



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

**Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa  
per il triennio 2010-2012  
PRGLA 2010-2012**

Allegato 1 alla Delib.G.R.n. 33/26 del 10.8.2011



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### PREMESSA

I moderni sistemi sanitari del mondo occidentale si trovano ad affrontare il problema del contenimento della spesa a fronte dell'esplosione del bisogno di prestazioni sanitarie, di prevenzione primaria e secondaria, di assistenza farmaceutica e territoriale. In questo contesto, il fenomeno delle Liste d'Attesa è particolarmente rilevante e sono stati vari gli approcci con cui si è cercato di porvi rimedio.

Le Liste di Attesa non rappresentano necessariamente un aspetto negativo nel contesto delle relazioni tra domanda e offerta di servizi sanitari da una parte e bisogni assistenziali della popolazione dall'altra, quanto un fenomeno che necessita di essere governato e regolato.

Un buon sistema sanitario non è quello che offre tutto e subito, ma quello che pone al centro dell'attenzione l'utenza, secondo principi di appropriatezza e priorità clinica e nel corso degli anni sono state differenti le modalità con cui si è affrontato il problema e l'utilizzo stesso della terminologia, nei vari piani d'intervento che sono stati presentati, a livello nazionale e nelle singole regioni, ne dimostra una certa evoluzione. Si è passati, infatti, dal concetto di "riduzione" a quello di "contenimento", arrivando a quello attuale di "governo".

Governare il sistema riconoscendo come unica strategia possibile quella di massimizzare l'appropriatezza delle prestazioni erogate (da un punto di vista clinico, di processo e temporale) cercando di fornire all'utenza la miglior risposta clinica coerentemente al problema di salute riscontrato, in relazione alla necessaria tempestività d'intervento e nell'adeguato livello o ambito assistenziale.

Il punto di partenza non può essere una semplice rassegna di intenti ma un impegno collegiale, dove ogni attore del sistema è chiamato ad agire per il miglior governo, appunto, del fenomeno: decisori, erogatori, prescrittori e utenti sono tutti coinvolti, responsabilmente, ad operare con lo stesso obiettivo.

Il fenomeno delle Liste di Attesa, nella sua complessità, può essere scomposto in differenti ambiti che lo caratterizzano, non tutti con le stesse criticità ma ciascuno rilevante e con una possibile adeguata strategia d'intervento:

- l'indicazione del quesito diagnostico e la definizione dell'appropriata prestazione da eseguire nell'opportuno processo assistenziale, discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive coerentemente con il problema di salute riscontrato (appropriatezza prescrittiva);
- la definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT), per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- l'opportuna organizzazione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati in sistemi di gestione delle prenotazioni (CUP) in maniera coerente con le varie forme di prescrizione;
- l'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni nei casi di garanzia temporale anche con l'adeguato ricorso alla libera professione intramuraria o all'incremento delle prestazioni erogate dal privato accreditato (sistemi di garanzia);
- l'adeguata pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema e la trasparenza delle Liste (accessibilità);
- l'atteggiamento responsabile dell'utenza nell'accogliere le indicazioni dei clinici ed evitare la ridondanza delle prescrizioni, l'eccesso di prenotazioni o la loro mancata disdetta nel caso di impedimento (partecipazione).

Questi aspetti non sono disgiunti ma affrontano ciascuno una parte del problema, ragion per cui le differenti azioni che possono essere promosse sono tutte determinanti, agendo su ambiti specifici e, nel complesso, sinergicamente migliorando l'intero sistema.

Il presente piano individua una serie di azioni che derivano da un impegno formale condiviso tra le Regioni e P. A. di Trento e Bolzano nell'Intesa siglata il 28 ottobre 2010 che ha definito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (PNGLA).

La Regione Sardegna intende promuovere il "governo" delle Liste di Attesa al di là dell'adempimento specifico previsto nella citata intesa: infatti, già la L.R. 19 gennaio 2011, n. 1 (art. 13, comma 1) ha previsto lo stanziamento di risorse per la riduzione delle liste di attesa, anticipando di fatto la copertura finanziaria delle azioni che sarebbero state poste in essere successivamente. Già preliminarmente, nella DGR n° 46/44 del 27/12/2010, la Regione aveva indicato alcune attività poi compiutamente definite nel "Programma degli interventi per la definizione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012", di cui alla Delibera della Giunta Regionale n. 20/3 del 26/4/2011.

L'insieme delle azioni proposte non può prescindere da un adeguato sistema di monitoraggio delle stesse in base ai risultati reali di Governo delle Liste di Attesa, sulla base di opportuni sistemi di rilevazione sia dei processi da porre in essere, sia dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

La Regione Sardegna, inoltre, ha particolare riguardo per l'aspetto dell'informazione e della comunicazione - già previsto nel PNGLA - ed a tal fine intende promuovere gli interventi con una specifica campagna di



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

comunicazione istituzionale diretta a tutti gli attori del sistema, con la finalità di rendere comprensibili le dinamiche del fenomeno e sottolineando il ruolo di ciascuno.

Si ritiene che la comunione d'intenti ed il fattivo contributo di tutti nell'attuazione collegiale e condivisa di determinate azioni possa realmente condurre ai risultati attesi.

### **Art. 1 – Individuazione dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3 del PNGLA**

Il presente piano fissa l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa da parte della Regione Sardegna e che devono essere sottoposte a monitoraggio, come previsto dal PNGLA.

Le prestazioni sono state individuate a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) nell'ultimo decennio.

L'elenco comprende prestazioni afferenti a:

- specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, il ricorso alle quali dovrebbe essere caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto di accesso ai cittadini nei tempi adeguati (area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- prime visite specialistiche caratterizzate da una forte domanda;
- settori di alta complessità tecnologica per le quali si rileva un frequente ricorso inappropriato a fronte di un costo elevato delle stesse.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono 58 di cui 43 prestazioni ambulatoriali (14 visite specialistiche e 29 di diagnostica strumentale) e 15 erogate in regime di ricovero (5 prevalentemente diurno e 10 ordinario). Tali prestazioni sono elencate nelle tabelle, rispettivamente 1 e 2, riportate in calce al presente documento.

Sono escluse dal presente piano le prestazioni previste dal Piano Regionale della Prevenzione per le quali la Regione Sardegna ha definito specifiche modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA (Tabella 1) sono fissati in base alle classi di priorità:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata).

Il tempo massimo di attesa per le classi di priorità indicate nella prescrizione B (Breve) e D (Differibile), dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dalle aziende.

Per le prestazioni di ricovero di cui al punto 3.2 del PNGLA (Tabella 2) la Regione Sardegna adotta le classi di priorità definite dall'Accordo Stato-Regioni e P.A. dell'11 luglio 2002:

- classe A, da effettuare entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;
- classe B, da effettuare 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;
- classe C, da effettuare entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- classe D, da effettuare 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.

### **Art. 2 - Linee di intervento per un approccio strategico al problema del governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero**

Il fenomeno delle liste di attesa interessa principalmente le prestazioni erogate in regime di specialistica ambulatoriale, ma ha delle ripercussioni anche sulle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero. Ci sono, inoltre, degli aspetti del fenomeno che vedono le due tipologie di prestazione coerentemente associate (Percorsi Diagnostico Terapeutici).

#### **2.1 - Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva**

In un sistema con capacità di erogazione e risorse non illimitate, centrale è il problema dell'appropriatezza prescrittiva, elemento essenziale nel Governo delle Liste di Attesa; questa si realizza quando il medico fonda le



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

sue scelte prescrittive su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo caso e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse.

Il ruolo dei prescrittori (medico di continuità assistenziale, di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista ambulatoriale territoriale o ospedaliero) è, pertanto, fondamentale nell'accoglimento ed accompagnamento del paziente nel percorso diagnostico-terapeutico e, conseguentemente, nella prescrizione.

I prescrittori sono i primi interpreti delle indicazioni dell'utenza e ad essi è demandato il compito di "normare" il loro bisogno; inoltre, sono la principale fonte di informazione per l'assistito riguardo al sistema sanitario stesso, spesso l'unica. La prescrizione, pertanto, deve essere sufficientemente informativa per favorire il corretto accesso del paziente al sistema sanitario e conseguente erogazione appropriata della prestazione richiesta.

La compilazione di una prescrizione presuppone, da una parte, l'appropriatezza dal punto di vista clinico, dall'altra l'accuratezza della sua compilazione rispetto a requisiti di chiarezza, completezza e conformità alle regole per essa definite. Oltre alle inevitabili ripercussioni sull'appropriata identificazione del quesito diagnostico, della prestazione richiesta e dell'ambito temporale in cui deve essere erogata a tutto vantaggio della classificazione ed inserimento nella opportuna agenda di prenotazione, la prescrizione è l'unica fonte delle variabili fondamentali cui riferire l'affidabilità dei dati nell'ambito del loro utilizzo all'interno dei sistemi informativi sanitari.

Una prescrizione per essere appropriata deve avere determinati requisiti che comportano precisi e puntuali obblighi a carico dei medici prescrittori.

### 2.1 a) Correttezza della compilazione della prescrizione

La prescrizione si compone di parti compilate liberamente ed altre soggette a lettura ottica e vincolate da apposite norme. Per le prime si raccomanda una scrittura leggibile, mentre per la compilazione delle zone destinate alla lettura ottica si ha necessità di una maggior cura ed attenzione: la trascrizione dei caratteri numerici o alfabetici nelle caselle (in caso di scrittura manuale) deve essere effettuata chiaramente in modo semplice ed evitando simboli di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica, indicando un solo carattere in ciascuna casella senza sbordarne i contorni, marcando distintamente i caratteri con strumenti di scrittura ad inchiostro nero (refill o stilografiche) e senza correzioni o cancellature assieme ad ogni segno d'interpunzione o barratura.

Inoltre, occorre prestare attenzione a non barrare od annullare le caselle non utilizzate fuorché quelle espressamente previste (come quelle riferite alle "Note" AIFA). La spunta delle caselle destinate a lettura ottica



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

deve avvenire con un segno evidente (x o /) all'interno del cerchio nella casella od annerendo lo stesso, ma evitandone le sbordature.

Nella compilazione della prescrizione si raccomanda l'impiego di procedure informatizzate e l'utilizzo di relative stampanti laser o a getto d'inchiostro come valido ausilio per la qualità.

### 2.1 b) Indicazione del quesito diagnostico o diagnosi

La richiesta di prestazioni specialistiche deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico in quanto ha funzione di consulenza diagnostica o terapeutica; l'indicazione deve essere espressa in una formulazione clinica coerente e facilmente comprensibile o riportabile a terzi (con riferimento al personale che, a vario titolo, potrebbe interagire col paziente e con la sua prescrizione, quali il personale del front-office del servizio CUP o attraverso il canale telefonico dedicato al servizio di prenotazione).

Qualora il prescrittore, su richiesta dell'utenza per motivazioni di tutela della privacy, non riporti in ricetta il quesito diagnostico, questo dovrà essere rilasciato dal medico al paziente in busta chiusa da consegnare allo specialista e nella prescrizione si indicherà "quesito clinico allegato".

L'assenza del quesito diagnostico azzerà la priorità assegnata.

### 2.1 c) Distinzione tra prima visita o prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e visite di controllo o prestazioni successive (specialistica ambulatoriale)

La distinzione semantica e clinica del concetto di prima visita o prestazione diagnostico-terapeutica e visita di controllo o prestazione successiva ha una valenza strategica fondamentale in quanto con tale distinzione si garantisce all'utenza un'appropriata prescrizione, si individuano le prestazioni per le quali occorre garantire l'esecuzione nei tempi definiti dalla priorità individuata, oltre ad essere il presupposto per la gestione delle agende dedicate di prenotazione.

Per la visita specialistica - prima visita (codice nomenclatore 89.7) si intende quella in cui viene affrontato per la prima volta un problema di salute del paziente, tale da motivare il suo ricorso alla struttura ambulatoriale specialistica.

Lo specialista che ritiene necessario prescrivere delle visite di controllo utilizzerà il proprio ricettario SSN indicando l'arco temporale entro cui intende rivedere il paziente. Analogamente richiederà direttamente gli ulteriori accertamenti, gli esami di laboratorio, strumentali e le consulenze specialistiche (da considerare prime visite in quanto mirate a chiarire il quesito diagnostico) che ritiene necessari. Informerà, eventualmente, il



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

paziente dell'iter successivo che dovrà seguire, secondo le modalità organizzative adottate in ogni struttura con specifico riferimento al Percorso Diagnostico Terapeutico (vedi oltre). Nella prescrizione deve essere indicato espressamente quale tipologia di visita si richiede.

In riferimento alle visite di controllo occorre preliminarmente operare la distinzione tra visita di controllo (89.01) in paziente esente per patologia cronica e invalidante (DM 329/1999) e visita di controllo (89.01) in paziente non esente per patologia cronica e invalidante. Infatti, le visite di controllo/follow up successive alla prima visita, richieste per il paziente affetto da patologia cronica e invalidante sono da considerare sempre come visite di controllo, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita e, qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia per cui è esente od alle sue complicanze, sarà da considerare prima visita (89.7).

Le visite di controllo/follow up effettuate a pazienti non affetti da patologia cronica e invalidante sono da codificare con il codice 89.01 se effettuate entro un definito tempo dalla prima visita.

La Regione, pertanto, porrà in essere tutte le attività necessarie al fine di modificare opportunamente il nomenclatore, prevedendo per la prestazione 89.01 un limite temporale massimo di erogazione superiore a quello attuale e funzionalmente alle indicazioni che a tal riguardo giungeranno dagli specifici gruppi di lavoro, nonché l'eventuale integrazione di codici distinti per discriminare le visite di controllo tra pazienti esenti e non per patologia cronica e invalidante.

### 2.1 d) Indicazione della classe di priorità (specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri)

L'aspetto determinante nell'ottimale governo delle liste di attesa è la definizione di priorità sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia per le prestazioni erogate in regime di ricovero programmato.

In ambito specialistico, la prescrizione deve basarsi sulla distinzione di prima visita o prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e visite di controllo o prestazioni successive. L'indicazione della classe di priorità è da riferirsi esclusivamente al primo accesso, ovvero al primo contatto del paziente con l'attività specialistica ed è obbligatoria. Sono escluse le visite di controllo e le prestazioni successive al primo accesso, programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, nonché le prestazioni di screening. Tale indicazione è determinante per l'inserimento della relativa prenotazione nella specifica agenda.

Non possono essere prescritte sulla stessa impegnativa due prestazioni della stessa branca con priorità di accesso diverse. Tutte le prestazioni in cui non è indicata la classe di priorità si intendono come prestazioni programmate.





## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

In ambito ospedaliero le modalità di accesso sono più consolidate e specificatamente disciplinate dovendo indicarsi nella prescrizione la classe di priorità solo per i ricoveri ordinari programmati, programmati con pre ospedalizzazione e per tutti i ricoveri diurni, secondo le quattro classi previste ed indicate nel Disciplinare tecnico Flussi Informativi della Regione.

Il monitoraggio dei tempi di attesa riguarderà i primi accessi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e le prestazioni in regime di ricovero.

### 2.1 e) Definizione e criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe di priorità e di quelle senza indicazione di priorità

Al fine di uniformare i criteri e le modalità di attribuzione delle classi di priorità, nonché la gestione delle corrispondenti liste di attesa, entro tre mesi dall'approvazione del presente PRGLA sarà istituito uno specifico tavolo tecnico coordinato dalla Regione che dovrà elaborare opportune Linee Guida relative alla definizione del sospetto diagnostico e la conseguente casistica che giustifica il ricorso a determinate prestazioni con specifica priorità e come definire quest'ultima sia per le prestazioni ambulatoriali, sia per quelle in regime di ricovero.

La definizione di tali Linee Guida deve passare attraverso:

- l'analisi dei bisogni dell'utenza e delle dinamiche di come si traducono tali bisogni in domanda (appropriata o inappropriata) e come è organizzata la conseguente offerta;
- la definizione di Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) concordati con gli specialisti, individuando le aree più critiche e prevedendo eventualmente un adeguato periodo di sperimentazione.

Questi aspetti rivestono particolare rilevanza soprattutto per le aree particolarmente critiche, come ad esempio la diagnostica per immagini ad elevata tecnologia e ad alto costo (per es. TAC, RMN) per le quali si registra un elevato ricorso, spesso inappropriato, in relazione al quesito diagnostico e determinando, in parte, l'incapacità del sistema di garantire le stesse laddove, invece, è necessario.

### 2.1 f) Monitoraggio dell'aderenza tra quesito diagnostico, prestazione prescritta/erogata e classe di priorità

Il tavolo tecnico preposto alla definizione delle Linee Guida per l'indicazione e l'attribuzione delle classi di priorità, porrà in essere una valutazione campionaria sulle prestazioni erogate con riferimento alla corrispondente prescrizione, in modo da monitorare l'aderenza con le Linee Guida emanate. Tale rilevazione sarà avviata con modalità e tempistiche definite dallo stesso tavolo tecnico.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 2.1 g) Formazione

È necessario pianificare azioni di informazione/formazione rivolte ai prescrittori, coordinate a livello regionale e declinate in ogni realtà aziendale con la finalità di fornire indicazioni per la corretta prescrizione. Inoltre, saranno definiti interventi volti a disincentivare il perdurare di modalità non conformi di compilazione.

### **2.2 - Diffusione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici**

Il PNGLA stabilisce che le Regioni sono tenute ad avviare dei percorsi integrati (specialistica ambulatoriale e attività ospedaliera) che abbiano un accesso preferenziale e canali definiti, ossia i percorsi diagnostico terapeutici. Questi sono riferiti a due aree specifiche, quella cardiovascolare e quella oncologica. Nel PNGLA è previsto che il loro monitoraggio sia attuato secondo quanto predisposto dall'Agenas e sui risultati preliminari di tale monitoraggio le Regioni si esprimeranno per definire i relativi tempi massimi da garantire.

Il PNGLA prevede per quanto riguarda i PDT nell'area oncologica:

- lo sviluppo di un'assistenza in rete del malato oncologico, che investa non solo la diagnosi ed il percorso di cura nei day hospital o day surgery, ma che comprenda anche un coordinamento con i servizi territoriali (assistenza domiciliare, riabilitazione, cure palliative);
- la prima visita oncologica va eseguita entro 30 giorni dalla prenotazione;
- non possano trascorrere più di 30 giorni dall'indicazione clinica all'inizio della terapia (intervento, chemioterapia, radioterapia ecc.);

e per quanto riguarda i PDT nell'area cardiovascolare:

- lo sviluppo di un'assistenza in rete, che preveda collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento specializzati e che comprenda un'integrazione con i servizi di emergenza, con le strutture riabilitative e di lungodegenza, attraverso l'utilizzo di protocolli operativi condivisi;
- la prima visita cardiologica va eseguita entro 30 giorni dalla prenotazione;
- dovranno essere stabiliti tempi di attesa adeguati tra diagnosi e inizio dell'attività terapeutica. Comunque l'attesa non potrà essere superiore a 30 giorni.

Con successivo provvedimento, sulla base delle Linee Guida stabilite a livello nazionale, saranno definiti e condivisi i PDT a livello regionale. In ogni caso, la Regione si impegna ad assicurarne la diffusione, l'implementazione e il monitoraggio sul proprio territorio.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Per le patologie oggetto di monitoraggio i tempi di attesa sia per la fase diagnostica, sia per l'inizio della fase terapeutica (dal momento dell'indicazione clinica) dovranno essere garantiti entro 30 giorni per almeno il 90% dei pazienti.

Il relativo monitoraggio dei PDT sarà effettuato a livello regionale secondo la "metodologia per la verifica dei tempi d'attesa dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici" predisposta dall'Agenas in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute. Tale monitoraggio è avviato a partire dal secondo semestre 2010 di attività e procederà semestralmente. I risultati preliminari saranno opportunamente verificati successivamente presentati al Ministero.

### **2.3 - Potenziamento del CUP regionale**

La strutturazione e l'organizzazione di un Centro Unificato di Prenotazione regionale (CUP) è un valore aggiunto notevole nel panorama delle attività per il Governo delle Liste di Attesa della Regione. Modello organizzativo portato ad esempio in altre realtà regionali ma che paga il prezzo di dover gestire un territorio vasto, con una bassa densità abitativa e con una distribuzione disomogenea dei punti di accesso e di erogazione, nonché con differenti livelli di organizzazione e gestione locale.

Il CUP regionale, attualmente, presenta punti di forza e criticità diversamente distribuiti nel territorio. In un contesto dove l'appropriatezza prescrittiva è la giusta partenza del processo di governo e la gestione delle prenotazioni è la conseguente prosecuzione, non si può prescindere da un sistema CUP solido e capillare sia nella visibilità delle agende di prenotazione, sia nella copertura dell'offerta di prestazioni disponibile. La corretta messa a regime del CUP regionale deve prevedere percorsi certi per l'utenza, mediando tra l'ambito temporale di garanzia e la reale accessibilità territoriale all'offerta, in base a specifiche indicazioni per gli operatori del servizio.

L'organizzazione del sistema dovrà gestire funzionalmente le prenotazioni in tre aree sub-regionali (Nord, Centro e Sud) che comprendono i territori delle ASL di Sassari e Olbia, delle ASL di Nuoro, Lanusei ed Oristano e delle ASL di Cagliari, Carbonia e Sanluri. Le attività di ciascuna area sono coordinate da una cabina di regia che opera congiuntamente con tutte le corrispondenti strutture aziendali e si coordina, a sua volta, con il livello regionale. Tale organizzazione permette, una volta che il sistema è a regime, di valutare il reale bisogno di prestazioni e la corrispondente organizzazione dell'offerta, col raggiungimento dell'autocontenimento del bisogno per ogni bacino e, eventualmente, le opportune strategie di coinvolgimento degli altri bacini a garanzia dell'erogazione.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.3 a) Mandato e sostegno alle segreterie CUP aziendali nelle attività di gestione delle agende

Le attività del CUP regionale devono distribuirsi in maniera capillare ed integrarsi a livello aziendale; le relative segreterie devono ricevere opportuno mandato sia in relazione alla comunicazione interna, sia in riferimento al coordinamento regionale in modo da massimizzare l'omogeneità delle definizioni, delle regole e delle procedure, fatte salve le specificità di ciascuna realtà organizzativa o struttura erogante.

In una fase iniziale, per perseguire gli obiettivi di governo delle liste propri del Piano, le segreterie aziendali dovranno avere forte sostegno per la messa a regime di tutta l'attività di erogazione (istituzionale, ALPI, privato accreditato) in agende informatizzate dedicate gestite dal CUP regionale, in modo da poter organizzare l'idonea offerta a risposta della domanda appropriata che giunge dal territorio. Le segreterie aziendali, inoltre, devono mantenere relazioni tra loro ed insieme al Gruppo di Coordinamento CUP Regionale (GCCR) sia in questa fase, sia nel mantenimento dei raggiunti livelli di qualità e copertura del servizio. Il GCCR dovrà, a sua volta, raccordarsi con la direzione politica ed amministrativa dell'Assessorato alla Sanità.

Le attività del GCCR sono, altresì, essenziali per le opportune sinergie tra le varie segreterie CUP delle Aziende Sanitarie Locali e quelle delle Aziende Ospedaliero-Universitarie e della Azienda Ospedaliera Brotzu, al fine di organizzare opportunamente (in base a specifici accordi inter-aziendali) quali e quante agende, inserite a sistema, debbano avere visibilità esterna e la loro stratificazione per tipologia di accesso e classe di priorità anche in relazione alla garanzia temporale. Tale coordinamento è essenziale per uniformare su tutto il territorio regionale sia i criteri generali di Governo, sia gli interventi di adeguamento (normativi, strutturali e di processo) nella gestione delle agende.

### 2.3 b) Aumento, capillarizzazione ed ottimizzazione dei canali di accesso al CUP da parte dell'utenza

Al fine di gestire tutta l'offerta disponibile in un sistema unico di prenotazione, è necessario migliorare l'accessibilità alle prestazioni attraverso il potenziamento del numero di operatori di front office sia di sportello, sia del canale telefonico dedicato regionale (1533) ed aziendale. Tale potenziamento sarà attuato gradualmente in base alle valutazioni (regionali e locali) sull'andamento della domanda.

L'efficacia del sistema si persegue mantenendo alta la condivisione tra le aziende nell'ottimizzare gli interventi, con la supervisione del GCCR in raccordo con le specifiche strutture aziendali che gestiscono i servizi di prenotazione.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.3 c) Potenziamento delle attività di registrazione (front e back office) delle prestazioni comunque erogate e di valutazione della qualità dei dati e dell'appropriatezza delle prescrizioni

La registrazione delle prestazioni erogate è requisito di base per il monitoraggio delle stesse e per la valutazione dell'aderenza delle prescrizioni ai requisiti di appropriatezza. Alcune di queste attività, se attuate contestualmente all'erogazione riducono quelle di back office e migliorano capacità operativa del sistema nel suo complesso.

Nel dettaglio, assume particolare importanza l'accettazione diretta del paziente esente presso l'unità erogante e la relativa registrazione dell'avvenuta prestazione in una agenda informatizzata dedicata. In tal modo, l'utente non deve passare per lo sportello ticket e si ottiene una rilevazione più completa ed accurata dell'erogato, permettendo contestualmente il decongestionamento degli sportelli e riducendo le attività differite di back-office. Questa soluzione, si è dimostrata idonea ad evitare molti degli errori che si riscontrano nelle attività di back office (mancata registrazione dell'esecuzione della prestazione, errate interpretazioni delle impegnative, difficoltà nella ricerca anagrafica etc.) dove, non potendo contattare direttamente l'utenza, si perdono molte informazioni o sono raccolte in modo errato.

Nel panorama regionale, quasi tutte le Aziende si stanno orientando in tal senso, anche grazie all'ausilio del sistema Cartella Clinica Ambulatoriale (CCA) che permette la strutturazione e l'accesso al Piano di Lavoro completo con l'elenco di tutti i pazienti che dovranno fruire della prestazione, siano essi prenotati tramite CUP (pazienti esterni) o registrati con richieste di consulenza interna (pazienti interni).

Si ritiene, pertanto, necessario promuovere l'utilizzo della CCA e, nella fase transitoria, comunque procedere ad un potenziamento delle attività di back office direttamente nelle strutture eroganti o con l'attivazione di un processo di ritorno dei piani di lavoro aggiornati (con l'informazione della avvenuta erogazione della prestazione) ad un organo centrale aziendale (segreteria o gruppi di lavoro ad hoc) dedicato a quest'attività.

Altro possibile supporto alla valutazione della qualità dei dati è rappresentato dall'integrazione tra il sistema CUP e le procedure di Laboratorio Analisi e Radiologia che, come dimostra l'esperienza già maturata da alcune aziende, permette di ridurre sensibilmente il carico di lavoro del back office grazie ad un processo di accettazione/registrazione unica.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.3 d) Messa a regime di tutta l'attività specialistica ambulatoriale istituzionale nel CUP regionale in agende di prenotazione specifiche, con separazione tra primi accessi e successivi e, limitatamente ai primi accessi, con differenziazione per classe di priorità

È stato più volte accennato come sia essenziale, per il Governo delle Liste di Attesa, procedere all'informatizzazione di tutte le agende cartacee ancora presenti al fine di garantire la disponibilità della totalità delle prestazioni per esterni nel sistema di prenotazione regionale. Tale obiettivo, perseguito sin dall'istituzione del CUP regionale, richiede una azione corale più incisiva e determinante che coinvolga i vari livelli aziendali di erogazione.

Per attuare tale processo di informatizzazione è necessario un ulteriore consolidamento delle collaborazioni tra le strutture operative dedicate alla creazione/gestione delle agende (segreterie aziendali) e quelle strategico direzionali (direzioni aziendali). Fondamentale è individuare formalmente una cabina di regia aziendale col compito di supportare e promuovere l'attività di informatizzazione delle agende sia attraverso azioni dirette sulle strutture eroganti (proprietari delle agende), sia in collaborazione con le segreterie aziendali (gestori delle agende).

La cabina di regia regionale e quella aziendale, sono i veri terminali del Governo delle Liste di Attesa, poiché esse, una volta a regime, saranno in grado di intervenire sui processi, monitorarne l'attività e valutarne il risultato.

A livello regionale, nonché in quello aziendale, è necessario porre in essere tutte le azioni finalizzate a incentivare l'inserimento delle agende nel sistema informatizzato e prevedere opportuni disincentivi al loro mantenimento in cartaceo.

Come definito in precedenza, l'informatizzazione delle agende deve prevedere la loro differenziazione per tipologia di accesso (primi accessi e successivi), per consentire un migliore controllo della domanda e l'analisi appropriata dei tempi d'attesa. La messa a regime delle agende distinte procede di pari passo con la loro differenziazione per classi di priorità, limitatamente ai primi accessi.

### 2.3 e) Integrazione nelle attività tra offerta pubblica e privata accreditata in relazione alle maggiori criticità nel soddisfacimento della domanda appropriata nel territorio

Il ricorso all'attività del privato accreditato può rappresentare un valido strumento da utilizzare per sopperire alle carenze dell'offerta pubblica, specie nelle aree di maggiore criticità e per risolvere quelle estemporaneità che il sistema stesso deve poter prevedere (sospensioni delle agende, particolare picco della domanda, etc.). Per tale



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

motivo, si ritiene che l'offerta di prestazioni debba essere disponibile all'utenza in maniera indistinta, pubblica e privata.

Il ricorso al privato accreditato deve essere, quindi, motivato e tracciabile dentro il CUP regionale ed, inoltre, per esso devono essere previste adeguate risorse aggiuntive. Conseguentemente le varie Aziende committenti devono provvedere all'attività di registrazione degli appuntamenti (prenotazione/disdette) anche per il privato accreditato, oltre a garantire tutta l'attività di coordinamento con le strutture eroganti: creazione e gestione di agende, attivazione dei flussi di comunicazione (invio piani di lavoro, verifica erogato ecc.).

### 2.3 f) Attivazione di percorsi di accesso con specifiche agende informatizzate per l'ALPI e l'ALPI allargata. Gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni erogate a carico del SSN

L'analisi delle differenti realtà aziendali mostra come la libera professione sia solo in piccola parte gestita con agende informatizzate e che l'accesso alle prestazioni avviene in massima parte attraverso il contatto diretto tra utente e professionista.

Le aziende devono uniformare i percorsi di accesso per l'Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI), prevedendo contestualmente il caricamento sul sistema CUP regionale di tutte le agende dedicate. Inoltre, al fine di garantire un accesso equo e trasparente alle attività libero professionali, come previsto dal comma 3 art. 15-quinquies Decreto Legislativo 19 giugno 1999 n° 229, si dovrà mantenere il corretto equilibrio fra attività istituzionale ed ALPI. Le prestazioni erogate in regime di ALPI devono essere le stesse erogate dalle corrispondenti unità organizzative e previste dal Nomenclatore tariffario regionale, ossia le prestazioni devono essere fruibili anche in regime istituzionale con le stesse modalità organizzative di esecuzione e devono garantire gli stessi livelli qualitativi. Inoltre, ciascuno specialista non può superare un volume di prestazioni o di orario rispetto a quello previsto per i compiti istituzionali.

A livello aziendale è necessario garantire un canale di informazione univoco per gli utenti che vogliono usufruire dell'ALPI; creare specifiche agende e gestire in modo centralizzato le prenotazioni delle prestazioni erogate in ALPI, secondo percorsi documentati e definiti dai professionisti e con modalità chiaramente distinguibili rispetto a quelle relative alle attività istituzionali; monitorare l'ALPI e verificare il corretto equilibrio con le prestazioni erogate in attività istituzionale.

L'ALPI deve essere gestita predisponendo delle agende differenziate da quelle attivate in regime di SSN con un canale differente per l'accesso (numero di telefono, sportello dedicato e modalità differente di compartecipazione alla spesa).



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.3 g) Gestione delle agende per i percorsi diagnostico-terapeutici

La sempre maggiore diffusione di specifici pacchetti integrati di prestazioni che individuano percorsi diagnostico-terapeutici (PAC e PACC) determina l'esigenza di una loro gestione all'interno del CUP con l'individuazione di agende distinte, in modo da non creare sovrapposizione con le singole prestazioni componenti. Tale gestione permette sia l'inserimento del paziente in un determinato canale entro la struttura erogante, sia il monitoraggio dell'attività svolta e la coerenza con i protocolli assistenziali.

### 2.3 h) Vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni con attivazione di percorsi alternativi per l'accesso

Il realizzarsi estemporaneo e non prevedibile di situazioni che impediscono l'erogazione delle prestazioni rappresenta un evento che può verificarsi in qualunque contesto e per svariati motivi (guasto macchina, indisponibilità del personale, etc.) ma ciò non deve impedire la continuità della prenotazione e conseguente erogazione, in particolar modo per le prestazioni a garanzia temporale. Oltre a rispondere a specifico monitoraggio, la sospensione delle agende deve essere gestita attivando percorsi alternativi mantenendo inalterate modalità e priorità di accesso. In tal modo si garantisce la continuità del servizio di prenotazione, l'informazione sulla presa in carico e la comunicazione della data di nuova prenotazione.

La gestione delle sospensioni nell'ambito del CUP regionale implica la condivisione delle procedure da parte di tutte le strutture aziendali, a garanzia di uniformità del trattamento dell'utenza in tutto il territorio regionale: tutti i punti d'accesso alla prenotazione devono conoscere la modalità alternativa attivata dall'Azienda per fornire la corretta informazione agli utenti, indipendentemente dalla loro localizzazione geografica.

### 2.3 i) DROP-OUT

Il fenomeno del drop-out, o gestione delle disdette, incide in modo considerevole sull'aumento dei tempi di attesa. Tra le cause più frequenti del fenomeno si individuano la cessazione del problema che aveva indotto la richiesta; la scelta di un altro erogatore pubblico o privato con tempo inferiore; la scelta di rivolgersi all'erogatore non in regime SSN.

L'utenza deve avere consapevolezza del fatto che la disdetta di un appuntamento consente di migliorare l'efficienza del sistema rendendo la prestazione sanitaria non usufruita disponibile per un altro utente. Considerata di fondamentale importanza la sensibilizzazione dell'utenza alla disdetta, si ritiene indispensabile procedere all'avvio di campagne informative dedicate. Inoltre, in futuro potrebbero essere valutate anche azioni





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

per incentivare/disincentivare l'utenza che omette la disdetta, ma tali azioni devono essere associate ad una coerente ed efficiente organizzazione del sistema.

Per facilitare l'accesso alla disdetta occorre attuare alcune azioni tecniche e organizzative, come: l'attivazione di un canale telefonico preferenziale, indipendente da quello per la prenotazione; il potenziamento del servizio di RECALL in cui si ricorda all'utente la visita e nel caso in cui non fosse intenzionato ad effettuare la prestazione si passerebbe all'immediata disdetta; la predisposizione di sistemi di promemoria automatizzati, via SMS o email, che ricordi la data e il luogo in cui l'utente effettuerà la prestazione.

Il fenomeno dei DROP-OUT è condizionato dalle prenotazioni duplicate, pertanto, avere le agende di tutte le strutture eroganti condivise su uno stesso sistema permetterà di impostare dei controlli durante le fasi di prenotazione che bloccano la replica di una stessa richiesta. Ragion per cui è auspicabile il caricamento sul sistema CUP regionale di tutte le agende di prenotazione (pubbliche, ALPI e la parte del privato accreditato). Allo stesso modo occorre aumentare i controlli, sia sul sistema informatico, sia sulle attività degli operatori di front office per la riduzione del numero di prenotazioni senza impegnativa o errate.

### **2.4 Aumento della capacità di erogazione delle prestazioni**

Tra le azioni strategiche per il governo delle liste di attesa può considerarsi anche l'aumento dell'offerta di prestazioni, che da sola non ne garantisce il risultato; l'incremento dell'offerta pubblica deve essere prioritariamente accompagnata da una riorganizzazione efficiente e efficace di tutti i processi produttivi, per ottimizzare le attività del personale e l'utilizzo della strumentazione. Nell'ipotesi in cui tali azioni risultassero non sufficienti al raggiungimento dell'obiettivo le aziende potranno procedere al potenziamento della capacità di erogare prestazioni.

#### 2.4 a) Potenziamento e razionalizzazione dell'offerta pubblica nelle aree critiche anche con riferimento al miglioramento dei processi produttivi (risorse umane, logistiche, strumentali e tecnologiche/infrastrutturali)

L'azienda deve valutare le prestazioni che presentano liste d'attesa particolarmente critiche adottando come parametri di valutazione i volumi di attività, il numero di prenotazioni, il numero di utenti in attesa, l'orario di apertura degli ambulatori e il numero di sedute operatorie, il personale dedicato e la strumentazione utilizzata.

Tale attività di analisi delle criticità deve essere espressamente disciplinata nei Piani Attuativi Aziendali (PAA – vedi oltre).

Una volta verificate le criticità, come sopra esposto, l'azienda pone in essere le seguenti azioni finalizzate alla risoluzione delle medesime:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- ottimizzazione nell'organizzazione dei turni e nella mobilità del personale dedicato;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature tecnologiche nelle strutture pubbliche, dedicate agli utenti interni, garantendo il massimo della produttività (valutando la possibilità di estensione degli orari di apertura per prestazioni a favore degli utenti esterni);
- incremento orario, secondo le disposizioni dei CCNL, per gli specialisti ambulatoriali ospedalieri;
- coinvolgimento degli specialisti ambulatoriali interni mediante attivazione di progetti finalizzati ex art. 31 ACN;
- governo appropriato della domanda per eliminare la duplicazione degli accessi alle prestazioni in area critica;
- accesso differenziato in funzione della priorità clinica e all'interno di percorsi dedicati;
- organizzazione di sedute operatorie aggiuntive da effettuarsi nell'ambito dell'attività libero professionale aziendale in equipe intramuraria vincolate al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per quelle tipologie di intervento caratterizzati da maggiore criticità.

### 2.4 b) Coinvolgimento del privato accreditato a garanzia dell'erogabilità delle prestazioni sugli assi spazio e tempo anche prevedendo un giustificato aumento del fatturato rispetto ai tetti di spesa;

Le aziende valutano la possibilità di procedere ad un incremento delle prestazioni per le aree di maggiore criticità attraverso la stipulazione di appositi contratti aggiuntivi con le strutture private accreditate anche nell'ottica della complementarità ed integrazione alle attività erogate dalle strutture pubbliche.

Il coinvolgimento della struttura comporta necessariamente l'inserimento nel sistema CUP aziendale e l'ubicazione all'interno del bacino di utenza aziendale, al fine di garantire la capillare distribuzione sul territorio degli erogatori.

### 2.4 c) Individuazione di modalità di accesso alle prestazioni ambulatoriali alternative nel caso in cui l'offerta aziendale non garantisce i tempi massimi di attesa

L'azienda deve in ogni caso garantire, presso le strutture pubbliche o private l'effettuazione della prestazione entro i tempi massimi stabiliti. Nel caso in cui l'offerta ordinaria aziendale non sia in grado di garantirne l'erogabilità, l'azienda può ricorrere ad un'adeguata organizzazione dell'ALPI aziendale o a strutture non di propria competenza, senza aggravii e oneri aggiuntivi per l'utente.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 2.4 d) Adeguata organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria aziendale nell'ambito del governo delle liste di attesa, per le prestazioni di aree particolarmente critiche.

L'offerta di prestazioni, in particolar modo nelle aree critiche, integrata attraverso il ricorso alle prestazioni rese in Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI), deve essere opportunamente organizzata secondo le linee di indirizzo ex DGR 17 novembre 2009, n. 51/21 e i limiti di cui alla Legge 3 agosto 2007, n. 120. Le relative prenotazioni devono essere gestite con le stesse modalità dell'offerta istituzionale e tramite gli stessi canali, tenendo opportunamente conto che, i volumi di attività delle prestazioni in ALPI non devono superare comunque, globalmente considerati, il 50% di quelli relativi all'attività istituzionale.

### 2.4 e) Copertura del servizio di accertamento diagnostico in maniera continuativa presso gli ospedali e nelle altre strutture ambulatoriali pubbliche e, ove possibile e opportuno, presso le strutture private accreditate nei limiti di spesa indicati dalla L.R. 19 gennaio 2011, n°1 all'art. 13 comma 1

L'azienda attua nel proprio territorio, iniziative dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana. A tal fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare l'offerta dei servizi (così come previsto dalla L. 27 dicembre 2002, n. 289). A seguito di specifici accordi con i singoli erogatori tale finalità può essere estesa anche alle strutture private.

## **2.5 - Ammodernamento tecnologico**

L'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni diagnostiche, con particolare riferimento a quelle strumentali per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa, trova nel presente Piano alcune azioni strategiche e sinergiche da attuarsi attraverso il potenziamento e la razionalizzazione dell'offerta pubblica nelle aree critiche e riguardanti la dotazione e l'utilizzo del patrimonio tecnologico. Le azioni individuate riguardano:

- censimento ex ante del patrimonio tecnologico regionale e verifica dei reali livelli di produttività delle apparecchiature;
- piano aziendale di razionalizzazione dell'utilizzo e manutenzione delle apparecchiature;
- piano regionale di ammodernamento tecnologico.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.5 a) Censimento ex-ante del patrimonio tecnologico regionale e verifica dei reali livelli di produttività delle apparecchiature

La conoscenza del patrimonio tecnologico regionale rappresenta uno strumento fondamentale per il governo della spesa sanitaria e riveste estrema rilevanza in particolare per la valutazione delle condizioni di utilizzo, dello stato di obsolescenza, del livello quali-quantitativo della dotazione tecnologica delle singole Aziende Sanitarie e di tutte quelle criticità che possono influenzare la capacità di erogazione delle prestazioni strumentali.

La Regione Sardegna, in collaborazione con l'Agenas, ha attivato uno specifico programma di ricerca finalizzato al monitoraggio della dotazione, degli acquisti e dei prezzi di un rappresentativo campione di tecnologie biomediche, con l'obiettivo di dotarsi della base informativa necessaria a conoscere sistematicamente la situazione del patrimonio tecnologico della regione. L'insieme delle informazioni raccolte sarà utilizzato per la valutazione di detto patrimonio e dell'appropriatezza del suo utilizzo, nonché per avere elementi oggettivi nell'attività di pianificazione e programmazione degli investimenti in tecnologie.

Le informazioni derivanti dal censimento ex-ante e, comunque, dall'analisi delle informazioni in possesso delle Aziende Sanitarie, permetterà di verificare il reale livello di produttività delle apparecchiature utilizzate per quelle prestazioni strumentali per le quali devono essere garantiti i tempi massimi di attesa. I dati di monitoraggio costituiranno la base di elaborazione nella redazione dei singoli piani aziendali di razionalizzazione.

### 2.5 b) Piano aziendale di razionalizzazione dell'utilizzo e manutenzione delle apparecchiature

Il PPA (vedi oltre), assieme alle azioni finalizzate al governo della domanda delle prestazioni, dovrà prevedere un piano di razionalizzazione per un efficiente utilizzo delle apparecchiature in base ai reali livelli di produttività.

Un efficiente utilizzo delle apparecchiature, infatti, può richiedere l'aumento del numero di ore di funzionamento delle stesse ed un conseguente impegno orario del personale impiegato. Appare opportuno prendere in considerazione anche la possibilità di realizzare, laddove le condizioni logistiche lo consentano, una concentrazione delle strumentazioni, in particolare di quelle ad alto livello tecnologico, tale da produrre un utilizzo più razionale delle stesse ed una minore dispersione di risorse. Analoga valutazione sulla possibilità di concentrazione delle risorse economiche e professionali potrà interessare il processo di gestione della manutenzione delle apparecchiature. Naturalmente tali interventi dovranno essere compiuti solo dove ciò non sia di ostacolo all'accesso del paziente al servizio offerto.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.5 c) Piano regionale di ammodernamento tecnologico

L'analisi delle criticità evidenziate nei vari piani aziendali permetterà di individuare le cause per le quali è possibile intervenire in parte con le risorse destinate per l'attuazione del presente PRGLA, quali le carenze strutturali, lo stato di insufficienza della dotazione strumentale, la condizione di inefficacia e inadeguatezza delle tecnologie disponibili. In aggiunta è in fase di definizione uno specifico programma di investimenti a livello regionale in materia di ammodernamento tecnologico.

A tale proposito sarà cura della Regione avvalersi di dette analisi in occasione della programmazione dei Piani Regionali di investimento, destinando le necessarie risorse per gli interventi di ammodernamento tecnologico.

Detta analisi sarà altresì considerata come elemento imprescindibile per l'individuazione degli obiettivi e delle priorità relativamente all'aggiornamento della dotazione tecnologica del SSR, sia in sede di elaborazione degli Accordi di programma che la Regione sottoscriverà con il Ministero della Salute nell'ambito del Programma straordinario di investimenti in sanità ex art. 20 Legge n. 67/88, sia in occasione di eventuali programmi di investimento con specifica destinazione, sostenuti da finanziamento regionale, statale o comunitario, quali, ad esempio, i POR-FESR per l'ammodernamento tecnologico.

### **2.6 Monitoraggio delle liste di attesa**

Tra le misure per il governo delle liste di attesa il PNGLA promuove il monitoraggio ex ante ed ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1, il monitoraggio delle attività di ricovero di cui al paragrafo 3.2, il monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni, il monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico ed il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI.

In Regione sono stati attivati specifici flussi informativi di cui si riportano le caratteristiche (ambiti, contenuti informativi, modalità e tempi di trasmissione) coerenti alle linee guida emanate dal Ministero della Salute, in accordo con le Regioni, Province Autonome e Agenas, "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa".

Le Aziende Sanitarie sono tenute a garantire le attività di monitoraggio di seguito descritte e, laddove necessario, saranno aggiornati i contenuti del Disciplinare Tecnico Flussi Informativi e saranno indicate da parte dell'Assessorato della Sanità le modalità tecnico – operative di attivazione.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.6 a) Monitoraggio ex-ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

In ottemperanza al punto 7.1 del PNGLA, la Regione Sardegna ha avviato il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante. Per il primo anno il monitoraggio è limitato alle 21 prestazioni indicate nelle note formali inviate alle aziende sanitarie in occasione dell'avvio, mentre dal 2012 sarà esteso a tutte le 43 prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Le aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie devono essere considerate come erogatori delle ASL nel cui territorio sono collocate.

Tale monitoraggio fornisce una misura prospettica del potenziale tempo di attesa, calcolato come periodo che intercorre tra la data di prenotazione (coincidente con la data di rilevazione) e la data assegnata per l'effettuazione della prestazione richiesta nell'ambito del bacino di garanzia.

Ogni ASL definisce l'ambito di garanzia, che coincide di norma con il proprio territorio, ma può essere esteso oltre i confini territoriali, previa stipula di accordi tra ASL confinanti o con altre Aziende Sanitarie (ad esempio nord, centro e sud Sardegna), anche limitatamente alle prestazioni più critiche, per individuare strutture a garanzia dei tempi massimi di attesa.

Per ulteriori indicazioni sulle modalità di definizione dei bacini di garanzia e attivazione nel processo del CUP la Regione rimanda all'attività di specifici gruppi di lavoro.

La data assegnata per l'effettuazione della prestazione non necessariamente coincide con la prima disponibilità, ma potrebbe essere posticipata o anticipata, in virtù della libertà di scelta dell'utenza o in relazione alla riorganizzazione del sistema (disdette, pulizie delle liste, ecc.) pertanto è necessario rilevare la garanzia dei tempi massimi di attesa.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per le prestazioni che costituiscono prima visita o primo accesso diagnostico/terapeutico e per le classi di priorità B e D. Sono escluse dal presente monitoraggio le prestazioni in regime di emergenza/urgenza clinica, visite/esami di controllo intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, prestazioni inserite in programmi di screening e le prestazioni in ALPI.

La Regione si riserva di attivare il monitoraggio anche per le altre classi di priorità (U e P), per obiettivi propri ed un'informazione più completa.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

### 2.6 b) Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, sarà effettuato, con cadenza mensile, attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 col decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio.

La rilevazione dei dati riguarda le prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei Piani Attuativi Aziendali a garanzia dei tempi massimi di attesa (ossia le strutture nelle quali l'Azienda Sanitaria si impegna a garantire i tempi massimi al 90% degli utenti che ne fanno richiesta).

Tale monitoraggio fornisce una misura consuntiva del tempo effettivo di attesa, calcolato come periodo che intercorre tra la data di prenotazione (contatto CUP o altra modalità di accesso) e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Nella DGR n° 46/44 del 27/12/2010 si precisa come la garanzia di disponibilità e qualità delle informazioni necessarie a tale monitoraggio sia anche un impegno della Regione nei confronti del Ministero della Salute all'interno degli adempimenti LEA, a partire dal IV trimestre 2010. Il raggiungimento degli standard minimi richiesti a livello ministeriale (70% per il IV trimestre 2010 e 90% a partire dal 1 gennaio 2011) impone l'avvio e la messa a regime di una serie di interventi nei processi di governo delle attività connesse al ciclo prescrizione, prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale da attuare a livello di ogni Azienda Sanitaria e inerenti le modalità di accesso con classificazione della priorità e dell'ambito assistenziale idoneo (primi accessi e controlli) a garanzia dell'appropriatezza temporale.

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del monitoraggio stesso, limitatamente alle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA e nelle strutture indicate nei Piani Attuativi Aziendali a garanzia dei tempi massimi di attesa. Conseguentemente, sarà opportunamente aggiornato il Disciplinare Tecnico Flussi Informativi

La Regione provvederà con propria nota a comunicare i contenuti informativi, modalità e tempi di trasmissione.

### 2.6 c) Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri in regime ordinario e diurno

Il monitoraggio ex post del fenomeno delle liste di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero sarà effettuato attraverso il flusso delle schede di dimissione ospedaliera (SDO), calcolando il tempo intercorso tra



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

l'iscrizione nella specifica lista e la data di ricovero. A tale scopo il Decreto Ministeriale 8 luglio 2010, n. 135 sul "*Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380*" ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità. Inoltre, per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal mattone "*Tempi di attesa: linee guida per le agende di prenotazione per i ricoveri ospedalieri programmati*" tenuto conto di quanto già disciplinato dall'art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA effettuati presso tutte le strutture indicate nei Piani Attuativi Aziendali.

### 2.6 d) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 (L. 266/2005) fa divieto alle aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, prevedendo anche delle specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284). Resta invece la possibilità di interruzione delle attività di erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici.

Con circolare del 30.01.2009 il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni le "Linee guida per la rilevazione delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'ambito del monitoraggio dei tempi di attesa".

La Regione rimanda la definizione di procedure operative da adottare per la gestione delle eventuali sospensioni ad uno specifico tavolo tecnico, in quanto si ritiene fondamentale la condivisione interaziendale tra direzioni aziendali e i relativi servizi CUP.

La rilevazione si riferisce alla sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di determinate regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente e soggette ad adeguati interventi a garanzia dell'erogabilità delle prestazioni in maniera alternativa.

Il monitoraggio riguarda le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano, all'interno della struttura, altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.





## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Le informazioni sulle sospensioni dell'erogazione dei servizi devono essere rilevate al verificarsi degli eventi presso le strutture erogatrici a partire dal 1 gennaio 2011 e trasmesse da parte delle Aziende Sanitarie alla Regione con cadenza semestrale. Fino al I semestre 2011 tale monitoraggio si svolgerà secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre a partire dal II semestre 2011 si prevede di effettuare la sperimentazione di una nuova modalità di raccolta delle informazioni relative al suddetto ambito di monitoraggio.

### 2.6 e) Monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI)

Il PNGLA da mandato ad Agenas di individuare - in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le P.A. - le procedure per il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali libero professionali di cui al paragrafo 3.1, erogate a favore e a carico dell'utente, e di trasmettere annualmente al Ministero della Salute e all'Osservatorio Nazionale per l'Attività Libero Professionale i risultati di tale attività.

Successivamente alla trasmissione di apposite linee guida da parte del Ministero, la Regione provvederà con propria nota a comunicare le date nelle quali dovranno essere effettuate le rilevazioni, con indicazione di relative modalità e strumenti.

### **Art. 3 Piani Attuativi Aziendali**

Entro sessanta giorni dall'adozione del presente piano, in base a quanto in esso definito, le Aziende Sanitarie adottano un proprio Piano Attuativo Aziendale (PAA) che dovrà essere inviato al competente ufficio regionale che ne valuterà le azioni proposte e la loro congruenza rispetto alle indicazioni contenute nel PRGLA, rendendo noto successivamente le risultanze di tali analisi all'Azienda.

Nel PAA dovrà essere indicato:

- il recepimento dei tempi massimi di attesa definiti dalla Regione Sardegna per le prestazioni di cui al paragrafo 3 del PNGLA (Tabelle 1 e 2);
- l'impegno ad adottare le linee di intervento per un approccio strategico al problema del governo delle liste di attesa indicate nel PRGLA;
- il piano aziendale di razionalizzazione e manutenzione delle apparecchiature in riferimento alla dotazione strumentale ed al loro utilizzo per l'abbattimento delle liste di attesa;



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le strutture erogatrici nell'ambito delle quali sono garantiti, almeno al 90% dei cittadini richiedenti, i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al paragrafo 3 del PNGLA (Tabelle 1 e 2);
- le procedure e i canali adottati per assicurare la diffusione, l'informazione e la comunicazione sui tempi di attesa;
- il piano di previsione delle spese in base alle somme destinate ad ogni linea di intervento.

Ogni anno le Aziende Sanitarie dovranno adeguatamente aggiornare il proprio PAA al fine di consentire il monitoraggio periodico dello stato di attuazione delle attività previste dal PRGLA.

L'attuazione dei PAA è considerata elemento tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie.

### **Art. 4 - Azioni per la trasparenza delle liste di attesa**

La Regione e le singole Aziende Sanitarie dovranno porre in essere quanto necessario al fine di rendere evidenti le attività, con particolare riferimento alla pubblicizzazione delle liste di attesa. A tal riguardo (PNGLA, punto 8) è previsto un monitoraggio sistematico, con cadenza annuale, sia per l'ambito ambulatoriale che per quello ospedaliero, realizzato su diversi canali di comunicazione, tra cui i siti web regionali e aziendali. Le modalità del monitoraggio nazionale saranno condivise tra Ministero della Salute, Agenas, Regioni e Province Autonome e si rimanda alle disposizioni che al riguardo saranno emanate dal Ministero.

La Regione Sardegna, inoltre, intende promuovere e comunicare ad un pubblico esteso gli interventi definiti nel presente PRGLA e finalizzati al governo e riduzione delle liste d'attesa. Al riguardo è necessario da un lato pubblicizzare le attività pianificate e, dall'altro, sottolineare come il perseguimento degli obiettivi si ottenga con la fattiva partecipazione di ciascuno degli attori del sistema (decisori, erogatori, prescrittori e utenti) attraverso il loro coinvolgimento attivo in ogni linea di intervento prevista.

A tal fine, la Regione, attraverso una specifica campagna di comunicazione istituzionale, darà la massima diffusione alle iniziative intraprese, privilegiando il più possibile l'integrazione tra i vari strumenti pubblicitari, con l'obiettivo di ottenere una comunicazione efficiente, efficace e capillare. La finalità è evidenziare come il PRGLA intenda promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute e fornire, in maniera adeguata, l'appropriata risposta all'utenza in termini sia clinici che temporali.



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Tabella 1 - Elenco delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA (segue)

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Tabella 1 - Elenco delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA (segue)

PRESTAZIONI STRUMENTALI – DIAGNOSTICA PER IMMAGINI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1; 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4; 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4; 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2
PRESTAZIONI STRUMENTALI – ALTRI ESAMI SPECIALISTICI		
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1; 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Tabella 2 - Elenco delle prestazioni di ricovero di cui al punto 3.2 del PNGLA

PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME DIURNO (DAY HOSPITAL/DAY SURGERY)			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia*	99.25	V58.11
45	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato*	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46- 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale*	53.0x- 53.1x	
PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO			
Numero	Prestazione**	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	85.4x	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Categoria 185
51	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7x ;45.8; 48.5 ;48.6x	Categorie 153–154
52	Interventi chirurgici per tumori dell'utero	68.3x	Categoria 182
53	By Pass Aorto Coronarico (BPAC)	36.1x	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	36.0x	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53	
57	Interventi chirurgici per tumore del Polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2; 28.3	

\* le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

\*\* le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### Normativa e provvedimenti di riferimento

- a. L. 27 dicembre 2002 n°289, art. 52, comma 4, le tt. c);
- b. Accordo Stato-Regioni e P.A. di Trento e Bolzano 11 luglio 2002;
- c. Piano Regionale di Contenimento dei Tempi e delle Liste di Attesa per il triennio 2006-2008 (Deliberazione di Giunta Regionale 4/7 del 30.01.2007);
- d. Sistema CUP - Linee guida nazionali (Intesa Stato-Regioni 29 Aprile 2010);
- e. Piano Nazionale di Governo Liste d'Attesa 2010-2012 - PNLGA (Intesa Stato-Regioni 28 ottobre 2010);
- f. Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (Circolare DG-PROG Ministero Salute n°42754 del 30 dicembre 2010);
- g. Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012;
- h. Deliberazione di Giunta Regionale 46/44 del 27.12.2010;
- i. L.R. n. 1 del 19 gennaio 2011 (art. 13, comma 1);
- j. Deliberazione di Giunta Regionale 20/3 del 26.4.2011.