

REGIONE DEL VENETO



ULSS6
EUGANEA

AZIENDA U.L.S.S. N°6 - EUGANEA

Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa

2019-2021

Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021

INDICE

1. Premesse:	
1.1 Gestione delle liste di attesa	pag. 3
1.2 Normativa Regionale di riferimento	pag. 4
1.3 Il contesto Territoriale	pag. 6
2. Analisi della Domanda e dell'offerta (dati riferiti al 2018)	pag. 7
3. Azioni per il governo dei tempi di attesa	
3.1 Azioni sull'offerta di prestazioni ambulatoriali	pag. 9
3.1.1 Modulazione delle agende	
3.1.2 Modulazione dell'offerta delle strutture accreditate	
3.1.3 Modulazione dell'offerta di Azienda Ospedaliera e IOV	
3.1.4 Aperture Straordinarie	
3.1.5 Aperture serali, prefestive e festive	
3.1.6 Utilizzo delle grandi apparecchiature	
3.2 Azioni sull'offerta di prestazioni di ricovero ospedaliero.....	pag. 10
3.3 Azioni sulla domanda di prestazioni ambulatoriali	pag. 10
3.4 Azioni sulla domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero	pag. 11
3.5 Azioni sul processo di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali	pag. 11
3.5.1 Presa in carico delle richieste "in galleggiamento"	
3.5.2 Sviluppo di un "CUP Diffuso"	
3.5.3 Presa in carico del paziente affetto da patologia cronica	
3.6 Azioni di verifica e Monitoraggio	pag. 12
3.6.1 Tavolo di Monitoraggio dei Tempi di Attesa	
3.6.2 Monitoraggio dei Tempi di Attesa della specialistica ambulatoriale	
3.6.3 Monitoraggio dei Tempi di Attesa dei ricoveri ospedalieri	
3.6.4 Monitoraggio dei Tempi e dell'appropriatezza prescrittiva da parte del NAC	
3.7 Azioni di Formazione, Informazione e Comunicazione.....	pag. 14
3.7.1 Comunicazione Organizzativa	
3.7.2 Comunicazione Istituzionale	

1. PREMESSE

1.1 Gestione delle liste di attesa

La gestione delle liste d'attesa costituisce una rilevante problematica nella gestione dei servizi sanitari, sia a livello ospedaliero che a livello ambulatoriale.

La tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie in rapporto ai bisogni di salute della popolazione, infatti, costituisce un aspetto strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) conseguibile attraverso tre tipologie di azioni:

- governo della domanda di prestazioni,
- governo dell'offerta di prestazioni
- informazione e comunicazione;

A tali tipologie di azioni va aggiunta quella, non meno importante, del "monitoraggio", che permette di tarare ogni singola strategia sulla base dei risultati ottenuti, oltre che ad intercettare tempestivamente eventuali modificazioni di domanda ed offerta.

Allo sbilanciamento fra domanda e offerta, determinante per la creazione di una lista di attesa, concorrono oggi vari fattori, tra i quali l'innalzamento dell'età della popolazione, la maggiore attenzione della stessa al proprio stato di salute, l'affermarsi di modelli culturali di «consumo sanitario», la crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti, la carenza di personale medico e talvolta anche carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili.

Se tuttavia le azioni che permettono di ridurre i tempi di attesa a breve termine sono prevalentemente orientate ad un ampliamento dell'offerta, è necessario tenere presente che in ambito sanitario tale aumento dell'offerta può indurre un incremento della domanda. L'elemento da cui partire per un efficiente utilizzo del Sistema Sanitario Nazionale è l'appropriatezza prescrittiva, che rappresenta l'elemento fondamentale delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità rispetto al bisogno di salute. Il tutto senza tralasciare la corretta informazione all'utenza, in mancanza della quale una decisione basata sull'appropriatezza potrebbe essere vissuta da utenti e operatori non come un miglioramento della qualità ma come un ridimensionamento dei servizi.

Ai fini di un reale e duraturo contenimento delle liste d'attesa è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse, umane, tecnologiche ed economiche, e, contemporaneamente, consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

1.2 Normativa Regionale di riferimento

Deliberazione della giunta regionale n. 3535 del 12 novembre 2004:

E' il provvedimento con il quale la Regione Veneto ha approvato il programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale finalizzato ad assicurare il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni, in applicazione dell'accordo Stato Regioni dell' 11 luglio 2002 (DPCM 29 novembre 2001)

Deliberazione della giunta regionale n. 2066 del 27 giugno 2006:

Si tratta del primo provvedimento preliminare di recepimento dell'intesa tra il Governo e le Regioni sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, come previsto dalla legge 23 dicembre 2005, n. 266. Esso contiene un aggiornamento e un'integrazione della citata DGR n. 3535 del 12 novembre 2004 .

Deliberazione della giunta regionale n 600 del 13 marzo 2007:

"Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano attuativo regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06". Con questo importante provvedimento la Regione del Veneto ha strutturato un programma di governo delle liste di attesa dettagliato e operativo, per favorire la corretta applicazione a livello di ogni singola Azienda di tutte le azioni necessarie a tale obiettivo, tra le quali la stesura dei piani attuativi aziendali, articolate sui tre distinti livelli: informazione/comunicazione, domanda e offerta di prestazioni.

Nota regionale n° 453219 del 10 agosto 2007:

Con questa nota applicativa è stata prevista l'istituzione, a livello di ciascuna azienda ULSS, di un "Tavolo di monitoraggio per l'attuazione della DGR n° 600/07" di cui sopra riferito, con il compito di controllare tutte le azioni poste in essere per il governo delle liste di attesa.

Deliberazione della giunta regionale n. 3911 del 04 dicembre 2007:

"Attivazione di un progetto formativo per i "CUP Manager" delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.". Si definisce la necessità di definire la presenza di figure professionali specificatamente formate, denominate "CUP Manager", in grado di gestire il centro unico di prenotazione.

Deliberazione della giunta regionale n. 212 del 03 febbraio 2010:

"DGR n. 3911 del 4 dicembre 2007: attivazione di un progetto formativo per i CUP Manager delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto - Definizione della figura professionale, delle attività e competenze del Coordinatore dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali."

Deliberazione della giunta regionale n. 863 del 21 giugno 2011:

"Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Adozione del Piano Attuativo Regionale: integrazione alla D.G.R. n. 600 del 13.3.2007". Viene recepita l'Intesa tra lo Stato, le

Regioni e le Province autonome sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012 e adottato il piano attuativo regionale.

Deliberazione della giunta regionale n. 859 del 21 giugno 2011:

"Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed utilizzo di diverso regime erogativo".

Deliberazione della giunta regionale n. 503 del 3 aprile 2012:

Con questo atto, ad integrazione della DGR precedente, la Regione Veneto ritiene necessario precisare l'ambito di prescrizione ed erogazione della prestazione "visita a completamento della prima visita" introdotta con la DGR 859/2011 di aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Deliberazione della giunta regionale n. 320 del 12 marzo 2013. "Il governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.":

Con questo provvedimento la Regione Veneto pone l'attenzione sulle principali azioni da realizzare al fine di ottenere un efficace governo delle liste di attesa nelle Aziende Sanitarie, ribadendo alcune importanti indicazioni in relazione alle criticità intervenute in tale ambito. Obiettivi principali sono l'ottimizzazione del numero di prestazioni per abitante assegnato alle Aziende e la necessità di definire setting organizzativi più appropriati al fine di ridurre le differenze del numero di prestazioni erogate per assistito per Azienda.

Legge regionale n. 19/2016 "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.":

In particolare all'articolo 28, la "Riduzione delle liste di attesa, si affronta il tema di un programma straordinario per ridurre i tempi di attesa, garantire la presa in carico dei pazienti cronici e migliorare l'accessibilità per il cittadino.

Legge regionale n. 30/2016 "Collegata alla legge di stabilità regionale 2017":

L'articolo 38 fissa una serie di "Interventi per il governo delle liste di attesa, ed in particolare ridefinisce i tempi di attesa standard sia per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale che gli interventi chirurgici.

Legge regionale n. 48/2018 "Piano socio sanitario regionale 2019-2023":

Nel piano viene previsto un paragrafo sul governo dei tempi di attesa e sulle attività specialistiche che richiama quanto introdotto con la Legge 30.

Deliberazione della giunta regionale n. 479 del 23 Aprile 2019:

Recepimento del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) da parte della Regione Veneto, ad eccezione dell'allegato C (Procedura gestionale del modello RAO).

Deliberazione della giunta regionale n. 1164 del 6 Agosto 2019:

Adozione del Piano Regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA).

1.3 Il contesto Territoriale

L'azienda ULSS 6 Euganea è stata costituita con Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016 dall'incorporazione delle sopresse ULSS n. 15 (oggi distretto Alta Padovana) e ULSS n. 17 (Padova Sud) nella ex Azienda ULSS n. 16, che comprendeva Padova ed i comuni limitrofi. Oggi l'Azienda copre l'intera provincia di Padova e si estende su un territorio di oltre 2.127 Km². Al 01/01/2018, registra la presenza di 934.247 abitanti, che si traduce in una densità abitativa di circa 439 abitanti/Km². Da un confronto con le altre province del Veneto emerge come la provincia di Padova risulti essere allo stesso tempo la più popolata e quella con la densità abitativa più elevata di tutta la Regione.

Negli ultimi anni l'indice di vecchiaia della provincia di Padova è passato da 161,0 a 164,9 ultrasessantacinquenni per ogni 100 giovani di età inferiore a 15 anni, in seguito all'incremento della quota di popolazione anziana, anche se con una netta diversità nei tre ambiti territoriali: il distretto Alta Padovana raduna la popolazione relativamente "più giovane" e con saldo naturale positivo, mentre l'area del distretto Padova Sud mostra un andamento posizionato in un quadro di popolazione mediamente più anziana. Caso a sé, in questo confronto, è l'area corrispondente ai distretti Padova Bacchiglione, Padova Terme Colli, Padova Piovese che, grazie alle dinamiche di popolazione di una città "metropolitana", presenta un grado di invecchiamento medio a cavallo tra gli altri due territori.

Secondo la vigente programmazione, l'azienda ULSS 6 Euganea garantisce nella provincia l'assistenza ospedaliera attraverso presidi ospedalieri a gestione diretta, 2 strutture nodo di rete e con 4 strutture accreditate con attività ospedaliera. A questo va aggiunta l'attività erogata dall'Azienda Ospedaliera di Padova e dall'Istituto Oncologico Veneto (IOV), che insistono all'interno del territorio aziendale.

Con decorrenza 01.01.2020, con l'applicazione delle nuove schede ospedaliere (DGRV 614 del 2019) è previsto che l'Ospedale S. Antonio, oggi afferente all'ULSS 6 Euganea, sarà ceduto all'Azienda Ospedaliera di Padova: tale nuova situazione organizzativo-gestionale dovrà essere puntualmente gestita e monitorata per un puntuale governo dell'offerta specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

2. ANALISI DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA (dati riferiti al 2018)

Nel 2018 ai cittadini assistiti dell'Azienda ULSS 6 Euganea sono state erogate circa 13 milioni di prestazioni ambulatoriali per esterni (SSN/SSR): circa 9 milioni di prestazioni di laboratorio, circa 1.2 milioni di prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, oltre 2.1 milioni di prestazioni nelle branche a visita, oltre 800.000 prestazioni di radiologia/radiodiagnostica.

Tabella 2.1: Prestazioni ambulatoriali onere SSN Erogate ad Assistiti ULSS 6 nell'Anno 2018, per ente erogante.

MACROAREA	STRUTTURE EROGANTI					TOTALE per Macroarea
	Strutture ULSS 6 Euganea	Strutture Accreditate	Azienda Ospedaliera di Padova	Istituto Oncologico Veneto	Mobilita' Passiva	
Branche a visita	1.091.172	348.305	502.172	86.574	97.344	2.125.567
Laboratorio	5.901.472	1.347.878	1.539.944	104.735	257.815	9.151.844
Medicina Fisica e Riabilitativa	314.023	909.217	27.301	276	32.877	1.283.694
Radiologia-Radiodiagnostica	294.785	324.232	47.247	106.294	31.916	804.474
TOTALE	7.601.452	2.929.632	2.116.664	297.879	419.952	13.365.579

Elaborazione dei dati a cura del controllo di gestione ULSS 6

Tabella 2.2: Prestazioni ambulatoriali onere SSN Erogate ad Assistiti ULSS6 nell'Anno 2018, per ente erogante (%)

MACROAREA	STRUTTURE EROGANTI					TOTALE per Macroarea
	Strutture ULSS 6 Euganea	Strutture Accreditate	Azienda Ospedaliera di Padova	Istituto Oncologico Veneto	Mobilita' Passiva	
Branche a visita	51,3%	16,4%	23,6%	4,1%	4,6%	100,0%
Laboratorio	64,5%	14,7%	16,8%	1,1%	2,8%	100,0%
Medicina Fisica e Riabilitativa	24,5%	70,8%	2,1%	0,0%	2,6%	100,0%
Radiologia-Radiodiagnostica	36,6%	40,3%	5,9%	13,2%	4,0%	100,0%
TOTALE	56,9%	21,9%	15,8%	2,2%	3,1%	100,0%

Elaborazione dei dati a cura del controllo di gestione ULSS 6

Per quanto riguarda la domanda di specialistica ambulatoriale, questa viene misurata comunemente considerando il numero di prestazioni specialistiche erogate alla popolazione residente ogni 1000 abitanti, escluso il laboratorio (per il quale non vi sono tempi di attesa), le prestazioni di controllo e quelle di screening.

Nel 2018 il numero di prestazioni specialistiche ambulatoriali per 1.000 abitanti, come sopra definito, è stato rispettivamente:

- 4.163 prestazioni/1.000 abitanti (Distretti 1-2-3, Padova)
- 2.833 prestazioni/1.000 abitanti (Distretto 4, Alta Padovana)
- 2.927 prestazioni/1.000 abitanti (Distretto 5, Padova Sud)

La differenza tra i diversi distretti è da ascrivere in particolare alla macroarea di Medicina Fisica e Riabilitativa per la quale la domanda espressa nell'area di Padova trova ampia offerta soprattutto attraverso la rete erogativa dei convenzionati.

Il contesto di elevata articolazione della rete erogativa presente all'interno del territorio proprio dell'ULSS 6 Euganea, che vede insistere 3 aziende pubbliche con ruoli diversificati nel modello *hub* e *spoke*, ed una significativa presenza di erogatori convenzionati, sia ospedalieri

che esclusivamente ambulatoriali, determina una diversificazione territoriale della capacità di offerta ma intrinsecamente anche della domanda espressa.

Un fattore di criticità sempre più significativo, che incide sulla capacità di offerta, determinando anche una ridotta possibilità di interventi di reazione, è la scarsa disponibilità di risorse specialistiche che interviene in modo fluttuante.

Diventa quindi sempre più pregnante la necessità di governare la richiesta attraverso percorsi di appropriatezza, così come l'offerta, in modo da poter garantire le tempiste di erogazione e l'accessibilità necessarie.

3. AZIONI PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA

Come si è potuto vedere nella parte introduttiva, il rispetto dei tempi di attesa è un obiettivo complesso legato al governo di molteplici fattori correlati sia all'offerta che alla domanda. La tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie in rapporto ai bisogni di salute costituisce un aspetto strutturale dei LEA, conseguibile attraverso diverse tipologie di azioni; la complessità del sistema e la necessità di agire sull'intero processo, che va dalla prescrizione all'erogazione della prestazione, ha portato a superare in parte la tradizionale netta distinzione tra azioni sulla domanda e azioni sull'offerta, arricchendo il piano anche di attività trasversali e di presa in carico del paziente, all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici.

3.1 Azioni sull'offerta di prestazioni ambulatoriali

3.1.1 - Modulazione delle Agende

Articolazione e gestione delle agende a cura del CUP manager con rimodulazione dell'offerta sia in base alle criticità per tipologia di prestazione, sia per criticità in base alla classe di priorità indicata dal prescrittore. Come indicato nella normativa vigente, l'Azienda ULSS garantisce le prestazioni ai propri assistiti secondo i tempi previsti dal medico prescrittore. Ai non residenti viene garantita l'esecuzione della prestazione (secondo il principio della libera scelta) ma senza garanzia della prioritizzazione.

3.1.2 - Modulazione dell'offerta delle strutture accreditate

Con le strutture accreditate, si procede alla elaborazione e sottoscrizione annuale dell'accordo contrattuale per l'utilizzo del "budget", articolandolo in "sottobudget" specifici per gruppi di prestazioni, eventualmente rimodulabili in corso d'anno. Il budget annuale assegnato ad ogni singola struttura è articolato in dodicesimi, secondo le vigenti disposizioni regionali. La struttura accreditata è tenuta a garantire l'attività in modo continuativo ed omogeneo nell'arco dei 12 mesi; la gestione del 100% dell'offerta delle strutture accreditate tramite il Centro Unico di Prenotazione (CUP) dell'ULSS è condizione necessaria per la sottoscrizione e il mantenimento dell'Accordo Contrattuale.

Sulla base del monitoraggio dell'offerta e dei tempi di attesa, l'Azienda si riserva eventualmente anche di richiedere alla Regione Veneto l'autorizzazione ad eventuali quote di extrabudget per strutture accreditate, secondo necessità che saranno specifiche per tipologia di prestazioni e per ambito territoriale.

3.1.3 - Modulazione dell'offerta di Azienda Ospedaliera e IOV

Sviluppo di accordi contrattuali con Azienda Ospedaliera di Padova e IOV sulle prestazioni di base da erogare alla popolazione residente nell'Azienda ULSS 6 Euganea ed in particolare nei distretti di Padova.

3.1.4 - Aperture Straordinarie

Nella logica del controllo dei tempi di attesa per prestazioni critiche, l'Azienda in corso d'anno programma eventualmente:

- acquisto di prestazioni da personale dipendente in regime libero professionale in favore dell'Azienda (art. 55 CCNL 2000)
- acquisto di prestazioni aggiuntive ex Legge n° 1 dell'8 gennaio 2002

- acquisto di ore aggiuntive di attività da SAI, secondo la vigente normativa (inserito anche nel patto con i SAI).

Al fine di migliorare e ottimizzare la programmazione, si sta sviluppando un percorso omogeneo di attivazione e monitoraggio dell'acquisto di prestazioni, in collaborazione con le Direzioni Mediche Ospedaliere e la Direzione Amministrativa di Ospedale.

3.1.5 - Aperture serali, prefestive e festive

L'azienda ULSS 6 ha già adottato una serie di modalità organizzative volte ad ampliare la disponibilità di alcune prestazioni ambulatoriali nei giorni prefestivi e festivi, e negli orari serali 19-23, e intende continuare su questa linea con la revisione dell'offerta serale, prefestiva e festiva per quanto riguarda la propria produzione diretta e quella delle strutture accreditate. Negli accordi con queste ultime è stato previsto che "la struttura accreditata è tenuta a partecipare all'erogazione delle prestazioni in orario serale (dopo le ore 20 nei giorni di lunedì e mercoledì, il sabato pomeriggio e la domenica mattina) all'interno del budget complessivo assegnato, secondo calendarizzazione tipologia e volume da concordare con la Direzione Sanitaria dell'ULSS 6 Euganea". Tramite il ricorso alla rotazione tra erogatori della rete di offerta pubblica e privata accreditata, si vuole assicurare all'utenza un ampliamento dell'accessibilità.

3.1.6 - Utilizzo delle grandi apparecchiature

Al fine di migliorare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini si intendono effettuare le seguenti azioni:

- Ricognizione sull'utilizzo delle grandi apparecchiature, nelle strutture aziendali.
- Revisione delle modalità organizzative dell'offerta pubblica nella branca di Radiologia Diagnostica, finalizzata ad aumentare la potenzialità operativa delle RM e delle TC in un'ottica di continuo miglioramento .

3.2 Azioni sull'offerta di prestazioni di ricovero ospedaliero

Si ribadisce l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri, nonché delle prestazioni di ricovero ora ricondotte al regime ambulatoriale. Per dare piena attuazione alla normativa vigente si intende sistematizzare delle "indicazioni operative per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili", un Sistema Unificato di prenotazione, e percorsi strutturati per paziente oncologico e non oncologico.

3.3 Azioni sulla Domanda di prestazioni ambulatoriali

In quest'ambito, legato ai percorsi del paziente ed all'appropriatezza prescrittiva, gli interlocutori vanno dai Presidi Ospedalieri alle Cure Primarie con possibili interventi a medio - lungo termine.

Si intende avviare il confronto tra diversi specialisti, con la partecipazione di MMG, strutture pubbliche ed accreditate, partendo dalle branche più critiche. Il confronto sull'appropriatezza prescrittiva tra specialisti e Cure primarie è stato inserito anche nel nuovo patto con i SAI.

Tra le azioni previste si indicano:

- Aggiornamento dei percorsi specifici per le visite richieste in classe U / classe B entro 72 ore. Stesura e diffusione di nota/guida informativa per prescrittori e prenotatori (in particolare per Classe U e Classe B). Condivisione di tali percorsi con tutti i medici prescrittori (specialisti ospedalieri e territoriali, medici di cure primarie, accreditati).
- Monitoraggio delle prescrizioni e feedback ai prescrittori su casi di inappropriatezza, per ridurre l'utilizzo inappropriato di alcune prestazioni e delle classi di priorità.
- Stesura di una serie di indicazioni per una corretta prescrizione, da condividere con tutti i prescrittori (specialisti ospedalieri e territoriali e medici di medicina generale) per gruppo di prestazioni (es. AngioTC, RM articolari, Visita Cardiologica). Tali indicazioni risulteranno un riferimento per il prescrittore e non saranno vincolanti.
- Analisi sul database DEMA per valutare le aree di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
- Sviluppo e monitoraggio di PDTA Aziendali, sulla base di quelli Regionali
- Stesura di un "vademecum" aggiornato per gli operatori addetti alla prenotazione
- Azioni per migliorare la presa in carico del paziente con cronicità da parte dell'ambulatorio specialistico.

3.4 Azioni sulla Domanda di prestazioni di ricovero ospedaliero

- Aggiornamento dei criteri di assegnazione delle classi di priorità a livello aziendale per specialità (chirurgia, ortopedia, ginecologia, urologia, otorinolaringoiatria, oculistica)
- Predisposizione di criteri omogenei per la creazione delle liste operatorie finalizzata al rispetto dei tempi d'attesa per gli interventi chirurgici programmati

3.5 Azioni sul processo di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali

3.5.1 - Presa in carico delle richieste "in galleggiamento"

- Riorganizzazione interna con identificazione delle risorse totalmente dedicate alla gestione dei cosiddetti "galleggiamenti", alla prenotazione e al contatto con il paziente, entro le tempistiche standard definite dalla regione. Parallelamente riorganizzazione del personale dedicato alla gestione delle agende.
- Implementazione di un unico Software per la gestione delle liste di galleggiamento.

- Presa in carico di tutte le prestazioni previste dal nomenclatore tariffario regionale
- Sviluppo di Istruzione Operativa unica per la gestione delle “liste di galleggiamento”, che preveda la registrazione della data di contatto, la consegna di un promemoria all'utente e le modalità di comunicazione con lo stesso.
- Sviluppo di azioni volte a ridurre il tempo di permanenza delle richieste "in galleggiamento", con particolare riguardo alle prescrizioni in classe B (10 giorni).
- Sviluppo di “promemoria” per l'utente , che riporti data di contatto e numero di "pre-appuntamento".

3.5.2 - Sviluppo di un "CUP Diffuso"

- Azioni finalizzate a migliorare l'interoperabilità tra i diversi distretti
- Sviluppo del progetto "Farmacup" per l'accesso alla prenotazione da parte delle farmacie del territorio dell'Azienda ULSS 6 Euganea.

3.5.3 - Presa in carico del paziente affetto da patologia cronica

In Azienda è stata da tempo implementata la gestione diretta dei controlli da parte delle unità Operative tramite Mini-CUP per la prenotazione dei controlli, secondo una logica di presa in carico e continuità dell'assistenza, anche al di fuori dei PDTA già operativi.

3.6 Azioni di Verifica e Monitoraggio

3.6.1 - Tavolo di Monitoraggio dei Tempi di Attesa

Revisione del Tavolo di Monitoraggio Aziendale sui Tempi di attesa e programmazione annuale delle sedute. Il Tavolo di monitoraggio aziendale, presieduto dal Direttore Sanitario, coordina ed implementa i percorsi assistenziali aziendali, verificando appropriatezza prescrittiva e corretta erogazione dei percorsi, promuovendo la formazione e diffondendo i criteri di attribuzione delle classi di priorità; al tavolo parteciperanno, oltre a Direzioni Mediche di presidio, Coordinatore dei Direttori di Distretto e CUP Manager, i rappresentanti di specialisti dipendenti, SAI, MMG/PLS, privato accreditato e associazioni degli utenti.

Si prevede la Calendarizzazione annuale degli incontri del tavolo di Monitoraggio Aziendale e, come previsto dalla normativa vigente, la trasmissione a cadenza trimestrale dei verbali del tavolo di monitoraggio e di eventuali materiali integrativi all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto

Per la peculiare caratteristica dei distretti di Padova, ove coesistono più aziende sanitarie, e dove, alla luce del programmato passaggio dell'Ospedale S. Antonio all'Azienda Ospedaliera di Padova con decorrenza 01.01.2020, al fine di monitorare la situazione dell'offerta specialistica ambulatoriale ed ospedaliera, si proporrà lo sviluppo di specifici Tavoli di Monitoraggio sui Tempi di attesa nei distretti di Padova, con Azienda Ospedaliera e Istituto Oncologico Veneto. Tali tavoli porteranno avanti anche il monitoraggio degli accordi contrattuali con tali aziende sulle prestazioni di base da erogare alla popolazione residente.

3.6.2 - Monitoraggio dei Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale

- Monitoraggio interno dei tempi di attesa, sulla base dei flussi informativi correnti.
- Implementazione della Reportistica sui galleggiamenti
- Implementazione di monitoraggio interno sulle prestazioni con TA = 0 (finalizzate a individuare eventuali anomalie).
- Implementazione di monitoraggio interno sulla effettiva disponibilità a CUP del 100% delle agende delle strutture accreditate
- Sviluppo di azioni di monitoraggio sull'utilizzo delle grandi apparecchiature in radiologia
- Sviluppo di un cruscotto per il monitoraggio dell'offerta (integrato con dati relativi a personale dipendente, SAI, Strutture accreditate ambulatoriali, Strutture accreditate ospedaliere, Libera Professione d'azienda e Balduzzi)
- Ribadendo a tutti gli erogatori l'assoluto divieto di sospensione delle prenotazioni delle prestazioni (chiusura delle agende), si intende implementare il monitoraggio sistematico delle situazioni di possibile sospensione della prenotazione/erogazione di prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA (pag 45 allegato B DGR 1164 del 06/08/2019) nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una prestazione in una singola struttura (STS). Non saranno oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti. (pag 45 allegato B DGR 1164 del 06/08/2019).
- Definizione di una istruzione operativa per regolamentare casi di sospensione temporanea o definitiva di un punto di erogazione (comunicazioni, ricollocamento degli utenti già prenotati, azioni per non determinare la "sospensione dell'erogazione" della prestazione).

3.6.3 - Monitoraggio dei Tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri

- Reportistica mensile sul rispetto dei tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici oncologici (per tutte le classi di priorità) e non oncologici (classi di priorità A + B) ed invio trimestrale dei report di monitoraggio alle strutture ospedaliere accreditate
- Audit interni in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa
- Verifiche strutturate della corretta assegnazione della classe di priorità, data di prenotazione del ricovero, modalità di accesso e registrazione nelle liste d'attesa informatizzate
- Verifica dei percorsi assistenziali: inserimento in lista d'attesa dopo visita istituzionale, in libera professione, visita privata, etc.

3.6.4 - Monitoraggio sui tempi di attesa e sull'appropriatezza prescrittiva da parte del Nucleo Aziendale di Controllo (NAC)

Per quanto riguarda i tempi di attesa, il NAC, come previsto dalla DGR n.1191/2016, ha il compito di vigilare sull'attività del Responsabile dei Registri, in ordine alla loro trasparenza e corretta gestione e conservazione attraverso la presa visione di verbali o altre comunicazioni derivanti dall'attività del Responsabile dei Registri come previsto nell'allegato 1 della nota del 23.11.2017 protocollo n° 207539 a firma del Direttore Sanitario avente come oggetto: Classi di priorità e liste d'attesa dei ricoveri chirurgici programmati.

Oltre a ciò il NAC verifica il rispetto dei principi di equità, trasparenza e efficienza, compresi gli aspetti applicativi delle priorità di accesso. Tali verifiche si realizzeranno attraverso la valutazione delle tabelle predisposte da ciascuna DMO come previsto nell'allegato 1 della nota sopra citata. Le eventuali criticità riscontrate vengono trasmesse al Tavolo di Monitoraggio Aziendale, come espresso anche nel Piano dei controlli interni.

Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, saranno attivati controlli interni su specifiche prestazioni a rischio di non appropriatezza (ad esempio RM osteoarticolari in soggetti over 65).

3.7 Azioni di Formazione, Informazione e comunicazione

Un'area in cui vanno sviluppate azioni, in collaborazione con la direzione e gli uffici stampa e l'URP, riguarda l'informazione e la comunicazione, con l'obiettivo di eliminare i casi in cui una lamentela sui tempi di attesa è legata a carenze di informazione o a informazioni discordanti.

Sono state identificate una serie di azioni a livello di :

1. comunicazione organizzativa (Informazione "interna) rivolta agli operatori interni al sistema, siano essi dipendenti o convenzionati: medici, infermieri, operatori, tecnici, personale amministrativo, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali interni;
2. comunicazione istituzionale (Informazione "esterna"), rivolta ai cittadini, sia a livello dei canali consueti, come il sito o le informazioni presenti nelle brochure e nella documentazione, sia sfruttando i Media (quotidiani di informazione, periodici, radio e TV, rete...)

3.7.1 Comunicazione organizzativa

Per la comunicazione organizzativa sul governo delle liste di attesa, l'azienda ULSS 6 si impegna a continuare ad utilizzare tutti gli strumenti a disposizione: Sito Intranet, comunicazioni interne, audit per situazioni di particolare criticità, corsi di formazione.

Segnalazione al medico prescrittore di eventuali "anomalie" contenuti nella ricette ai fini di migliorare l'appropriatezza prescrittiva (coinvolgimento dei Direttori di Struttura). In caso di problematiche diffuse nella prescrizione, invio di note informative a tutti i prescrittori.

3.7.2 Comunicazione istituzionale

Revisione della messaggistica dei call center, del sito e di ogni altra fonte informativa per l'utente in relazione ai tempi di attesa.

Per la comunicazione sul governo delle liste di attesa, l'azienda ULSS 6 si impegna a continuare ad utilizzare, in particolare tramite Ufficio relazioni con il pubblico, tutti gli strumenti tipici della comunicazione pubblica: Carta dei servizi, Sito internet, locandine e mezzi di informazione di massa (stampa, televisione, radio), riunioni informative (ad esempio conferenza dei servizi).

Pubblicazione sul sito dei Tempi di Attesa della specialistica ambulatoriale, secondo la vigente normativa

Oltre a questi strumenti, questa azienda attiverà una forma di comunicazione continua con la Conferenza dei sindaci ed il suo Esecutivo, che devono costantemente essere aggiornati sui vari aspetti dei tempi di attesa.

In considerazione dei nuovi canali comunicativi con l'utenza, attraverso i social network, si svilupperanno informazioni per la cittadinanza sull'accessibilità ai servizi e sui tempi di attesa, con un linguaggio idoneo a tali nuovi canali di comunicazione