricorso appropriato ai servizi diagnostici e terapeutici, è fondato su tre cardini imprescindibili:

- quello dell'appropriatezza prescrittiva (fare la cosa giusta);
- quello della prioritarizzazione (fare la cosa giusta al tempo giusto);
- quello dell'appropriatezza strutturale-organizzativa (fare la cosa giusta, al tempo giusto, nel posto giusto).

A tale riguardo, verrà richiesto ai medici (MMG, PLS, dipendente, convenzionato), di indicare sulla ricetta all'atto della prescrizione delle prestazioni:

- la classe di priorità, scelta tra:
 - U (Urgente) – prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
 - B (Urgenza breve) – prestazione da eseguire entro 10 giorni;
 - D (Differibile) – prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;

- P (senza priorità) – prestazione programmata.
 - Il quesito diagnostico (codice ICD IX-CM)
- attenendosi alle modalità di scrittura previste dalla vigente normativa (biffatura, firma, ect).
In caso di mancata indicazione del codice di priorità o del quesito diagnostico la prestazione sarà considerata come programmata.
Le Commissioni Appropriately Prescrittiva distrettuali vigileranno sul rispetto dell'apposizione dei codici di prioritizzazione da parte dei medici prescrittori.

ADEGUAMENTO DEI CONTENUTI INFORMATIVI, COMPETENZA E ACCURATEZZA DEI DATI RILEVATI.

La ASL RM 3 ha posto grande attenzione nello sviluppo e nell'attuazione dei processi dedicati alla gestione dei Flussi informativi sanitari.

Con tale denominazione si intendono tutte le informazioni sulla gestione e produzione aziendale che costituiscono debiti informativi regionali e nazionali, tra i quali un posto di assoluto rilievo occupa il monitoraggio costante dei tempi di attesa.

In particolare, il controllo di tali tempi è gestito e monitorato da un'apposita struttura aziendale (Coordinamento ReCUP), in grado di informare costantemente la Direzione Strategica aziendale sull'andamento del fenomeno, premessa indispensabile per attuare le dovute contromisure in caso di valori critici. Per la rilevazione congiunta dei tempi di attesa per tutte le prestazioni critiche, individuate dal PRGLA 2019/21, è stato predisposto uno specifico modello per la visualizzazione comparativa della rilevazione dei tempi di attesa per ogni Distretto e Presidio Ospedaliero. Tale prospetto, completo delle ore di agenda di medicina specialistica attive, totali e per singola aggregazione di erogazione, viene trasmesso settimanalmente ad ogni centro decisionale, centrale e territoriale.

Il Coordinamento CUP opera in modo attivo nei confronti delle strutture del territorio, affinché il flusso dei dati informativi risulti completo e qualitativamente affidabile.

Sotto questo aspetto esiste una rete di operazioni distrettuali che, in collegamento con il suddetto Coordinamento, gestisce il corretto funzionamento delle agende di prenotazione da cui derivano, in definitiva, le informazioni per l'elaborazione dei tempi di attesa.

Attraverso un repository che accede ai dati del DB di replica regionale, il Coordinamento CUP è in grado di fornire, e aggiornare con cadenza periodica, i dati su:

- tempi di attesa ex post (metodo retrospettivo);
- prestazioni erogate;
- percentuali di abbandono (“drop-out”, mancata presentazione all'esame);
- struttura delle agende;
- piani di lavoro.

MODULAZIONE TEMPORALE DELLA PRODUZIONE ATTRAVERSO UTILIZZO STRUMENTI CONTRATTUALI

Al fine di realizzare gli obiettivi del PRGLA 19/21, la ASL Roma 3 si avvarrà, secondo necessità, dei seguenti strumenti:

Per i dipendenti:

- Prestazioni aggiuntive ex art. 55 comma 2 CCNL Dirigenza Medica e Veterinaria del 08/06/2000 ed art. 14 comma 6 CCNL del 02/11/2005 Dirigenza Medica e Veterinaria, da finalizzare esclusivamente al rapido abbattimento di criticità emergenti nelle branche critiche;
- Adozione di specifici progetti di prestazioni aggiuntive finalizzati esclusivamente al rapido abbattimento di volumi significativi di prenotazioni oltre i tempi massimi previsti dal Piano; per gli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni:
- Progetti di abbattimento delle liste di attesa con l'utilizzo dello strumento delle prestazioni aggiuntive per il personale convenzionato della Specialistica Ambulatoriale secondo le previsioni degli Accordi Collettivi Nazionali e Regionali vigenti;
- Rimodulazione dinamica del monte ore indifferenziato della Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna, destinando le ore libere, o che si renderanno tali, a pubblicazioni di turni e/o incrementi orari ad personam esclusivamente finalizzati a contrastare comprovate carenze strutturali nell'offerta di prestazioni che comportino liste di attesa non compatibili con gli obiettivi di piano nelle branche critiche.

Utilizzo degli strumenti di negoziazione previsti dalla Legge 120/2007 e s.m.i. sulla Libera Professione, all'atto dell'autorizzazione all'esercizio, dei rapporti tra i volumi in ALPI ed in attività istituzionale, finalizzati all'incremento di quest'ultima soprattutto per le prestazioni critiche con lunghi tempi di attesa.

REGOLAMENTAZIONE DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI IN LIBERA PROFESSIONE (PRGLA 2019-21 pag.25)

Nella ASL RM 3, l'attività ambulatoriale in Libera Professione (ALPI) viene svolta nell'ambito di un Regolamento che tiene conto della normativa vigente in questo campo, che sarà rivisitato non appena verranno emanate le nuove linee guida regionali, preannunciate recentemente.

Corretti rapporti tra volumi (ALPI) e attività istituzionale il regolamento prevede:

- che i volumi, in ALPI, svolti dal personale con rapporto esclusivo, non possano superare quelli svolti per l'attività istituzionale;
- che l'ALPI non possa comportare per ciascun dirigente, un volume di prestazioni globalmente inteso, o un volume di orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;
- che deve essere garantita da parte del dirigente interessato la prevalenza dell'attività istituzionale definita dai LEA sull'ALPI, sia in termini di orario che di volumi di prestazioni;
- che i volumi in ALPI, sono costituiti dalla somma dell'attività svolta dai singoli con rapporto esclusivo appartenenti alla medesima equipe.
- la ulteriore decurtazione del 5% delle tariffe, oltre le altre trattenute, da destinare, come previsto dalla Legge 120/2007 e s.m.i., esclusivamente al finanziamento di misure di contrasto alle liste di attesa.

A seguito dell' autorizzazione regionale all'esercizio dell'attività libero professionale, in via sperimentale, presso studi professionali collegati in rete con le Aziende, presso le quali non risultino disponibili congrui spazi, esplicitamente prevista dalla Legge 120/2007 e s.m.i., e come previsto dall'art. 6 comma 3 del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2013-2015 approvato con Decreto del Commissario ad Acta N. U00437/2013, l'Azienda, in osservanza all'obbligo di garantire entro un anno dalla approvazione del suddetto Piano, la prenotazione di prestazioni in ALPI esclusivamente attraverso il ReCUP, ha agito come segue.

E' stato commissionato al soggetto attualmente aggiudicatario del Servizio CUP, un progetto, finalizzato a garantire, tra le altre obbligazioni di legge:

- immediata tracciabilità delle prestazioni, degli incassi, dei tempi dedicati all'attività, delle prestazioni prenotate e di quelle effettuate e pagate, in totale analogia con quanto già in essere per l'attività intramuraria interna, secondo la metodologia delle agende informatizzate e dei cd. "fogli lavoro" previsti per l'attività istituzionale;
- attivazione di call center unificato per tutta l'attività libero professionale sia intra che extramuraria, di supporto anche ai singoli professionisti, per le prenotazioni di tutte le prestazioni libero professionali sia interne che esterne.

Il sistema permette la totale equiparazione, anche sotto il profilo dei controlli, dell'ALPI sia interna che extramuraria, fornendo il supporto tecnologico necessario per rendere effettiva le possibilità di adozione delle misure di riduzione e/o sospensione dell'attività libero professionale in quelle unità operative in cui i tempi di attesa superino quelli massimi previsti dal Piano.

• Meccanismi di controllo

Questa Azienda, già prima di quanto disposto dal "Decreto Balduzzi", ha provveduto all'inserimento su sistema informatizzato delle agende di prenotazione dei medici in intramoenia intramuraria, garantendo di fatto, la massima trasparenza su tale attività.

La rilevazione sulla attività esterna è ancora effettuata, in attesa dell'attivazione del progetto sopradescritto, con utilizzo del cartaceo, ferma restando la piena tracciabilità dei flussi.

Per prestazioni in libera professione interna, l'attività di prenotazione è effettuabile anche attraverso un call-center aziendale che si occupa inoltre del servizio di modifica appuntamento e disdetta delle suddette prestazioni sanitarie, situata presso il P.O. G.B. Grassi, principale nodo di ALPI interna.

Spetta, in particolare al Coordinamento ReCUP:

- svolgere l'attività di back-office, per la programmazione e la manutenzione ordinaria /straordinaria delle agende, propedeutiche alla prenotazione;
- fornire reportistiche alla Direzione Aziendale.

Il Controllo dei volumi di attività, unitamente ad ogni attività propedeutica al rilascio delle autorizzazioni ed alla effettiva messa in pagamento delle somme dovute ai professionisti, che serve da base per il raffronto con l'attività istituzionale e le future trattative, nonché la già attiva garanzia del non superamento dei limiti previsti dalla normativa, sono affidati all'Ufficio ALPI.

Con l'attivazione della infrastruttura di rete prevista dal progetto di cui sopra, l'Azienda intende proseguire sulla strada della trasparenza e dell'organizzazione dei dati, permettendo, a regime, la



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



piena interfacciabilità con il sistema ReCUP, al fine di permettere elaborazioni unificate e reportistica specifica con maggiore immediatezza.

Al fine di permettere l'immediato raffronto tra i tempi di attesa per le prestazioni critiche rese in regime istituzionale ed in ALPI presso le singole Unità Operative erogatrici aziendali, il competente ufficio ReCUP predispose, idonea reportistica, da produrre ai decisori aziendali con cadenza mensile. In sede di prima applicazione e/o fino a completa informatizzazione del dato, la reportistica verrà prodotta per singolo Distretto e PP.OO. di erogazione, con cadenza bimestrale.

MODALITA' DI ACCESSO PER LE PRESTAZIONI PROGRAMMABILI, PER LE URGENZE E I PERCORSI DI PRESA IN CARICO, COMPRESO IL DAY SERVICE AMBULATORIALE E RELATIVE FUNZIONI DI ACCOGLIENZA.

- **Premessa**

In Azienda fin dal giugno 2002 è stato elaborato un documento "Regolamento aziendale per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali" (8), che fissa le modalità di accesso alle prestazioni specialistiche e strumentali.

Nel complesso le modalità di accesso, attualmente in uso nella nostra Azienda, sono già allineate alle indicazioni del precedente PRGLA 2013-15.

Di seguito, pertanto, si riportano tali modalità, integrate con quelle del PRGLA, che non erano previste nel documento sopra citato.

- **Modalità di accesso**

L'accesso alle prestazioni specialistiche avviene secondo due diverse modalità secondo che si tratti di prime prestazioni o prestazioni successive.

Accesso alle prime prestazioni

L'accesso alle prestazioni avviene tramite prenotazione sul Sistema ReCUP, attraverso gli sportelli ASL o il Call center regionale.

L'Utente deve essere iscritto al SSR, e deve esibire, in accordo alle nuove disposizioni regionali:

- la prescrizione medica (eccetto i casi previsti dalla norma) con indicato (1) il quesito diagnostico codice ICD –IX – CM; (2) se è primo contatto (u) o contatto successivo (c); (3) la classe di priorità;
- la tessera sanitaria;
- l'avvenuto pagamento del ticket, se dovuto.

Nonostante le agende presso la ASL RM 3 siano per la maggior parte nominative, con l'esclusione di quelle in equipe ospedaliera, l'utente non può scegliere uno specifico medico specialista con certezza di essere visitato esattamente dall'individuato, ma ha facoltà di operare una scelta personale rispetto alla data e al luogo di esecuzione che potrebbe, comunque, determinare una sostanziale variazione del tempo di attesa, tale da comportare il superamento di quello massimo previsto per quella prestazione, senza che ciò possa essere imputato all'Azienda.

Le prenotazioni vengono effettuate con indicazione della data, dell'orario e la sede di effettuazione.

Lo scorrimento cronologico degli appuntamenti, nel rispetto delle priorità indicate, costituisce la “lista di attesa” relativa a ciascun ambulatorio.

È previsto che in caso di mancata indicazione del quesito diagnostico e/o codice di priorità la prestazione viene considerata “programmata”.

Per le prestazioni urgenti di norma viene seguita la stessa prassi di prenotazione, poiché le agende sono strutturate in modo da riservare una quota di disponibilità a questa esigenza, prenotabili direttamente dai MMG/PLS.

Accesso alle prestazioni successive

- **Follow up**

L'accesso avviene tramite prenotazione effettuata su indicazione dello specialista, che ha in carico la persona assistita, su agende riservate e quindi con garanzia del rispetto della tempistica prescritta. L'utente deve esibire:

- la tessera sanitaria;
- l'avvenuto pagamento del ticket, se dovuto.

La prescrizione viene effettuata dal medico che ha erogato la prima prestazione su ricettario SSR.

- **Day service/PAC/ presa in carico**

L'accesso avviene come per i follow up, ma tutte le prestazioni vengono prenotate, all'interno di appositi spazi riservati, organizzando un percorso sequenziale che ottimizza i tempi di attesa e le incombenze burocratiche.

Allo stato attuale, l'Azienda fornisce il 100% di prestazioni al sistema di prenotazione RECUP.

PROCEDURE CONNESSE ALL'ACCESSO DEI PAZIENTI

- **Disdetta di una prenotazione**

I cittadini che intendono rinunciare ad una prestazione già prenotata debbono darne disdetta in modo tempestivo, almeno 48 ore (escluso la domenica e i giorni festivi) prima dell'appuntamento, secondo le modalità riportate nel foglio di prenotazione.

Di norma devono comunicare, utilizzando i mezzi indicati nel suddetto foglio, il nome e il cognome, il numero della prenotazione, il giorno e la struttura presso la quale doveva essere effettuata la prestazione.

In caso di mancata presentazione, l'utente che, salvo gravi e documentati motivi, non abbia disdetto la prenotazione, sarà tenuto al pagamento della compartecipazione alla prestazione, anche se esente ticket.

Ritiro dei referti

L'utente che dopo aver usufruito di una qualsiasi prestazione non provvede a ritirare il referto diagnostico, entro 30 giorni, è tenuto al versamento di un importo corrispondente alla tariffa regionale relativa alla prestazione stessa. L'Azienda, al fine di favorire il ritiro da parte dell'utenza, seguendo

le indicazioni regionali, ha dato attivazione al sistema Escape di ritiro refertazione informatizzato delle prestazioni di laboratorio.

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO (PRGLA 2019/21 pag.28)

L'Asl Roma 3 si impegna a produrre un sistema di monitoraggio che rispetti la tenuta delle agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

In particolare le agende di prenotazione devono contenere:

- la data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore;
- la data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione;
- il codice di priorità assegnato alla persona assistita in base alla complessità di diagnosi ed all'urgenza dell'intervento;
- la data del ricovero;
- i motivi della eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

Per tutti i ricoveri programmati la Regione Lazio prevede l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008, del PNGLA 2010-2012 e del PNGLA 2019 – 2021 di cui alla tabella sotto riportata:

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

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata, della Asl Roma 3, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, saranno comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). La Asl Roma 3 al fine di rispettare i tempi previsti di erogazione delle prestazioni di ricovero, in classe A, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. D del CCNL 08/06/2000, si impegna ad incrementare le attività concordate con le équipe con prestazioni aggiuntive. Inoltre, per garantire il requisito di trasparenza presenterà sul sito

aziendale il Monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Medica del P.O.U. G.B. Grassi - C.P.O. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intende rinviare l'intervento per motivi personali, l'ASL Roma 3 apporterà modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. L'Azienda prevederà l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, favorendo processi di deospedalizzazione e intervenendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media.

Nella tabella che segue è rappresentato l'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio con i relativi ICD-9-CM:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9- CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193

8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

FORMAZIONE MEDICI PRESCRITTORI

Per la formazione dei medici prescrittori oltre quanto detto, l'Azienda intende ricorrere:

- alla formazione ECM;
- a programmi di revisione tra pari;

tenendo conto delle indicazioni che verranno fornite dalla Regione.

In ogni caso, la prima azione che verrà intrapresa sarà quella di informare i medici prescrittori su cosa deve essere indicato nella ricetta/prescrizione

SISTEMI DI CONTROLLO E VERIFICA DEL RISPETTO DELLE LISTE DI ATTESA – azioni di prevenzione e deterrenza

Nello spirito delle recenti previsioni normative in materia di contrasto alla corruzione, al fine di garantire equità e parità di condizioni alle persone assistite nell'accesso e nell'attesa di prestazioni sanitarie rese in regime di servizio pubblico, la ASL Roma 3 ha previsto due diverse tipologie di controlli, con scopo principale di prevenzione e deterrenza.

Al fine di evitare comportamenti opportunistici e sostituzioni di utenti già prenotati su gestionali ReCUP la ASL Roma 3 effettuerà sulle liste di attesa un controllo statico ed uno dinamico.

Il controllo statico avverrà cristallizzando ad una data, per gli ambulatori che verranno scelti quale oggetto di verifica, lo stato delle prenotazioni riferite ai tre/sei mesi successivi, stampandone le risultanze da programma ReCUP. L'operazione verrà ripetuta a distanza di ogni mese fino al completamento del periodo monitorato e verranno analizzate le eventuali discrepanze e disallineamenti, provvedendo a verifiche mirate ed ispezioni in loco nei casi in cui le variabilità riscontrate superino, senza motivazione valida, una percentuale pari al 7% dei prenotati.

Per motivazione valida si intende quella causata da un evento non prevedibile quale assenza del professionista per malattia senza sostituzione, rottura di apparecchiature, chiusure o traslochi di unità produttive ed in generale quelle condizioni che diano adito a spostamento di cittadini utenti già prenotati ad altra data, o copertura di slot disdetti autonomamente dall'utenza al fine di non incorrere in sanzioni per mancata presentazione.

Saranno particolare oggetto di controllo gli inserimenti di nominativi non già presenti nelle precedenti liste di prenotazione (utenti "nuovi") nonché gli utenti disdetti, ove non sporadicamente ripetuti e quindi non oggetto di spostamento per impulso proprio o di altri attori istituzionali.

Detto controllo statico avrà luogo, a regime e nelle more dell'implementazione di sistemi di rilevazione automatici ed informatizzati su almeno un presidio per Distretto sanitario aziendale o P.O. ogni due mesi, scelto con criterio random, ed in sede di prima applicazione almeno in un presidio sanitario aziendale ogni due mesi.

Il controllo dinamico avverrà rilevando, in sede di prima applicazione in almeno un presidio aziendale al mese ed a regime in almeno un presidio per Distretto sanitario o P.O. bimestralmente, per singoli ambulatori, che gli utenti che si presenteranno a visita siano esattamente quelli prenotati e figuranti sul piano di lavoro stampato nella giornata oggetto di controllo, da commissioni ispettive composte da almeno due operatori aziendali tra cui necessariamente uno proveniente dall'Ufficio ReCUP ed eventualmente personale distrettuale o ospedaliero. Gli ambulatori da visitare verranno scelti con criterio random.

Le risultanze della verifica verranno trascritte in verbale e trasmesse alla Direzione del Dipartimento Primarie per valutazione ed eventuale seguito.