



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Allegato 1 alla Delib.G.R. n. 3/4 del 27.1.2022

Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa Covid-19

Aggiornamento ai sensi dell'articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234

INDICE

1	IL PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA	- 5 -
1.1	Premessa.....	- 5 -
2	L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA IN EPOCA "PRE COVID-19"	- 6 -
3	LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIPROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ E PROTOCOLLI OPERATIVI AZIENDALI.	- 8 -
4	IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DI ARES SARDEGNA	- 9 -
4.1	Introduzione	- 9 -
4.2	Analisi di contesto	- 9 -
4.3	Metodologia	- 11 -
4.3.1	Accesso alle strutture	- 11 -
4.3.2	Individuazione di percorsi per i positivi al triage	- 11 -
4.3.3	Rimodulazione delle agende CUP.....	- 12 -
4.4	Pianificazione recupero	- 12 -
4.5	Criticità	- 15 -
4.6	Strategia aziendale per l'abbattimento delle liste d'attesa	- 15 -
4.7	Telemedicina	- 17 -
4.8	Attività Libero Professionale Intramoenia	- 17 -
4.9	Conclusioni	- 17 -
5	IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELL'ARNAS "G. BROTZU"	- 18 -
5.1	Introduzione	- 18 -
5.2	Situazione iniziale	- 18 -
5.2.1	Presidio San Michele	- 18 -
5.2.2	Presidio Cao	- 18 -
5.2.3	Presidio Businco	- 19 -
5.3	Metodologia	- 19 -
5.4	Processo e attività	- 20 -
5.4.1	Modalità generali di accesso alle strutture e programmazione delle attività	- 20 -
5.4.2	Fasi - azioni - piano delle attività	- 21 -
5.5	Processo logistico	- 21 -
5.5.1	Identificazione degli accessi delle strutture impattate	- 21 -
5.5.2	Definizione dei percorsi dei pazienti	- 22 -
5.5.3	Stima della capacità disponibile degli spazi esterni ed interni.....	- 22 -
5.5.4	Rivisitazione degli ambienti interni ed esterni.....	- 22 -
5.6	Telemedicina	- 22 -
5.6.1	Piattaforma tecnologica	- 23 -
5.6.2	Kit di telemonitoraggio	- 23 -
5.6.3	Centrale operativa e di supporto tecnologico	- 23 -
5.7	Tecnologie sanitarie.....	- 24 -

5.8	Piano di rientro delle liste d'attesa	- 25 -
5.8.1	Excursus: fasi del lockdown e graduale riapertura dell'attività ambulatoriale	- 25 -
5.8.2	Monitoraggio attività ambulatoriali Piano Nazionale Governo Lista d'Attesa (PNGLA)	- 26 -
5.8.3	Strategia aziendale per abbattimento liste d'attesa	- 27 -
5.9	Conclusioni	- 27 -
6	IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA DELL'AOU DI CAGLIARI	- 28 -
6.1	Scenario di riferimento	- 28 -
6.2	Indirizzi in tema di recupero delle liste d'attesa	- 28 -
6.3	Metodologia	- 29 -
6.3.1	Azioni di sistema	- 29 -
6.3.2	Accesso alle strutture	- 30 -
6.3.3	Individuazione di percorsi per i positivi al triage	- 30 -
6.3.4	Rimodulazione delle agende CUP	- 30 -
6.4	Pianificazione recupero (allegato 3)	- 31 -
6.5	Criticità	- 31 -
6.6	Strategia aziendale per l'abbattimento delle liste d'attesa	- 32 -
6.6.1	Telemedicina/Televisita	- 33 -
6.6.2	Attività Libero Professionale Intramoenia	- 33 -
6.7	Considerazioni finali	- 34 -
7	IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA DELL'AOU SASSARI	- 35 -
7.1	Premessa	- 35 -
7.2	Modalità generali di accesso alle strutture	- 35 -
7.3	Limitazione degli accessi per gli utenti e visitatori	- 35 -
7.3.1	Check Point ingressi	- 36 -
7.4	Limitazione degli accessi e regole per il personale	- 37 -
7.4.1	Il distanziamento interpersonale	- 38 -
7.5	Gestione prenotazioni	- 38 -
7.6	Pagamento ticket prestazioni sanitarie	- 39 -
7.7	Attività ambulatoriale	- 40 -
7.7.1	Modalità di pulizia e sanificazione nelle sale d'attesa e negli ambulatori	- 42 -
7.8	Punti di prelievo	- 43 -
7.9	Diagnostica per immagini	- 43 -
7.10	Altri servizi a potenziale alto flusso di accesso di utenti	- 44 -
7.11	Dotazioni di DPI per gli operatori sanitari in emergenza covid-19	- 44 -
7.12	Logistica e distanziamento fisico	46
7.12.1	Segnaletica	46
7.12.2	Barriere fisiche	46
7.13	Requisiti minimi da indicare nelle singole procedure per la riapertura delle attività ambulatoriali nelle diverse strutture aziendali	46

7.14	Piano di rientro delle liste d'attesa	47
7.14.1	Attività ambulatoriale	47
7.14.2	Telemedicina.....	47
7.14.3	Attività di ricovero	48
7.15	Conclusioni	48
8	DISPOSIZIONI FINANZIARIE	49
8.1	Aggiornamento ai sensi dell'art. 1, commi 276 e ss della legge 30 dicembre 2021, n. 234	51

1 IL PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

1.1 PREMESSA

Con la deliberazione n. 62/24 del 4 dicembre 2021, la Giunta regionale della Sardegna ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) redatto secondo quanto previsto dal Piano Nazionale dei Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) con l'obiettivo di individuare le azioni per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

L'applicazione delle linee di intervento specificate nel Piano, oltre a rendere più efficace ed efficiente l'erogazione delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, ha l'obiettivo di razionalizzare ed eventualmente ridurre le liste d'attesa in particolare individuando strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli coinvolti nel processo di definizione o approfondimento diagnostico, e prevedendo anche modelli di gestione integrata del bisogno di salute del cittadino sui diversi setting assistenziali.

Con l'adozione del Piano, la Giunta ha posto l'obiettivo di garantire la centralità del cittadino nel suo percorso diagnostico e terapeutico attraverso lo strumento della presa in carico, facendo in modo che l'accesso alle prestazioni sia gestito nella sua complessità dalle strutture del sistema sanitario, secondo principi di equità e appropriatezza.

La presa in carico, sia per il paziente cronico che per quello acuto, infatti, rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura. Il governo delle liste di attesa delineato nel Piano risulta fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione del PRGLA, le Aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno l'obbligo di adottare ovvero aggiornare i propri Piani Aziendali attuativi di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), da redigere in coerenza con le indicazioni strategiche del Piano regionale e del Piano nazionale.

La pianificazione regionale sul governo delle liste di attesa costituisce la cornice strategica all'interno della quale si inseriscono non solo i PAGLA ma anche il presente Piano di recupero delle liste di attesa Covid e i relativi piani attuativi delle Aziende in esso contenuti e le misure regionali per l'abbattimento delle liste di attesa approvate in esecuzione della legge regionale 16 settembre 2019, n. 16 "Seconda variazione di bilancio. Disposizioni in materia sanitaria. Modifiche alla legge regionale 11 gennaio 2018, n. 1 (Legge di stabilità 2018) e alla legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (Legge di stabilità 2019)".

2 L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA IN EPOCA "PRE COVID-19"

Si premette che, con l'art. 8, comma 31, della legge regionale 13 dicembre 2018, n. 48, era stato previsto uno stanziamento nel bilancio regionale destinato ad un'integrazione del trattamento accessorio del personale non dirigente finalizzata, in maniera prioritaria, quale incentivo per lo smaltimento delle liste d'attesa. Ad integrazione delle risorse di cui sopra, il medesimo comma 31 aveva altresì previsto la destinazione per la medesima finalità di economie maturate su alcuni specifici capitoli di bilancio. In applicazione di tale norma, la Giunta regionale aveva provveduto a ripartire tra le Aziende del SSR le risorse ivi stanziare attraverso la deliberazione n. 8/39 del 19.02.2019.

Successivamente, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha impugnato la norma regionale in oggetto in quanto considerata in contrasto con la normativa nazionale vigente in materia di contrattazione integrativa. A seguito dell'impugnazione da parte del Governo, la Direzione generale della Sanità ha immediatamente sospeso la procedura di assegnazione delle risorse. In tale contesto, con la legge regionale n. 16 del 16.09.2019 "Seconda variazione di bilancio. Disposizioni in materia sanitaria. Modifiche alla legge regionale 11 gennaio 2018, n. 1 (legge di stabilità 2018) e alla legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (legge di stabilità 2019)", è stato sostituito il citato comma 31, dell'art. 8 della L.R. n. 48/2018, mutando la natura giuridico-economica dell'intervento e prevedendo l'erogazione di prestazioni aggiuntive in luogo del trattamento accessorio, mantenendo la finalità prioritaria di smaltimento delle liste d'attesa.

La medesima legge di variazione di bilancio n. 16/2019 ha altresì introdotto, all'art. 8 della L.R. n. 48/2018, il nuovo comma 31-bis il quale destina le economie maturate su specifici capitoli di bilancio, di cui alla previgente formulazione del comma 31, all'integrazione delle risorse del capitolo di bilancio dedicato al potenziamento della medicina specialistica extraospedaliera al fine di incentivare lo smaltimento delle liste d'attesa.

Infatti, l'art. 1, comma 2, lettera c) della citata L.R. n. 16/2019 dispone che:

- è autorizzata "per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021, la spesa di euro 3.500.000 al fine di garantire al personale del Servizio sanitario regionale l'erogazione di prestazioni aggiuntive (...) da destinare in maniera prioritaria quale incentivo per lo smaltimento delle liste d'attesa (missione 13 - programma 02 - titolo 1 - capitolo SC08.7798)";
- "Le risorse disponibili presso l'Azienda per la tutela della salute (ATS), in seguito a trasferimenti effettuati dai capitoli SC02.1101, SC02.1147, SC02.1148, SC02.1149, SC02.1151, SC02.1152, SC02.1160, SC02.1161, SC02.5027, SC02.5028, SC02.5029, SC02.5030, SC05.0116, SC05.6005, SC05.6022, per le quali si siano realizzate economie di spesa nell'anno precedente a quello di riferimento sono destinate, per le annualità 2019, 2020 e 2021, all'integrazione delle risorse del capitolo SC05.6003 al fine di incentivare lo smaltimento delle liste d'attesa; la Giunta regionale ripartisce tali risorse tra le Aziende. Entro il 31 gennaio di ciascun anno l'ATS procede alla rendicontazione delle somme trasferite dall'Assessorato regionale competente in materia di sanità dai capitoli di cui al presente comma e, verificata la sussistenza di eventuali economie, le riversa nei successivi trenta giorni nelle casse della Regione (missione 13 - programma 03 - titolo 1 - capitolo SC05.6003)".

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 46/47 del 22.11.2019 si è proceduto alla ripartizione dei sopra riportati fondi così come segue.

Fondi destinati al personale del SSR: 78% all'ATS, 8% all'AO Brotzu, 8% all'AOU di Sassari e 6% all'AOU di Cagliari.

Detta ripartizione, finalizzata al potenziamento delle prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA, è stata seguita dalla sottoscrizione di specifici protocolli operativi con le Aziende sanitarie e ospedaliere.

Nei medesimi protocolli operativi, anche in relazione alle risorse destinate al potenziamento della medicina specialistica extraospedaliera in ATS, sono stati individuati, per ciascuna delle prestazioni erogate in ambito "misto", ossia erogate sia in ambito ospedaliero che territoriale (es. visite), le ASSL e i presidi pubblici presso i quali potenziare dette prestazioni, con l'obiettivo principale di ridurre i tempi di attesa al momento registrati.

Nei protocolli operativi è stato previsto, tra l'altro, che, "a partire dal 24 gennaio 2020, le segreterie CUP provvedono a riprogrammare tutte le prenotazioni delle 60 prestazioni di cui all'Allegato, attualmente in lista di attesa, con attese superiori ai tempi massimi da garantire, tramite RECALL ai singoli pazienti e conseguente ricollocazione nei nuovi slot temporali (nuove Agende dedicate), offrendo la prima disponibilità.

Nel caso di prescrizione senza classe di priorità indicata, se il paziente non accetta lo spostamento della prenotazione, la medesima prenotazione viene inserita nelle Agende per gli accessi successivi, secondo la disponibilità, e il paziente viene avvisato di tale modifica”.

Con riferimento alla rendicontazione, è stato previsto che “Con frequenza quadrimestrale, la Direzione generale della Sanità effettua il monitoraggio delle prestazioni erogate, oggetto del presente protocollo operativo, tramite apposita reportistica del CUP.

Con frequenza quadrimestrale, l’Azienda invia alla Direzione generale della Sanità gli atti adottati nell’ambito del presente protocollo operativo (es. manifestazione di interesse, ore aggiuntive assegnate, risorse erogate, etc)”.

Ancora, è da precisare che, per dare fattiva operatività a quanto previsto specificamente in ordine alla medicina specialistica ambulatoriale, con deliberazione n. 49/23 del 05.12.2019 si è provveduto a sottoscrivere con le OO.SS. della medicina specialistica ambulatoriale il necessario accordo integrativo regionale per l’approvazione del progetto teso allo smaltimento delle liste di attesa per le annualità 2019, 2020, 2021.

3 LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIPROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ E PROTOCOLLI OPERATIVI AZIENDALI.

La fase emergenziale iniziale dovuta alla pandemia causata da virus SARS-Cov-2, la cosiddetta “Fase 1”, ha visto l’adozione di misure stringenti finalizzate a potenziare il servizio sanitario regionale sia a livello ospedaliero che territoriale e, una volta conclusa, ha lasciato spazio alla cosiddetta “Fase 2”. Quest’ultima contraddistinta invece, da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi che ha coinciso con la ripresa dell’attività sanitaria ordinaria e programmata.

L’attuale scenario epidemiologico, caratterizzato da una riduzione della diffusione della pandemia e dal conseguente allentamento delle misure restrittive, implica infatti una fase di convivenza con il virus che richiede pratiche e comportamenti uniformi in tutte le strutture sociosanitarie e socioassistenziali regionali. A tal proposito, si è reso necessario procedere a livello regionale con la riprogrammazione delle attività ambulatoriali non urgenti e dei ricoveri anche programmati, fermo restando la necessità di contenere i contagi da Covid-19 con l’aumento degli accessi nelle strutture sanitarie pubbliche.

E’ in questo quadro che si colloca la deliberazione n. 28/18 del 04.06.2020, con la quale la Giunta regionale ha approvato apposite linee di indirizzo volte ad assicurare la corretta ed uniforme gestione delle attività sociosanitarie e socioassistenziali territoriali nella cosiddetta fase 2 dell’emergenza Covid- 19. Nello specifico, con la deliberazione n. 28/18 del 2020 sono state approvate le linee di indirizzo regionali in fase 2 per la riprogrammazione delle attività ambulatoriali e il ricovero ospedaliero, predisposte e condivise con le Aziende sanitarie e le linee di indirizzo regionali a tutela della sicurezza degli utenti, degli operatori e dei cittadini che frequentano le strutture sociosanitarie, socioassistenziali e quelle di cui all’art. 3, lettere b), c) e d) del D.P.Reg. n. 4/2008.

Contestualmente all’approvazione delle linee di indirizzo regionali, la Giunta regionale ha incaricato le Aziende sanitarie di redigere appositi Protocolli operativi allo scopo di analizzare lo status quo in cui operano le Aziende, le criticità riscontrate in fase pandemica ma, soprattutto, di predisporre una strategia di azione per l’abbattimento delle liste di attesa.

Di seguito si rappresentano i Protocolli operativi predisposti da ciascuna Azienda sanitaria regionale, il cui obiettivo è quello di orientare le azioni di tutti gli attori coinvolti ed avere una visione regionale unitaria del governo delle liste di attesa.

4 IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DI ARES SARDEGNA

4.1 INTRODUZIONE

Con la legge regionale 11 settembre 2020, n. 24 la Regione Sardegna ha dato avvio al processo di riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia, abrogando contestualmente la legge regionale n. 10 del 2006, la legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e le ulteriori norme di settore.

Ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera i), della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 (Statuto speciale per la Sardegna), la legge regionale n. 24 ha definito il modello di governo del sistema sanitario regionale e ne ha avviato il processo di riforma secondo principi di equità ed universalità.

Sulla base della legge regionale n. 24, sono state istituite le ASL i cui ambiti territoriali sono coincidenti con quelli delle otto aziende sanitarie locali oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 di Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) ora in liquidazione:

- a) Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari;
- b) Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura;
- c) Azienda socio-sanitaria locale n. 3 di Nuoro;
- d) Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra;
- e) Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano;
- f) Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano;
- g) Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis;
- h) Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari.

In considerazione del nuovo contesto organizzativo in vigore dal 1 gennaio 2022, ciascuna ASL dovrà provvedere alla predisposizione e deliberazione di un piano operativo stralcio declinando le informazioni contenute nel piano di recupero delle liste d'attesa legate all'emergenza epidemiologica da Covid-19 di ATS per l'anno 2021, con le previsioni organizzative per ciascuna ASL per l'anno 2022 ai sensi del decreto legge n. 104 del 14/08/2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 126 del 13/10/2020, entro 60 giorni dall'approvazione della deliberazione con la quale Giunta regionale approva la presente rimodulazione del piano di abbattimento delle liste d'attesa Covid-19, redatto ai sensi dell'articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021 n. 234.

4.2 ANALISI DI CONTESTO

Lo scenario epidemiologico, caratterizzato dal rapido diffondersi dell'epidemia da SARS Cov-2, ha reso necessario, a partire da marzo 2020 e per tutto l'anno 2021, mettere in atto drastiche misure di contenimento e contestualmente avviare un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari, per rendere adeguata l'offerta ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19. Si è assistito, quindi, ad un'ingente trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private accreditate, sia sul versante delle attività ospedaliere sia sul versante delle attività territoriali, con sospensione dell'attività programmata come disciplinato dalle circolari del Ministero della Salute protocollo n. 2627 del 01 marzo 2020 avente oggetto: "Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19", protocollo n. 7422 del 16 marzo 2020, protocollo n. 7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19", integrazioni e note regionali applicative.

L'evoluzione dello scenario epidemiologico ha determinato la necessità di riavviare le attività cliniche sospese, rendendo necessarie delle linee di indirizzo volte al contenimento del rischio di ripresa di focolai epidemici. Per tale motivo si è provveduto a dare indicazione e misure omogenee a tutte le strutture sanitarie dell'ATS, nell'orientare i comportamenti di tutti gli attori del processo sanitario: utenti, operatori sanitari, fornitori, visitatori, volontari ecc. Le misure contenute in questo documento sono state armonizzate con quelle emanate dai soggetti istituzionali.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 39/57 del 23.9.2011 l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha approvato in via definitiva il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2010-2012, predisposto sulla base del Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa 2010-2012.

Con la successiva D.G.R. n. 19/42 del 17.4.2018 sono state approvate le linee di indirizzo per la gestione delle Liste di Attesa e definite le modalità, i tempi e le azioni per potenziare le procedure di accesso e per ottimizzare le risorse disponibili al fine di perseguire l'appropriatezza prescrittiva.

In questa fase è stata adottata provvisoriamente una prima versione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e incentivato l'utilizzo della prescrizione dematerializzata presso i medici prescrittori. Ancora, con la deliberazione della Giunta n. 21/24 del 4.6.2019 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano nazionale di governo delle Liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019 (Repertorio atti n. 28/CSR) e rinviato ad un successivo provvedimento della Giunta l'approvazione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA) 2019-2021.

Nelle more della sua approvazione, l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale con DGR n. 46/47 del 22.11.2019 avente ad oggetto "Abbattimento delle liste d'attesa" ha autorizzato, per gli anni 2019 – 2020 e 2021:

- la spesa di € 2.730.000 annui al fine di garantire al personale dell'ATS Sardegna, l'erogazione di prestazioni aggiuntive da destinare in maniera prioritaria quale incentivo per lo smaltimento delle liste d'attesa;
- la somma di € 11.297.191,86 triennale, per l'attivazione di "programmi e progetti finalizzati" di cui all'art. 39 dell'ACN per gli Specialisti Ambulatoriali Interni, per il potenziamento delle prestazioni specialistiche extra ospedaliere da parte degli stessi;
- le somme residue quantificate in € 1.633.913 del progetto 2019 sulla Riorganizzazione delle Agende di prenotazione CUP secondo la classificazione dei RAO che, successivamente alla rendicontazione 2019, sono state rese disponibili per l'attivazione dei nuovi progetti 2020, previa nuova assegnazione alle Aree sulla base delle percentuali di assegnazione delle risorse di cui alla punto 1.

Con Nota ATS Prot. n. NP/2020/2305 del 16.01.2020 e successiva Nota di Integrazione Prot. n. NP/2020/8991 del 21.02.2020 sono state fornite alle ASSL indicazioni e le risorse necessarie per l'avvio dei "Progetti finalizzati all'abbattimento delle Liste d'attesa" delle 64 prestazioni oggetto di Monitoraggio.

In data 06.03.2020 con Nota Prot. n. NP/2020/0011496 il Direttore Sanitario ha comunicato a tutti i Direttori di ASSL che, allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19, si disponeva che tutte le visite che non rivestissero carattere di urgenza/emergenza venissero sospese fino a nuova comunicazione. Sulla base di tale indicazione si è proceduto all'erogazione e prenotazione esclusivamente delle prestazioni con codice di priorità U e B di fatto interrompendo sia l'erogazione che la prenotazione di tutte le prestazioni con codice di priorità D e P.

Con Delibera del Commissario Straordinario ATS n. 322 del 22.05.2020 avente ad oggetto "Indicazioni generali, ad interim, per la ripresa graduale dell'attività specialistica ambulatoriale in corso di emergenza COVID-19" sono stati forniti gli indirizzi per la ripresa di tutte le prestazioni ambulatoriali previa costruzione di accessi alle strutture e percorsi sanitari in sicurezza.

Sulla base della Deliberazione di cui sopra, si è resa necessaria, pur permanendo la condizione emergenziale, impostare una fase programmatica volta al riavvio graduale delle attività sospese, improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente differibili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario. Sono state predisposizione di linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale.

4.3 METODOLOGIA

La necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, ospedaliere e territoriali garantendo nel contempo l'accesso ai Servizi Sanitari in totale sicurezza ha portato l'ATS a riqualificare il processo organizzativo in una logica di Riorganizzazione Aziendale che prevedesse azioni preliminari, accessi alle strutture sanitarie e rimodulazione delle Agende di prenotazione CUP. L'obiettivo che ci si è prefissi è stato quello di definire misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture sanitarie ATS, capaci di orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie (utenti, operatori sanitari, fornitori, visitatori, volontari e quant'altri intervengano nel percorso assistenziale), al fine di garantire il riavvio delle attività sanitarie nell'attuale scenario epidemiologico.

Azioni preliminari

In attuazione della DGR 28/18 del 4.06.2020 inerente le linee di indirizzo per la riprogrammazione delle attività ambulatoriali, di ricovero ospedaliero programmato e per le attività sociosanitarie delle strutture di cui all'art. 3, lettere b), c) e d) del D.P.Reg. n. 4/2008 si è dato il via al processo di riavvio delle attività sanitarie programmate, con particolare riferimento a quelle specialistiche ambulatoriali, sono state messe in atto le azioni preliminari necessarie per l'avvio della fase di recupero (regolamentazione accessi alle strutture, predisposizione agende con appuntamenti distanziati, individuazione percorsi per pazienti COVID19, etc.), già ultimate.

4.3.1 Accesso alle strutture

È stata effettuata una valutazione logistica da parte di tutte le articolazioni delle dell'Ats relativamente a:

- spazi interni (n. ambulatori, sala di attesa, locali di passaggio, spazi comuni);
- spazi esterni (antistanti a ciascuna struttura per sosta degli utenti in attesa di triage).

È stata posta particolare attenzione a:

- disponibilità di dispositivi di protezione e di materiale per la disinfezione per tutelare operatori e utenti;
- organizzazione del pre triage telefonico 48 ore prima della data fissata per la visita/prestazione, per una prima valutazione dello stato di salute del paziente al quale devono essere comunicate tutte le misure che verranno adottate per la prevenzione della trasmissione del SARS-CoV-2 e viene verificato se il paziente ha assoluto bisogno di accompagnatore/caregiver e in tal caso anche a quest'ultimo va effettuato il Pre-Triage telefonico;
- organizzazione di check point per la valutazione tramite triage di chiunque entri nella struttura con definizione di modalità operative per il triage l'accesso alle strutture sanitarie per prestazioni specialistiche.

L'accesso alla struttura è consentito alla sola persona che riceve la prestazione, limitando l'accesso ad un accompagnatore nei soli casi di reale necessità (minori, disabili, non autosufficienti) ed all'orario dell'appuntamento (non è consentito l'accesso con eccessivo anticipo e nemmeno con ritardo).

4.3.2 Individuazione di percorsi per i positivi al triage

Per evitare la contaminazione delle strutture "pulite", si sono individuati percorsi separati per i casi sospetti che necessitano di prestazione non procrastinabile (urgente).

Nel caso di sospetto COVID o in caso di contatto con pazienti risultati positivi al COVID19 viene data indicazione ai pazienti che, stante la condizione rilevata, è opportuna una rivalutazione da parte del MMG/PLS che provvederà all'attivazione del percorso di cura più appropriato.

Il medico curante (MMG/PLS), nella rivalutazione dei pazienti, se del caso deve fare la segnalazione all'UCL USCA del distretto di residenza. Gli operatori devono provvedere ad attuare le misure di sanificazione degli ambienti e degli oggetti con i quali il paziente è venuto a contatto;

4.3.3 Rimodulazione delle agende CUP

Poiché è sospeso l'accesso diretto tutte le agende sono agende di prenotazione rimodulate con una tempistica che garantisce sicurezza ad utenti e operatori, programmando gli slot prestazionali con previsione tra una visita/prestazione e la successiva un tempo adeguato (almeno 15') per la detersione/disinfezione delle superfici e delle apparecchiature con cui il paziente è venuto a contatto.

Sono quindi state create delle nuove agende sulle quali ricollocare tutti gli appuntamenti sospesi per l'emergenza COVID19 (marzo-maggio). Gli appuntamenti già prenotati ante COVID nei mesi successivi (giugno-dicembre) sono stati ricollocati, seguendo l'ordine cronologico, in date successive fino ad esaurimento delle prenotazioni.

La rimodulazione delle Agende ha comportato una riduzione significativa dell'offerta che varia mediamente dal 50%, per alcune visite (ad es. oculistica, ORL, dermatologia), al 26%, per altre visite e indagini strumentali.

4.4 PIANIFICAZIONE RECUPERO

Tutte le strutture Ambulatoriali comprese quelle ospedaliere, sulla base delle indicazioni ad interim previste nelle Deliberazioni ATS n. 322 del 22.05.2020 e n. 379 del 17.06.2020, hanno provveduto a riprogrammare le prestazioni ancora in lista d'attesa e non erogate nel periodo del lockdown, tramite attività di recall ai singoli pazienti e conseguente ricollocazione nelle agende, offrendo la prima disponibilità, possibilmente nello stesso ambulatorio, nel rispetto degli ambiti di garanzia, previa accettazione da parte del paziente.

Ogni struttura ha poi provveduto a proporre la riorganizzazione delle agende per le nuove prenotazioni, nel rispetto delle indicazioni di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori e dei cittadini che accedono alle Strutture Sanitarie

Nei piani di recupero e riorganizzazione è stata analizzata la disponibilità dell'offerta, anche in relazione alla nuova tempistica e delle prestazioni comunque da garantire, tenuto conto anche di alcune criticità presenti:

1. carenza specialisti e/o sostituti per l'ampliamento di giornate e orari di attività;
2. carenza di personale sanitario del comparto e/o amministrativo di supporto alle attività specialistiche ambulatoriali;
3. impatto del piano ferie degli specialisti;
4. agende quasi sature, da giugno in avanti, con appuntamenti antecedenti il blocco delle prenotazioni determinato dall'emergenza.

In particolare la nuova modalità di erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale ha richiesto e richiede un forte investimento di personale sanitario infermieristico e OSS per supportare la nuova organizzazione.

Tra gennaio e dicembre 2020 sono state erogate in media prestazioni pari al 72,77% delle prestazioni erogate nel medesimo periodo dell'anno 2019, con un leggero incremento tra il 2020 e novembre 2021 del 13,53%, come di seguito evidenziato:

Tabella 1

	2019	2020	2021
Branca	Prestazioni	Prestazioni	Prestazioni a NOV 2021
Totale	15.958.331	11.612.686	13.183.914
01 - Anestesia	148.623	137.502	50.132
02 - Cardiologia	528.938	341.107	359.851
03 - Chirurgia Generale	43.781	27.562	28.482
04 - Chirurgia Plastica	12.128	7.941	9.946
05 - Chirurgia Vascolare - Angiologia	16.529	10.482	12.303
06 - Dermosifilopatia	44.827	25.693	27.577
07 - Diagnostica Per Immagini: Medicina Nucleare	119	207	66
08 - Diagnostica Per Immagini: Radiologia Diagnostica	1.016.470	748.561	831.760
09 - Endocrinologia	83.630	38.546	42.625
10 - Gastroenterologia - Chirurgia Ed Endoscopia Digestiva	61.057	38.362	43.673
11 - Lab. Analisi Chimico Cliniche E Microbiologiche-Microbiologia-Virologia-Anatomia E Istologia Patologica-Genetica-Immunoematologia E S. Trsf.	9.727.260	7.320.949	8.700.322
12 - Medicina Fisica E Riabilitazione - Recupero E Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi E Neurolesi	1.835.907	1.339.439	1.450.348
13 - Nefrologia	216.466	202.932	168.532
14 - Neurochirurgia	4.754	5.251	7.163
15 - Neurologia	107.689	64.353	88.251
16 - Oculistica	248.024	131.846	143.736
17 - Odontostomatologia - Chirurgia Maxillo Facciale	144.069	87.202	85.887
18 - Oncologia	47.631	36.014	34.873
19 - Ortopedia E Traumatologia	97.828	62.262	52.565
20 - Ostetricia E Ginecologia	70.242	49.096	51.715
21 - Otorinolaringoiatria	78.593	38.678	40.336
22 - Pneumologia	51.984	26.846	29.443
23 - Psichiatria	62.933	48.593	49.547
24 - Radioterapia	57.223	68.634	59.976
25 - Urologia	43.331	25.239	25.506
26 - Altre Prestazioni*	1.208.295	729.389	789.299
Rapporto % 2020/2019	72,77%		
Rapporto % 2021/2020	113,53%		

*Fonte Abaco (I dati sono stati rettificati e aggiornati rispetto al piano 2020)

L'analisi dei tempi medi d'attesa relativi alle prestazioni di cui sopra, che per il periodo gennaio-dicembre 2020, ha evidenziato una tendenziale riduzione del tempo intercorrente tra la prenotazione e l'esecuzione dell'esame, decremento presumibilmente determinato sia dall'interruzione dell'erogazione delle prestazioni nel periodo di lockdown sia perché nel medesimo periodo sono state prenotate ed erogate esclusivamente prestazioni U e B, nella seconda metà dell'anno 2021 evidenzia un incremento dei tempi di attesa ascrivibile prevalentemente alla ripresa dell'attività ambulatoriale accompagnata però da una sempre maggiore scarsità di specialisti ambulatoriali nell'Azienda.

Tabella 2

PRESTAZIONI	Prestazioni 2019	Prestazioni 2020	Attesa media 2019	Attesa media 2020	Obiettivo
1 - Visita cardiologia	138.008	84.473	49,6	38,4	30
2 - visita chirurgia vascolare	2.940	1.461	72,0	69,3	30
3 - visita endocrinologica	10.436	5.377	66,2	64,5	30
4 - visita neurologica	60.148	33.760	33,3	30,0	30
5 - visita oculistica	153.235	78.930	77,2	59,2	30
6 - Visita ortopedia	58.410	37.290	10,9	7,2	30
7 - visita ginecologica	46.021	28.653	17,7	13,0	30
8 - visita otorinolaringoiatrica	36.757	19.636	16,1	10,6	30
9 - visita urologica	20.120	11.493	47,7	40,4	30
0 - visita dermatologica	22.669	11.858	37,7	31,8	30
1 - visita fisiatrica	31.117	19.109	17,4	15,0	30
2 - visita gastroenterologica	6.315	3.742	28,8	26,2	30
3 - visita oncologica	526	896	15,8	9,3	30
4 - visita pneumologica	10.347	4.634	50,0	46,5	30
5 - Mammografia	67.165	46.812	114,0	98,3	60
6 - TC senza e con contrasto Torace	30.412	27.197	40,8	28,6	60
7 - TC senza e con contrasto Addome superiore	2.803	1.588	42,1	30,6	60
8 - TC senza e con contrasto Addome inferiore	1.945	892	45,4	31,8	60
9 - TC senza e con contrasto Addome completo	24.687	22.635	34,4	26,9	60
0 - TC senza e con contrasto Capo	36.241	27.310	12,2	11,3	60
1 - TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	5.617	4.894	6,8	6,6	60
2 - TC senza e con contrasto Bacino	775	667	7,1	7,1	60
3 - RMN Cervello e tronco encefalico	17.345	15.202	48,1	48,6	60
4 - RMN Pelvi, prostata e vescica	3.058	2.506	21,8	21,0	60
5 - RNM Muscoloscheletrica	21.033	19.370	19,1	15,4	60
6 - RNM Colonna vertebrale	34.111	31.828	30,9	29,0	60
7 - Ecografia Capo e collo	56.855	37.375	85,5	68,3	60
8 - Ecocolordoppler cardiaca	63.615	42.541	44,5	39,7	60
9 - Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	44.909	31.224	47,2	42,0	60
0 - Ecocolordoppler dei vasi periferici	40.844	27.299	25,2	20,1	60
1 - Ecografia Addome	121.652	86.007	35,6	34,0	60
2 - Ecografia Mammella	60.894	45.703	77,4	71,2	60
3 - Ecografia Ostetrica-Ginecologica	34.438	27.786	11,9	10,1	60
4 - Colonscopia	18.581	10.012	80,4	78,8	60
5 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	1.027	439	28,4	27,0	60
6 - Esofagogastroduodenoscopia	17.037	10.552	51,9	40,9	60
7 - Elettrocardiogramma	253.867	156.313	53,7	44,3	60
8 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	12.142	8.449	35,0	30,1	60
9 - Elettrocardiogramma da sforzo	6.987	3.462	25,0	18,7	60
0 - Audiometria	18.842	9.245	21,3	19,8	60
1 - Spirometria	18.680	7.046	66,5	45,1	60

2 - Fondo oculare	24.122	9.700	88,0	89,6	60
3 - Elettromiografia	25.039	23.496	9,1	4,8	60

*Fonte Abaco

4.5 CRITICITÀ

Il progetto inizialmente approvato prevedeva l'abbattimento delle liste d'attesa entro dicembre 2020 salvo qualche eccezione, poi prorogato al 31 dicembre 2021. L'obiettivo previsto era quello di attivare slot prestazionali aggiuntivi di specialistica ambulatoriale, sia in capo ai dipendenti strutturati in ATS che attraverso l'attivazione dei contratti integrativi degli specialisti ambulatoriali. A causa della diffusione della pandemia il progetto è stato necessariamente interrotto.

Il volume di prestazioni da ricollocare dopo il lockdown di durata pari a tre mesi (marzo/maggio 2020), quindi pari a 1/4 del volume annuale del totale delle prestazioni ordinariamente erogabili in ATS, ha richiesto tempi di attività più lunghi di quanto inizialmente programmato, sia per carenza di personale, sia per l'allungamento della tempistica di erogazione delle visite e degli esami strumentali che è stato necessario rideterminare considerando anche i tempi di pre-triage, triage, sanificazione pre e post intervento, determinando così spazi prestazionali ridotti rispetto alla situazione ordinaria.

Con Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n. 341 del 28.05.2020 è stato approvato e adottato il documento "Indicazioni generali, ad interim, per la ripresa graduale dell'attività specialistica ambulatoriale in corso di emergenza COVID-19", da ultimo integrato con Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n. 792 del 26.10.2021.

La riorganizzazione dei percorsi sanitari ha richiesto tempo e risorse necessari per l'organizzazione di accessi e uscite che non creassero assembramento nelle strutture, anche se l'ingente lavoro di riorganizzazione ha poi evitato il rischio di ulteriori lockdown in ambito regionale.

Una delle maggiori criticità rilevate è stata la difficoltà di reperire sul mercato del lavoro personale medico specializzato in particolare per le branche specialistiche nelle quali sono stati riscontrati tempi di attesa più lunghi, e in più in particolare, le disposizioni della normativa nazionale legata all'emergenza pandemica che ha determinato il blocco dei numerosi concorsi inizialmente previsti dalla RAS.

Per quanto riguarda le Strutture Private si assiste a una duplice difficoltà. Molte di esse, in gran parte già al limite dell'accreditamento, non hanno potuto erogare maggiori prestazioni per carenza di risorse contrattuali specifiche. Inoltre la loro presenza prevalente nell'Area di Cagliari, non ha consentito, se non in minima parte, di risolvere le carenze prestazionali del periodo pandemico considerando le carenze dell'intero territorio Regionale.

Altra criticità rilevata nel corso del periodo di pandemia è stata l'elevato contagio del virus, proprio tra il personale sanitario.

La seconda ondata epidemica che ha colpito la Regione Sardegna a decorrere da Settembre 2020, per l'alta intensità dei contagi e dei ricoveri, ha coinvolto la quasi totalità dei Presidi ospedalieri ATS. Quelli pienamente individuati come Ospedali Covid+ altri, seppur nominalmente Covid-, per l'intensa attività di Pronto Soccorso e il dilatarsi delle così dette "Aree Grigie" dove pazienti positivi al Virus, hanno dovuto sostare ed essere trattati a lungo per impossibilità di essere ricollocati in ospedali Covid+. A titolo di esempio: tutte le Radiologie sono diventate Miste (Covid + e Covid -) con allungamento dei tempi fisici di erogazione e sanificazione.

4.6 STRATEGIA AZIENDALE PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA

Tutte le strutture ATS hanno ripreso ad erogare prestazioni ambulatoriali nei limiti della nuova tempistica e delle procedure anti Covid così come già evidenziato. Il progetto Abbattimento liste d'attesa è stato interamente dedicato alla creazione di nuovi ulteriori slot prestazionali per il riassorbimento e la ricollocazione delle prestazioni non erogate nel periodo del lockdown.

Allo stato attuale l'100% delle prestazioni precedentemente non erogate sono state oggetto di Recall e sono risultate o già fatte presso altre strutture sanitarie e ambulatori privati, o non più necessarie, o ricollocate e queste ultime in buona parte già effettuate.

Le azioni strategiche che ATS Sardegna, di concerto con l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, ha percorso, in linea con le direttive nazionali e regionali per il Governo delle Liste d'Attesa nel corso dell'anno 2021, hanno necessariamente tenuto conto di quelle che è stata l'evoluzione dell'evento epidemico in corso nel contesto regionale.

Avendo tra gli obiettivi dichiarati, Regione Sardegna ed ATS Sardegna, quello di ridurre in modo considerevole la circolazione virale entro l'anno 2021, si è assistito a una vigorosa ripresa dell'attività ambulatoriale nel secondo semestre del 2021.

Alcune delle criticità evidenziate nel corso dell'anno 2020 e ancora di più nell'anno 2021, hanno un carattere strutturale, in particolare la carenza di personale medico, sia dipendente che convenzionato di specialistica ambulatoriale, che è diventato ormai un elemento strutturale del panorama sanitario italiano e sardo rendendo difficile coniugare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere diffuse in modo molto frammentato nel territorio regionale. La frammentazione comporta una maggiore utilizzazione di risorse umane specialistiche che sono proprio quelle carenti.

La carenza di risorse specialistiche nel mercato del lavoro fa sì che le ingenti risorse stanziare per l'abbattimento delle liste d'attesa producano degli effetti minimali o parziali sulla riduzione dei tempi di attesa e comunque introducono nel sistema dei caratteri di anti economicità, conducendo al diffuso utilizzo di strumenti come lo straordinario o delle prestazioni in libera professione per conto dell'azienda (prestazioni aggiuntive).

La strategia futura per il governo delle liste d'attesa dovrà necessariamente passare attraverso una "riorganizzazione dei servizi territoriali" anche attraverso l'uso di centrali operative territoriali come quelle della non urgenza previste nel sistema 116 117 che conduca ad una progressiva presa in carico dei pazienti cronici è la programmazione automatica degli esami diagnostici a loro dedicati, che, come noto, rappresentano una percentuale importante degli esami programmabili o differibili, limitando così l'uso del CUP e della prenotazione agli esami collegati al primo evento prevalentemente esami brevi o differibili.

In seconda battuta sarà indispensabile la "riorganizzazione della rete ospedaliera" con una ridefinizione del ruolo nei piccoli ospedali nella rete di gestione delle patologie specialistiche che preveda il loro collegamento con la medicina del territorio, cosa che potrebbe condurre ad un miglior governo delle prestazioni ambulatoriali e soprattutto delle risorse umane attualmente carenti.

La terza leva per la governance delle prestazioni ambulatoriali, probabilmente la più importante in questo contesto, è il governo della "appropriatezza prescrittiva".

Gli strumenti tecnologici attualmente disponibili si giovano della ormai diffusa prescrizione dematerializzata e permettono, attraverso software che utilizzano dei motori semantici, l'analisi del corretto collegamento tra l'esame prescritto ed il quesito diagnostico, permettendo così di avere una mappatura precisa (anche con l'utilizzazione di mappe termiche) delle aree di inappropriatezza prescrittiva o di inappropriatezza nell'uso dei raggruppamenti di attesa omogenei.

Un corretto e diffuso utilizzo di questi strumenti permetterà di rimodulare i volumi di prestazioni nelle varie aree e/o di effettuare delle campagne di attività formativa per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Questa leva congiuntamente alle altre garantirà, anche in un contesto di criticità, il governo complessivo delle prestazioni ambulatoriali in modo efficace e con un abbattimento significativo dei tempi di attesa in particolare per gli eventi collegati alla prima visita, evitando che l'attesa per esecuzione di esami collegati alle patologie croniche si mescolino alle attese dei primi eventi e quindi alterino il monitoraggio e la lettura dei tempi di attesa in senso peggiorativo.

4.7 TELEMEDICINA

E' stata inoltre attivata la telemedicina già dal periodo del lockdown, in attuazione della DGR n. 28/18 del 04.06.2020, così come richiamata nella DGR 40/4 del 4/08/2020, che detta le linee guida sulla riprogrammazione delle attività ambulatoriali e i ricoveri ospedalieri procrastinati nel periodo dell'emergenza, evidenziando la necessità di potenziare meccanismi di continuità assistenziale per i pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19 e che in questa fase di emergenza è quanto mai necessario assicurare ai pazienti la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata, anche tramite le attività di telemedicina individuate come televisite e teleconsulti.

4.8 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali intramoenia (ALPI) erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, deve essere assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m.i. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Il corretto rapporto tra l'attività ALPI e quella istituzionale, oltre ad essere costantemente monitorata e stato tenuto sotto controllo in particolar modo per gli anni 2020 e 2021, considerata l'epidemia Covid-19. L'attività è stata interrotta sin dal mese di marzo 2020 e riattivata nel mese di luglio 2020 per poi andare a regime tra la fine del 2020 e l'anno 2021. Il Report di cui sotto, oggetto di rilevazione semestrale (1° Semestre 2021) sul portale dell'AGENAS, evidenzia il volume delle prestazioni effettuate in ALPI in rapporto all'attività istituzionale per ciascuna ASSL dell'ATS:

Si evidenzia che il ricorso all'Attività Libero Professionale Intramoenia, nel primo semestre 2021, non viene considerata una valida alternativa a quelle erogate in regime istituzionale, a dimostrazione della fiducia che i cittadini ancora oggi rivestono nel SSR.

4.9 CONCLUSIONI

I tempi d'attesa costituiscono un fenomeno molto complesso, punto di arrivo di diversi problemi, alcuni di livello nazionale, altri - più frequentemente - di livello regionale o locale. Può essere errato interpretare sempre allo stesso modo le cause delle attese o proporre soluzioni generali valide per tutto. Sembra invece più opportuno accettare la complessità della situazione ed agire in modo ragionevolmente attivo e selettivo, coinvolgendo anche gli utenti nell'uso più consapevole dei servizi. Occorre puntare sul governo della domanda con l'appropriatezza prescrittiva e i relativi sistemi di controllo, e sulla riorganizzazione dell'offerta con l'utilizzo di modalità alternative di erogazione di servizi come la telemedicina, la presa in carico del paziente cronico PDTA e l'esclusione dalle liste d'attesa dei pazienti screening. Le risorse attribuite dall'Amministrazione Regionale saranno utilizzate al meglio anche attraverso la definizione di piani operativi per singola ASL finalizzati all'aumento delle attività laddove in particolare vi siano attese più lunghe nell'erogazione delle prestazioni. Tuttavia, l'imminente avvio della riorganizzazione dell'assetto istituzionale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, il grandissimo impegno richiesto sia alle Segreterie Cup che ai professionisti territoriali e ospedalieri nelle campagne di Screening "Sardi e Sicuri" e ancora più nei Programmi Vaccinali dell'intera popolazione della Sardegna, potrebbero rallentare la ripresa dell'attività ambulatoriale rispetto a quanto previsto in sede di programmazione dell'attività già avviata dai primi mesi dell'anno 2021.

5 IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA DELL'ARNAS "G. BROTZU"

5.1 INTRODUZIONE

Lo scenario epidemiologico conseguente alla pandemia da SARS Cov-2 ha determinato un significativo cambiamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e la sospensione temporanea dell'attività programmata. L'evoluzione di tale scenario ha comportato l'esigenza di riavviare, dal mese di Maggio 2020, le attività in un primo momento sospese ma non ulteriormente differibili attraverso la predisposizione del "Piano delle attività ambulatoriali", ossia di linee di indirizzo atte a contenere il rischio mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie.

Il blocco delle prestazioni ambulatoriali e la successiva graduale ripartenza sono state l'occasione per centralizzare e razionalizzare tale operatività in ottica Lean Management definendo, di fatto, il nuovo standard a cui far convergere le scelte per la completa ripresa delle visite.

Il presente documento costituisce il piano di recupero delle attività ambulatoriali che va in ogni caso correlato all'evoluzione dei contagi ed a variazioni della situazione epidemiologica.

Il piano ha quindi per sua vocazione una "vita" dinamica in quanto può essere soggetto a variazioni derivanti dal cambiamento del contesto in cui si opera.

L'obiettivo del documento è delineare il piano di rientro delle liste di attesa per le attività ambulatoriali dei PPOO dell'ARNAS G. Brotzu, considerando le linee di indirizzo atte a prevenire e controllare la diffusione del Virus COVID -19 attraverso l'adozione di opportune misure di carattere organizzativo, procedurale e strutturale finalizzate a garantire le condizioni di massima sicurezza per operatori e pazienti.

Il presente piano di rientro delle liste di attesa per le attività ambulatoriali si applica ai PPOO San Michele, Businco e Cao dell'ARNAS G. Brotzu.

5.2 SITUAZIONE INIZIALE

Di seguito viene riportato il dettaglio dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale, presso i tre Presidi dell'ARNAS G. Brotzu, prima dell'emergenza sanitaria da Sars Cov-2.

5.2.1 Presidio San Michele

L'attività ambulatoriale veniva svolta presso vari ambulatori dislocati nei piani del corpo centrale e negli ambulatori del corpo separato del Presidio San Michele.

Con l'emergenza Covid è stato necessario dislocare, per quanto possibile, l'attività all'esterno del corpo centrale per evitare flussi eccessivi ed assembramenti di persone all'ingresso principale di tale struttura.

La riprogrammazione dell'attività ha avuto l'obiettivo di definire e realizzare le azioni necessarie alla riapertura graduale dell'attività ambulatoriale che nella fase iniziale ha garantito l'erogazione di tutte le visite non ulteriormente differibili con priorità elevata.

5.2.2 Presidio Cao

L'attività veniva svolta presso vari ambulatori dislocati tra i locali dal piano rialzato al piano 4° del Presidio Cao e che prevedeva gli accessi quotidiani/ settimanali per le diverse specialità interessate.

5.2.3 Presidio Businco

L'attività veniva svolta presso gli ambulatori dislocati tra i locali dal piano terra al piano 6° del Presidio Businco e che prevedeva gli accessi quotidiani/ settimanali per le diverse specialità interessate.

Nota: per le peculiari specialità che caratterizzano l'attività dei PO Businco e Cao che per alcune patologie hanno unicità Regionale, la ripresa delle attività è stata valutata in relazione alle urgenze ed alla specificità delle specialità interessate rispetto ai volumi complessivi di attività erogata in regime ordinario.

5.3 METODOLOGIA

Con approccio di Lean Management è stata effettuata la mappatura e la reingegnerizzazione dei processi organizzativi e logistici. L'obiettivo è stato quello di erogare lo stesso numero di attività ambulatoriali che si effettuavano in epoca pre-covid ma con una nuova organizzazione che comprendesse:

- Massima sicurezza possibile con misure di controllo stringenti per i pazienti e per i dipendenti;
- Smaltimento delle liste d'attesa accumulate durante il lockdown;
- Razionalizzazione e centralizzazione delle attività ambulatoriali;
- Rinnovamento del parco tecnologico per garantire un elevato standard qualitativo della prestazione;
- Riorganizzazione dei percorsi logistici.

Per raggiungere i sopra esposti obiettivi sono stati analizzati i processi alla ricerca degli ostacoli organizzativi da eliminare (muda). Una volta individuati gli ostacoli l'attenzione è stata riposta sul loro superamento (tabella 1).

MUDA	DESCRIZIONE	SOLUZIONE
Ambienti	L'ostacolo principale è stato quello legato alla commistione degli accessi in reparto. L'attività per esterni veniva svolta presso gli ambulatori dislocati all'interno dei reparti di degenza con accessi e spazi comuni per tutti i pazienti (ambulatoriali, urgenza ed elezione) con un elevato rischio infettivo.	L'ostacolo è stato superato creando degli ambienti dedicati con accessi completamente separati dalla struttura ospedaliera di degenza. Nella fattispecie, sono state individuate 4 aree esterne ai reparti dove sono stati dislocati gli ambulatori.
Pazienti	L'ostacolo principale è stato quello degli assembramenti. L'attesa della visita ambulatoriale creava un rischio di assembramento in uno spazio che non garantiva il distanziamento sociale.	L'ostacolo è stato superato con la programmazione delle visite e la telemedicina. L'ingresso nella struttura è stato regolamentato con attività programmate dalle ore 8 alle ore 20, laddove possibile, e con max 2/3 persone ogni ora anche in considerazione della durata media della specifica visita ambulatoriale e del tempo necessario per una igienizzazione degli ambienti.
Tecnologie	L'ostacolo principale è stato quello delle scarse ed obsolete tecnologie negli ambulatori esterni ai reparti e nelle diagnostiche.	Esso è stato superato rinnovando il parco tecnologico degli ambulatori esterni con tecnologie moderne nonché con l'implementazione della telemedicina.

Personale	L'ostacolo principale è stato quello della gestione dell'orario di lavoro. Il personale si trovava spesso a svolgere attività clinica su pazienti degenti e su pazienti ambulatoriali in uno stesso contesto di orario lavorativo, creando spesso ritardi nell'espletamento della prestazione ambulatoriale (sempre in secondo piano rispetto a quella di degenza).	L'ostacolo è stato superato potenziando gli organici utilizzando i finanziamenti covid dedicati e lavorando sulla sensibilizzazione del personale. Con un approccio Nudge, il personale è stato portato verso il cambiamento reso necessario dalla pandemia sensibilizzandolo all'ottimizzazione del tempo da dedicare all'ambulatorio con rispetto inflessibile dell'orario ed all'utilizzo della medicina da remoto.
------------------	---	--

5.4 PROCESSO E ATTIVITÀ

Nella prima fase pandemica (Marzo – Aprile 2020) si è reso necessario ridefinire il processo organizzativo e assistenziale, gli spazi da dedicare all'attività, le tecnologie, i processi logistici e l'articolazione delle diverse attività all'interno delle strutture aziendali svolte nell'arco della giornata e della settimana.

In linea generale, gli ambiti da esaminare nella definizione delle misure necessarie a garantire le prestazioni sanitarie appropriate ed in sicurezza sono state:

- accesso alle strutture sanitarie;
- modalità di accesso delle persone alla struttura sanitaria;
- tecnologie dedicate;
- definizione di percorsi idonei;
- misure precauzionali, di prevenzione e di protezione dei diversi soggetti;
- caratteristiche logistiche ed organizzative di ogni singola struttura;
- misure igieniche di prevenzione negli ambienti.

5.4.1 Modalità generali di accesso alle strutture e programmazione delle attività

Le misure di regolamentazione dell'accesso in ospedale/ ambulatori hanno considerato i seguenti aspetti:

- garanzia del distanziamento sociale;
- prevenzione della trasmissione per droplet;
- aspetto igienico (sanificazione di ambienti e di strumentazione) con il livellamento dei volumi di afflusso.

Per la programmazione dell'attività ambulatoriale vanno comunque agevolate le modalità di erogazione di prestazioni a distanza (contatto telefonico prima dell'accesso presso la struttura ospedaliera, videochiamata, videoconferenza, telemedicina ecc.), in particolare per le visite di controllo l'aggiornamento terapeutico ed il follow-up; l'attività ambulatoriale comunque deve essere riprogrammata progressivamente sulla base della priorità clinica e della non più differibilità.

Il sistema di gestione degli appuntamenti ha tenuto conto della definizione di un'adeguata tempistica per singolo appuntamento, in modo tale da comprendere le necessarie attività di sanificazione dei locali e delle apparecchiature/strumentazioni utilizzati.

Nei casi di accesso ambulatoriale, l'ingresso nella struttura deve essere regolamentato e gli appuntamenti devono essere adeguatamente distanziati e distribuiti nell'arco dell'intera giornata; le attività dovranno essere programmate possibilmente dalle ore 8 alle ore 20 e nell'arco della settimana al fine di garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori sanitari nei vari presidi di erogazione; il sistema di

gestione degli appuntamenti deve garantire un distanziamento temporale congruo fra un appuntamento e l'altro tale da permettere una presenza in attesa dei pazienti ridotta al minimo possibile.

L'accesso alle aree ambulatoriali è consentito previa valutazione degli utenti in pre-triage (temperatura, allegato 4, etc...) ed in ogni caso agli ingressi delle strutture deve essere prevista la distribuzione di mascherine chirurgiche ai pazienti sprovvisti, il controllo che vengano indossate correttamente e la predisposizione della distribuzione di gel alcolico per l'igiene delle mani; l'accompagnamento dei pazienti è consentito solo per minori, i disabili e gli utenti non autosufficienti previa autorizzazione del responsabile della struttura e dopo valutazione e controllo in pre-triage.

La gestione delle sale d'attesa prevede l'applicazione di tutte le misure di protezione e distanziamento e la presenza minima di personale che indossa i dispositivi di protezione idonei nel rispetto delle procedure preventive relative all'emergenza COVID-19; l'accesso alla sala d'attesa è regolamentato e consentito limitatamente al numero di persone che possono occupare i posti identificati come utilizzabili ed è commisurato alla superficie e alle condizioni microclimatiche dell'area d'attesa.

La riprogrammazione dell'attività ha l'obiettivo di definire e realizzare le azioni necessarie alla riapertura graduale dell'attività ambulatoriale che nella fase iniziale ha garantito l'erogazione di tutte le prestazioni non più differibili per urgenza e per specificità.

5.4.2 Fasi - azioni - piano delle attività

Di seguito vengono riportate le fasi e le azioni che sono state seguite per l'organizzazione per il riavvio dell'attività ambulatoriale:

1. Definizione della componente organizzativa e gestionale: identificazione di un team multidisciplinare, in relazione alle differenti tematiche organizzative / gestionali;
2. Identificazione delle priorità per la riapertura degli ambulatori: proposta, da parte dei Dipartimenti e delle singole strutture delle esigenze di riapertura in relazione all'indice di priorità e successiva valutazione e approvazione da parte della Direzione;
3. Valutazione aspetti logistici e delle infrastrutture: individuazione flussi dei pazienti e ridefinizione degli spazi da utilizzare;
4. Valutazione delle tecnologie dedicate: valutazione degli aspetti tecnologici ed informatici necessari per l'avvio delle attività;
5. Programmazione delle visite ambulatoriali: definizione della programmazione temporale delle visite ambulatoriali.

5.5 PROCESSO LOGISTICO

In considerazione delle priorità di ripresa delle attività ambulatoriali, identificate dai Dipartimenti e dalla Direzione Sanitaria, del rispetto dei vincoli distanziamento sociale e al fine di definire percorsi chiari e distinti per le tipologie di attività svolte, per la componente logistica sono state effettuate le seguenti attività:

5.5.1 Identificazione degli accessi delle strutture impattate

In base alla collocazione fisica degli ambulatori interessati al riavvio delle attività sono stati individuati i seguenti accessi per i differenti Presidi:

- San Michele:
 - Accesso Piano -1 (Area Cuore);
 - Accesso Piano 0 (Neurologia ed Ortopedia);
 - Accesso Piano 1 – Ambulatori Piano 2 (Area Pediatrica);

- Accesso Corpo Separato (Altre Specialità).
- Businco:
 - Accesso Piano 0 (unico accesso Area Oncologica).
- Cao:
 - Accesso Piano 0_Talassemia;
 - Accesso Piano 0_Consulenza Genetica;
 - Accesso Piano 0_Neuropsichiatria Infantile;
 - Accesso Piano 0_Principale (Altre specialità).

5.5.2 Definizione dei percorsi dei pazienti

Per ogni accesso sono state esaminate le possibili alternative di entrata e di uscita e sono stati definiti i differenti percorsi prediligendo, laddove possibile, camminamenti unidirezionali da indicare ai pazienti al fine di non congestionare i singoli accessi con flussi in ingresso e in uscita.

5.5.3 Stima della capacità disponibile degli spazi esterni ed interni

In base alla dimensione reale degli spazi è stato applicato il vincolo di distanziamento sociale (di almeno 1 metro) definendo, in questo modo, una stima sulla capacità massima per accogliere gli utenti garantendo la sicurezza necessaria.

Si evidenzia come tale parametro assuma duplice valenza: da una parte rappresenta il vincolo da rispettare per evitare assembramenti negli spazi e dall'altra un'indicazione da considerare necessariamente per la programmazione delle attività ambulatoriali.

5.5.4 Rivisitazione degli ambienti interni ed esterni

È stata svolta un'analisi sulle necessità di adeguamento degli spazi disponibili apportando, laddove possibile, alcune variazioni rispetto allo stato attuale. Di seguito alcuni esempi: creazione di nuove sale di attesa interne alle strutture, predisposizione aree di attesa esterne, adeguamento uscite di sicurezza per l'utilizzo delle stesse da parte dei pazienti, etc..

5.6 TELEMEDICINA

Il servizio di telemedicina ha l'obiettivo di consentire l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai pazienti cronici o nei follow-up con modalità telematiche consentendo al personale di ridurre il numero di contatti diretti con i pazienti che dovrebbero accedere alla struttura e conseguentemente di ridurre il rischio anche per i pazienti; permette di supportare i pazienti che hanno necessità di assistenza sanitaria pur dovendo rispettare le restrizioni attivate per l'emergenza COVID19.

Il servizio di telemedicina si articola in:

- un insieme di componenti tecnologiche costituito da una Piattaforma Applicativa, Kit di Telemonitoraggio ed eventuale strumentazione messa a disposizione dei medici per la raccolta, l'elaborazione e gestione dei dati;
- una Centrale operativa e di Supporto Tecnologico per il monitoraggio di primo livello dei parametri rilevati dai pazienti, la gestione delle componenti tecnologiche ed il supporto agli utilizzatori.

5.6.1 Piattaforma tecnologica

La Piattaforma Applicativa consiste in una soluzione software, fruibile via Internet dai principali browser di mercato (Internet Explorer, Chrome, Firefox e Safari) e app per dispositivi mobili, con le seguenti funzionalità:

- Televisita con videochiamata da e verso il paziente con sistemi facili da utilizzare per il paziente direttamente da App mobile o con sistemi web-based, nei quali non è necessario effettuare l'installazione di alcun software sul dispositivo in uso;
- Raccolta, secondo piano di monitoraggio e piano di sorveglianza definiti, dei dati clinici del Paziente raccolti in modalità automatica tramite integrazione con il Kit di Telemonitoraggio e/o in modalità manuale tramite inserimento in specifiche maschere di caricamento, da parte del Paziente e/o Caregiver, dei valori autonomamente rilevati;
- Quadro sinottico per seguire lo stato di tutti i pazienti assegnati in ogni momento;
- Archiviazione su proprio repository dei dati trattati e accesso allo storico (misurazioni e grafici di trend) o ai dati medici del paziente;
- Gestione anamnesi, misurazioni (sincrone e non), posologie, appuntamenti, notifiche;
- Compatibilità con il GDPR per il trattamento dei dati personali.

5.6.2 Kit di telemonitoraggio

Il Kit di telemonitoraggio consiste in:

- un terminale mobile (tablet o smartphone) dotato di connettività Internet tramite rete mobile ricompresa nel servizio;
- un insieme di dispositivi collegabili al terminale mobile tramite Bluetooth per la misura dei parametri di monitoraggio, costituito da:
 1. termometro per la misurazione della temperatura corporea;
 2. pulsossimetro per la misurazione della saturazione arteriosa di ossigeno e della frequenza cardiaca;
 3. sfigmomanometro per la misurazione della pressione arteriosa;
 4. dispositivo per la rilevazione del glucosio nel sangue;
 5. ECG;
 6. Dispositivo per la misurazione della creatinina.

5.6.3 Centrale operativa e di supporto tecnologico

La Centrale Operativa è una struttura che ha la funzione di gestione e manutenzione di un sistema informativo, attraverso il quale l'Ospedale svolge la prestazione in Telemedicina, la installazione e manutenzione degli strumenti, la fornitura, gestione e manutenzione dei mezzi di comunicazione (compresa la gestione dei messaggi di allerta) tra pazienti e medici o altri operatori sanitari, l'addestramento di pazienti e familiari all'uso degli strumenti.

La Centrale Operativa ha inoltre il compito di svolgere il monitoraggio di primo livello, in orario diurno, sugli eventi di allarme acquisiti dalla piattaforma ed allerta i Medici ospedalieri in caso di necessità.

Tra i compiti del Centro Servizi rientrano:

- predisporre il Kit di Telemonitoraggio (terminale mobile e dispositivi) affinché possa essere configurato e attivato per l'uso sul Paziente con modalità semplificate da parte di operatori non tecnici;

- provvedere alla sanificazione e manutenzione del Kit di Telemonitoraggio ritirato (comprensiva della completa cancellazione dei dati ivi registrati) prima del suo successivo riuso;
- fornire assistenza tecnica ai Pazienti ed agli operatori Sanitari tramite Help Desk per l'utilizzo della Piattaforma Applicativa e del Kit di Telemonitoraggio;
- monitorare nelle fasce orarie definite il sinottico della piattaforma. Gestire eventuali allarmi attivando, se necessario, l'intervento da parte dei medici ospedalieri.

5.7 TECNOLOGIE SANITARIE

A seguito del nuovo assetto derivante dalla riorganizzazione delle attività ambulatoriali prioritarie che necessitano di una imminente e non più procrastinabile riapertura, è stato necessario effettuare un potenziamento delle tecnologie presenti al fine di favorire e implementare un percorso controllato per pazienti ed operatori.

L'organizzazione prima dell'epidemia Covid-19 prevedeva in molti casi un utilizzo condiviso delle apparecchiature per l'attività di reparto e per quella ambulatoriale.

Quest'ultima in particolare, in buona parte dei casi, veniva svolta nel piano e nei locali annessi ai reparti di degenza almeno per quanto concerne le visite specialistiche con necessità di tecnologia.

Con questa nuova organizzazione, volta a limitare e circoscrivere quanto più possibile gli accessi dei pazienti esterni, alcune attività specialistiche verranno svolte in locali differenti da quelli prima previsti per le stesse attività e quindi, laddove non sia possibile trasportare le apparecchiature esistenti, è stato necessario provvedere ad effettuare delle nuove acquisizioni.

Il fabbisogno rilevato è di seguito riportato:

	Ecotomografi Sistemi che visualizzano sezioni di strutture anatomiche e informazioni relative al flusso ematico mediante fasci di ultrasuoni trasmessi e ricevuti da un'opportuna sonda. Tali immagini vengono visualizzate a monitor tramite opportuni software che permettono di visualizzare immagini statiche e dinamiche ed eventualmente registrate o stampate. Si definiscono multidisciplinari gli ecotomografi che supportano i software applicativi dedicati a diversi ambiti diagnostici, tipicamente l' internistica, l'ostetricia-ginecologia, le indagini vascolari e cardiologiche.	- Area Cuore - Area Pediatrica - Area Oncologica - Corpo Separato
	Elettrocardiografi Apparecchiature che, mediante elettrodi esterni collocati in posizioni standard, permettono la registrazione di potenziali elettrici connessi all'attività cardiaca dei quali forniscono una rappresentazione grafica; possono avere uno o più canali di misura e sono dotati di un sistema di stampa incorporato.	- Area Cuore
	Cardiotocografi Permette il monitoraggio del battito cardiaco fetale (frequenza, variabilità, accelerazioni, decelerazioni) tramite un microfono e le contrazioni uterine (numero, durata, tono) tramite un trasduttore, e ne permettono la correlazione per individuare eventuali situazioni di sofferenza fetale.	- Corpo Separato
	Apparecchiature varie per oculistica Apparecchiature dedicate all'attività di prime visite e visite di controllo	- Corpo Separato
	Apparecchiature varie per otorino Apparecchiature dedicate all'attività di prime visite e visite di controllo	- Corpo Separato
	Attrezzature informatiche Apparecchiature informatiche, come pc, stampanti, fax, e potenziamento della rete wi-fi.	- Area Cuore - Area Pediatrica - Area Oncologica - Corpo Separato

L'ammontare dell'importo per l'acquisizione delle presenti apparecchiature è stato stimato intorno ai 700.000 € + IVA. La presente programmazione potrebbe essere modificata sulla base delle differenti necessità che dovessero manifestarsi e del reperimento delle fonti di finanziamento.

5.8 PIANO DI RIENTRO DELLE LISTE D'ATTESA

Come illustrato nei capitoli precedenti, l'ARNAS G. Brotzu, in ragione del contesto emergenziale, ha posto in essere tutte le azioni indispensabili a farvi fronte in sicurezza, in particolare, al fine di prevenire al massimo eventuali contagi, si è reso necessario rimodulare o sospendere le attività ambulatoriali differibili e non urgenti, incluse quelle erogate in regime di libera professione intramoenia. Questo ha determinato un inevitabile incremento delle liste d'attesa per le visite ambulatoriali per le quali, ad oggi, si necessita un'efficace azione per la loro gestione.

5.8.1 Excursus: fasi del lockdown e graduale riapertura dell'attività ambulatoriale

L'aumento delle liste d'attesa è iniziato a marzo 2020, quando, in ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali, a seguito della Disposizioni ministeriali, è stata sospesa tutta l'attività ambulatoriale e di diagnostica

per immagini differibile, fino al 31/03/2020. Conseguentemente è stata disposta anche la sospensione dell'attività sanitaria erogata in regime libero-professionale.

A seguito delle successive disposizioni nazionali e in ottemperanza alle Ordinanze del Presidente della Regione Sardegna, tale sospensione (anche per l'attività libero-professionale) è stata prorogata fino al 03/05/2020.

Con una successiva Disposizione aziendale (disposizione n.5 dell'11/05/2020) si è avuta la ripresa dell'attività ambulatoriale non ulteriormente differibile e sospesa durante l'emergenza Covid, con volumi di attività estremamente contingentati per un'erogazione delle prestazioni sanitarie in sicurezza.

Al fine di riprendere l'attività ambulatoriale non ulteriormente differibile e sospesa durante l'emergenza Covid, è stato disposto il "Piano delle Attività Ambulatoriali" (sopra descritto), con il quale si è proceduto, al fine di evitare il rischio di contagio dell'infezione da SARS Cov 2, alla definizione delle modalità di accesso alle Strutture dell'Azienda, all'individuazione dei flussi dei pazienti, a una ridefinizione degli spazi da utilizzare, a una valutazione degli aspetti tecnologici ed informatici necessari per l'avvio delle attività e a una riprogrammazione temporale delle visite ambulatoriali non più differibili.

Facendo seguito alla DGR n.28/18 del 04/06/2020 e alla Disposizione aziendale n.7 del 17/06/2020, sono stati effettuati degli incontri con i diversi Direttori di Strutture Complesse e Dipartimentali. Durante gli incontri sono stati quindi riprogrammati i volumi di attività ambulatoriale secondo le linee di indirizzo regionali e secondo i principi della priorità clinica e cronologica. La riprogrammazione dei volumi di attività è stata finalizzata al recupero di tutta l'attività istituzionale precedentemente sospesa durante l'emergenza Covid e al tempo stesso alla tutela della sicurezza dei pazienti e di tutto il Personale Sanitario.

In considerazione della situazione di emergenza derivante dal crescente numero di contagi registrati nella Regione Sardegna negli ultimi mesi, con Disposizione n.8 del 2/11/2020, n.10 del 27/11/2020, dal 03/11/2020 al 15/12/2020, è stata nuovamente sospesa tutta l'attività ambulatoriale non urgente e differibile, compresa anche l'attività libero-professionale all'interno dell'Azienda.

Dal 16/12/2020, pur persistendo la situazione emergenziale, si è ritenuto necessario procedere verso una graduale ripresa di tutta l'attività ambulatoriale precedentemente sospesa e di quella libero-professionale, nel rispetto di specifici protocolli di sicurezza precedentemente formalizzati.

5.8.2 Monitoraggio attività ambulatoriali Piano Nazionale Governo Lista d'Attesa (PNGLA)

L'andamento della lista di attesa per le prestazioni momentaneamente non erogate è stato, nel tempo, oggetto di monitoraggio continuo.

A partire dal 1° luglio 2020 e durante i mesi estivi, quando la pandemia ha mostrato un rallentamento significativo nella diffusione dei contagi, si è lavorato alacremente al graduale riavvio di tutte le attività ambulatoriali per il recupero delle prestazioni "sospese", contemperando tale attività assistenziale con la necessità di garantire la fruizione delle ferie estive di tutto il Personale Sanitario.

In particolare nell'allegato A (Rif. **§Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.. Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**) si riporta la tabella di confronto relativa alle 64 prestazioni oggetto di monitoraggio che risultavano essere in stato "sospeso" alla data del 30/06/2020 (a seguito della quale si è avuta una riprogrammazione delle attività ambulatoriali finalizzata al recupero di tutto il pregresso sospeso durante l'emergenza Covid) e alla data del 30/10/2020 (data in cui, per la recrudescenza della pandemia, le prestazioni programmabili e non urgenti sono state nuovamente sospese).

Si evince chiaramente che nel periodo dal 1° luglio al 30 Ottobre 2020 sono state recuperate oltre due terzi delle prestazioni in stato "sospeso" (pari al 71%), che erano state accumulate durante il periodo del c.d. lockdown (09/03/2020 - 30/06/2020). Infatti delle 3377 prestazioni in stato sospeso al 30/06/2020, sono state recuperate 2380 prestazioni. Si precisa inoltre che, nello stesso periodo, sono state effettuate anche tutte le prestazioni già calendarizzate, nelle fasce differibili e programmate, per lo stesso periodo. Pertanto, oltre al recupero delle 2380 attività ambulatoriali, sono state eseguite ulteriori 2604 prestazioni (sempre relative alle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio).

Si può notare, inoltre, come a seguito della nuova sospensione delle attività ordinarie, ad eccezione delle prestazioni urgenti e non differibili, dal 3/11/2020 al 16/12/2020, si osserva un innalzamento del numero delle prestazioni sospese.

5.8.3 Strategia aziendale per abbattimento liste d'attesa

La riorganizzazione complessiva delle attività ambulatoriali, sia logistica, organizzativa e gestionale, atta a fronteggiare l'emergenza pandemica e nel contempo tesa ad assicurare le necessità assistenziali dei cittadini, ha messo in evidenza l'esigenza di potenziare le tecnologie sanitarie e di acquisire risorse umane al fine di dare risposte tempestive ed implementare percorsi sicuri per pazienti ed operatori.

L'Azienda è fortemente impegnata sul versante del recupero delle prestazioni sospese e si avvarrà delle prestazioni aggiuntive, finanziate con risorse RAS, come da Determine n° 1231 del 17/12/2020 e n° 1302 del 28/12/2020.

Inoltre, si intende portare tutta la problematica delle liste d'attesa, compresi i sospesi, in sede di discussione di budget, per la negoziazione con i direttori delle strutture.

Al momento attuale si stima che nell'arco di qualche mese, verranno recuperate le prestazioni sospese rilevate al 31/12/2020, come riportato nella Tabella dell'allegato A. La strategia aziendale volta al contenimento delle liste d'attesa è stata pianificata a seguito di un "governo della domanda" di prestazioni ambulatoriali da parte dei medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti), volto a una razionalizzazione della stessa nel senso di un'accurata valutazione dell'appropriatezza e congruità prescrittiva.

Ai fini di un abbattimento delle liste d'attesa, relativamente alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale, la strategia aziendale dell'ARNAS Brotzu risulta quella di aderire ad un nuovo Protocollo Operativo caratterizzato da aspetti organizzativi e gestionali ben definiti.

In particolare si rende opportuno eseguire un livellamento dei tempi medi di attesa delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio e analisi riservando maggiore attenzione e priorità alla riduzione dei volumi per le attività che non possono essere rimandate al territorio e per cui l'ARNAS G. Brotzu è HUB di II livello.

Inoltre, sempre nell'ottica di una riduzione delle liste d'attesa, ma anche con l'intento di contingentare il numero di pazienti che afferiscono ai tre PPOO in epoca di pandemia, l'Azienda è impegnata nel potenziamento della telemedicina, in particolar modo per le prestazioni ambulatoriali di controllo, in cui si rende necessario il monitoraggio clinico del paziente, con l'obiettivo di consentire un'adequata assistenza sanitaria ai pazienti cronici o nei follow-up, con o senza l'ausilio di modalità telematiche.

5.9 CONCLUSIONI

A seguito della situazione pandemica, con il rispetto delle disposizioni atte alla prevenzione e/o contenimento della diffusione dell'infezione da SARS Cov2, si è avuto un peggioramento delle liste d'attesa per le visite ambulatoriali per cui si ha avuto la necessità di attuare un piano operativo volto alla riduzione delle stesse.

Il blocco delle prestazioni ambulatoriali e la successiva graduale ripartenza sono state l'occasione per centralizzare e razionalizzare tale operatività in ottica Lean Management definendo, di fatto, il nuovo standard a cui far convergere le scelte per la completa ripresa delle visite.

Nel documento sono stati riportati gli aspetti complessivi di carattere organizzativo, gestionale, logistico e afferenti alle tecnologie sanitarie oggetto di analisi per l'attuazione del nuovo piano operativo per la ripresa delle attività ambulatoriali.

6 IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA DELL'AOU DI CAGLIARI

6.1 SCENARIO DI RIFERIMENTO

La dimensione pandemica caratterizzata dalla rapida diffusione del virus SARS Cov-2, ha determinato un significativo cambiamento nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e la sospensione temporanea dell'attività programmata in seguito alle drastiche misure di contenimento messe in atto ed ha imposto una rapida revisione delle modalità organizzative dei servizi per rendere l'offerta rispondente ai bisogni della popolazione nel momento dell'emergenza COVID-19 e nel contempo garantire la sicurezza dei processi. In particolare la trasformazione dei processi di erogazione ha interessato principalmente l'attività ordinaria sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate, sia sul versante delle attività di ricovero ospedaliero sia sul versante delle attività ambulatoriale, con sospensione delle attività programmate come disposto dalle circolari del Ministero della Salute protocollo n. 2627 del 01 marzo 2020 : "Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19", e dalle successive n. 7422 del 16 marzo 2020 e n. 7865 del 25 marzo 2020 "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19", e le conseguenti integrazioni e note regionali applicative.

L'evoluzione successiva ha comportato la necessità di riavviare le attività cliniche sospese, rendendo necessaria l'emanazione di linee di indirizzo volte al contenimento del rischio di ripresa di focolai epidemici. Per tale motivo si è provveduto a dare indicazione e misure omogenee a tutti i servizi dell'AOU per orientare i comportamenti di tutti gli attori del processo sanitario: utenti, operatori sanitari, fornitori, visitatori, volontari ecc. Le misure contenute in questo documento sono state armonizzate con quelle emanate dai soggetti istituzionali.

6.2 INDIRIZZI IN TEMA DI RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA

Con riferimento alla Circolare del Ministero della Salute (1.6.2020) "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19" l'AOU di Cagliari con Delibera del DG n. 876 del 03.07.2020 avente ad oggetto "Approvazione Piano per la ripresa delle attività ambulatoriali Emergenza Covid19" ha predisposto un "piano" di graduale riavvio delle attività sanitarie finora sospese, anche per i soggetti esterni, tenendo conto delle proprie specificità organizzative, strutturali e di contesto, previa predisposizione di precise misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti coinvolti, secondo un modello organizzativo "partecipato", in ottemperanza allo "Accordo Governo organizzazioni datoriali e sindacali sulla sicurezza al lavoro per emergenza Coronavirus" del 24 aprile 2020 e al "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARSCoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione" (INAIL). Nello specifico ha consentito la ripresa graduale dell'erogazione delle prestazioni programmabili da parte dell'Azienda relative ad esami o visite in classe di priorità D (Differibile) e la ripresa delle attività ambulatoriali per le priorità P (Programmata) dei pazienti cronici già presi in carico dall'Azienda. Per alcune discipline sono state riprese anche le prime visite, da luglio in poi sono state praticamente aperte quasi tutte. Ogni scelta e azione ha avuto come fulcro l'attenzione per la popolazione ed i pazienti, considerando le esigenze di tutti e le specificità di quelli fragili o in condizioni particolari. Si è tenuta in forte considerazione il "rischio di venire a contatto con fonti di contagio in occasione di lavoro, di prossimità connessa ai processi lavorativi, nonché l'impatto legato al rischio di aggregazione sociale anche verso "terzi" e il "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro" stipulato tra Governo e Parti sociali il 24 aprile 2020 e richiamato come Allegato 12 dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 2020 recante "Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19". Sono stati realizzati diversi incontri di informazione/condivisione del presente "Piano" tra la Direzione Sanitaria e tutte le SC ed SSD dei diversi

Dipartimenti Assistenziali Integrati, che hanno portato anche alla redazione di documenti di “Gestione attività ambulatoriale Fase 2” sia in ambito chirurgico che internistico.

6.3 METODOLOGIA

La necessità di garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere garantendo nel contempo l'accesso ai Servizi ambulatoriali e diagnostici in totale sicurezza ha portato l'AOU Cagliari a riqualificare i processi organizzativi comprendenti azioni generali di sistema, azioni orientate a garantire l'accessibilità alle strutture sanitarie in sicurezza e rimodulazione delle Agende di prenotazione CUP. L'obiettivo che ci si è prefissi è stato quello di definire misure adeguate ed omogenee in tutti i servizi dell'AOU in grado di incidere sui comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie (utenti, operatori sanitari, fornitori, visitatori, volontari e quant'altri intervengano nel percorso assistenziale), al fine di garantire il riavvio delle attività sanitarie in sicurezza ed appropriatezza.

6.3.1 Azioni di sistema

In attuazione della DGR 28/18 del 4.06.2020 inerente le linee di indirizzo per la riprogrammazione delle attività ambulatoriali, di ricovero ospedaliero programmato e per le attività ambulatoriali, si è avviato il processo di recupero delle attività sanitarie programmate, con particolare riferimento a quelle specialistiche ambulatoriali, regolamentando gli accessi alle strutture, predisponendo agende con appuntamenti distanziati, individuando percorsi per pazienti particolari.

Le indicazioni generali, comuni a tutti i servizi (e quindi richiamate nei diversi strumenti organizzativi, quali percorsi e procedure) hanno riguardato i seguenti aspetti:

Ambiente fisico e strumenti

- Revisione spazi;
- Percorsi o Locali dedicati;
- Dispenser, cartellonistica, ecc...

Organizzazione

- Individuazione di un Referente per l'adozione e la supervisione della messa in atto delle misure previste;
- Protocolli di igienizzazione e sanificazione;
- Gestione pratiche a distanza • Prenotazioni • Pagamento ticket;
- Orari ampliati, appuntamenti contingentati e distanziati;
- Prenotazioni attraverso il CUP, sulla base di un numero stabilito dalla UO;
- Colloquio telefonico di Pre-triage per la valutazione delle condizioni del paziente ed eventuale conferma della visita, con l'ausilio di una scheda predisposta all'uopo;
- Verifiche all'accesso e vigilanza sui comportamenti;
- Erogazione prestazioni a distanza (online, telefoniche...);
- Protocolli e procedure con relative schede per una applicazione uniforme.

Lavoratori

- DPI e vigilanza sul loro utilizzo;
- Formazione;

Studenti

- DPI e vigilanza sul loro utilizzo;
- Istruzione;

Pazienti (ed eventuale accompagnatore)

- Informazione e istruzione;

- Comunicazione e ascolto;

Fornitori

- Informazione;
- Regole per l'accesso.

6.3.2 Accesso alle strutture

È stata effettuata una valutazione logistica da parte di tutti i servizi dell'AOU (sia presso il presidio di Monserrato che presso il presidio del San Giovanni di Dio) relativamente a:

- spazi interni (n. ambulatori, sala di attesa, locali di passaggio, spazi comuni);
- spazi esterni (antistanti a ciascuna struttura per sosta degli utenti in attesa di triage).

È stata posta particolare attenzione a:

- disponibilità di dispositivi di protezione e di materiale per la disinfezione per tutelare operatori e utenti;
- organizzazione del pre triage telefonico 48 ore prima della data fissata per la visita/prestazione, per una prima valutazione dello stato di salute del paziente al quale devono essere comunicate tutte le misure che verranno adottate per la prevenzione della trasmissione del SARS-CoV-2 e viene verificato se il paziente ha assoluto bisogno di accompagnatore/caregiver e in tal caso anche a quest'ultimo va effettuato il Pre-Triage telefonico;
- organizzazione di check points per la valutazione tramite triage di chiunque entri nella struttura con definizione di modalità operative per il triage l'accesso alle strutture sanitarie per prestazioni specialistiche;
- organizzazione di punti di effettuazione dei tamponi.

L'accesso alla struttura è consentito alla sola persona che riceve la prestazione, limitando l'accesso ad un accompagnatore nei soli casi di reale necessità (minori, disabili, non autosufficienti) ed all'orario dell'appuntamento (non è consentito l'accesso con eccessivo anticipo e nemmeno con ritardo).

6.3.3 Individuazione di percorsi per i positivi al triage

Per evitare la contaminazione delle strutture "pulite", si sono individuati percorsi separati per i casi sospetti che necessitano di prestazione non procrastinabile (urgente).

Nel caso di sospetto COVID o in caso di contatto con pazienti risultati positivi al COVID19 viene data indicazione ai pazienti che, stante la condizione rilevata, è opportuna una rivalutazione da parte del MMG/PLS che provvederà all'attivazione del percorso di cura più appropriato.

Il medico curante (MMG/PLS), nella rivalutazione dei pazienti, se del caso deve fare la segnalazione all'UCL USCA del distretto di residenza. Gli operatori devono provvedere ad attuare le misure di sanificazione degli ambienti e degli oggetti con i quali il paziente è venuto a contatto.

6.3.4 Rimodulazione delle agende CUP

In conseguenza alla sospensione dell'accesso diretto, tutte le agende di prenotazione sono state rivisitate secondo una tempistica che garantisce sicurezza ad utenti e operatori, programmando gli slot prestazionali con previsione tra una visita/prestazione e la successiva un tempo adeguato (almeno 15') per la detersione/disinfezione delle superfici e delle apparecchiature con cui il paziente è venuto a contatto.

Sono quindi state create delle nuove agende sulle quali ricollocare tutti gli appuntamenti sospesi per l'emergenza COVID19 (marzo-maggio). Gli appuntamenti già prenotati ante COVID nei mesi successivi (giugno-dicembre) sono stati ricollocati, seguendo l'ordine cronologico, in date successive fino ad esaurimento delle prenotazioni.

La rimodulazione delle Agende ha comportato una riduzione significativa delle prestazioni erogate pari a circa il 41% che varia mediamente dal 57%, per alcune visite (ad es., dermatologia), al 29%, per altre visite (ad es. visita cardiologica) e indagini strumentali.

6.4 PIANIFICAZIONE RECUPERO (ALLEGATO 3)

Tutte le strutture Ambulatoriali sulla base delle indicazioni della Direzione sanitaria, hanno provveduto a riprogrammare le prestazioni ancora in lista d'attesa e non erogate nel periodo del lockdown, tramite attività di *recall* ai singoli pazienti e conseguente ricollocazione nelle agende, offrendo la prima disponibilità, possibilmente nello stesso ambulatorio, nel rispetto degli ambiti di garanzia, previa accettazione da parte del paziente.

Ogni struttura ha poi provveduto a proporre la riorganizzazione delle agende per le nuove prenotazioni, nel rispetto delle indicazioni di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori e dei cittadini che accedono alle Strutture Sanitarie.

Nei piani di recupero e riorganizzazione è stata analizzata la disponibilità dell'offerta, anche in relazione alla nuova tempistica e delle prestazioni comunque da garantire, tenuto conto anche di alcune criticità presenti:

1. carenza medici delle diverse specialità per l'ampliamento di giornate e orari di attività;
2. carenza di personale sanitario del comparto e/o amministrativo di supporto alle attività specialistiche ambulatoriali;
3. impatto del piano ferie;
4. allungamento dei tempi di erogazione legate alla effettuazione dei tamponi;
5. molte agende quasi sature, da giugno in avanti, con appuntamenti antecedenti il blocco delle prenotazioni determinato dall'emergenza.

In particolare la modalità di erogazione dell'attività specialistica ambulatoriale progettata per l'emergenza ed il recupero, ha richiesto e richiede un forte investimento di personale sanitario infermieristico e OSS per supportare nuove modalità organizzative, attualmente non nella disponibilità aziendale.

Nel 2020 sono state erogate prestazioni pari al 59,2 % rispetto a quelle erogate nell'anno 2019 (confronto tra Prestazioni oggetto PRGLA anno 2019 e prestazioni oggetto PRGLA 2020), come di seguito evidenziato (allegato 1).

L'analisi dei tempi medi d'attesa relativi alle prestazioni di cui sopra, relativi al periodo Gennaio - Ottobre 2020 comprendente il primo periodo di chiusura e la fase di riavvio , evidenzia una tendenziale, seppur non diffusa, riduzione del tempo intercorrente tra la prenotazione e l'esecuzione della visita, rispetto al valore obiettivo, decremento presumibilmente determinato sia dall'interruzione dell'erogazione delle prestazioni nel periodo di lockdown sia perché nel medesimo periodo sono state prenotate ed erogate esclusivamente prestazioni U e B. Le maggiori criticità sono evidenti per le prestazioni strumentali e gli accertamenti diagnostici radiologici.

6.5 CRITICITÀ

Il volume di prestazioni pianificate durante il Periodo dal 10/03/2020 al 14/06/2020 da ricollocare è pari a 3502, pari al 7% del volume annuale del totale delle prestazioni ordinariamente erogabili in AOU, son stati parzialmente recuperati nonostante la carenza di personale e l'allungamento della tempistica di erogazione delle visite e degli esami strumentali che è stato necessario rideterminare considerando anche i tempi di pre-triage, triage, sanificazione pre e post intervento, determinando così spazi prestazionali ridotti rispetto alla situazione ordinaria.

La riorganizzazione dei percorsi sanitari ha richiesto tempo e risorse necessari per l'organizzazione di accessi e uscite che non creassero assembramento nelle strutture.

Altra criticità rilevata nel corso del periodo di pandemia è stata l'elevato contagio del virus, proprio tra il personale sanitario.

La seconda ondata epidemica che ha colpito la Regione Sardegna a decorrere da Settembre 2020, per l'alta intensità dei contagi e dei ricoveri, ha coinvolto la quasi totalità dei Presidi ospedalieri ricadenti nell'area del sud Sardegna. Quelli pienamente individuati come Ospedali Covid+ altri, seppur nominalmente Covid- come parzialmente l'AOU, per l'intensa attività di Pronto Soccorso e il dilatarsi delle così dette "Aree Grigie" dove pazienti positivi al Virus, hanno dovuto sostare ed essere trattati a lungo per impossibilità di essere ricollocati in ospedali Covid+. L'Aou per fronteggiare tale situazione emergenziale, oltre la sospensione delle attività ambulatoriali, ha ridotto spazi destinati ai servizi sanitari esterni per fronteggiare il carico assistenziale causato dalle chiusure dei PS del SS.Trinità e dell'ospedale Marino.

In seguito alle disposizioni contenute nella DGR nr 58/3 del 20/11/2020 , recepita con Delibera del DG nr. 1443 del 20/11/2020 , sono state avviati nuovi processi di riorganizzazione logistica , comprendenti anche l'introduzione di modifiche per l'accettazione di strutture territoriali dislocate presso l'ospedale Binaghi, oltreché la clinica Ortopedica dell'Ospedale Marino.

Da gennaio 2021 , presso il presidio di Monserrato vengono effettuate le vaccinazioni al personale dell'AOU ed alle Forze dell'Ordine secondo disposizioni Nazionali e Regionali. Attualmente vengono somministrate 250 dosi di vaccino/die per 5 gg. settimana. E' previsto un incremento a 320 dosi. Tale attività impegna strutture ambulatoriali e risorse professionali.

Ulteriore elemento che accresce le difficoltà organizzative in questo periodo pandemico, è la necessità di dover garantire, almeno parzialmente, percorsi di tirocinio, in sicurezza, in presenza ai medici specializzandi ed agli studenti delle professioni sanitarie, che costituiscono il bacino professionale indispensabile al SSR.

6.6 STRATEGIA AZIENDALE PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA

Tutte le strutture aziendali, anche durante i periodi di chiusura (vedi allegato 3) hanno ripreso ad erogare prestazioni ambulatoriali nei limiti della nuova tempistica e delle procedure anti Covid, così come già evidenziato, e compatibilmente con i diversi processi di rivisitazione logistica in seguito alle disposizioni regionali ed alle nuove attività legate all'impegno vaccinale. Il progetto "Abbattimento liste d'attesa" è prevalentemente orientato alla creazione di nuovi ulteriori slot prestazionali per il riassorbimento e la ricollocazione delle prestazioni non erogate nel periodo del lockdown.

Le prestazioni precedentemente non erogate sono state oggetto di recall e sono risultate o già fatte presso altre strutture sanitarie e ambulatori privati, o non più necessarie, o ricollocate e queste ultime in buona parte già effettuate.

Le azioni strategiche che AOU Cagliari, di concerto con l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, intende percorrere, in linea con le direttive nazionali e regionali per il Governo delle Liste d'Attesa nel corso dell'anno 2021, non potranno non tener conto di quelle che sarà l'evoluzione dell'evento epidemico in corso nel contesto regionale.

Avendo tra gli obiettivi dichiarati, Regione Sardegna ed AOU Cagliari, quello di ridurre in modo considerevole la circolazione virale entro i primi 4-5 mesi dell'anno, è auspicabile che ci sia una vigorosa ripresa dell'attività ambulatoriale nel secondo semestre del 2021.

Alcune delle criticità evidenziate nel corso dell'anno 2020 hanno un carattere strutturale, in particolare la carenza di personale medico, infermieristico, tecnico ed operatori sociosanitari, che è diventato ormai un elemento strutturale del panorama sanitario italiano e sardo rendendo difficile coniugare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere diffuse in modo molto frammentato nel territorio regionale.

La carenza di risorse professionali nel mercato del lavoro fa sì che le risorse stanziare per l'abbattimento delle liste d'attesa producano minimali o parziali sulla riduzione dei tempi di attesa e comunque introducono nel sistema dei caratteri di anti economicità, conducendo al diffuso utilizzo di strumenti come lo straordinario o delle prestazioni in libera professione per conto dell'azienda (prestazioni aggiuntive).

La strategia futura per il governo delle liste d'attesa dovrà necessariamente passare attraverso una *"riorganizzazione dei servizi territoriali"* anche attraverso l'uso di centrali operative territoriali come quelle della

non urgenza previste nel sistema 116 117 che conduca ad una progressiva presa in carico dei pazienti cronici è la programmazione automatica degli esami diagnostici a loro dedicati, che, come noto, rappresentano una percentuale importante degli esami programmabili o differibili, limitando così l'uso del CUP e della prenotazione agli esami collegati al primo evento prevalentemente esami brevi o differibili.

In seconda battuta sarà indispensabile la *“riorganizzazione della rete ospedaliera”* con una ridefinizione del ruolo nei piccoli ospedali nella rete di gestione delle patologie specialistiche che preveda il loro collegamento con la medicina del territorio, cosa che potrebbe condurre ad un miglior governo delle prestazioni ambulatoriali e soprattutto delle risorse umane attualmente carenti.

La terza leva per la governance delle prestazioni ambulatoriali, probabilmente la più importante in questo contesto, è il governo della *“appropriatezza prescrittiva”*.

Gli strumenti tecnologici attualmente disponibili si giovano della ormai diffusa prescrizione dematerializzata e permettono, attraverso software che utilizzano dei motori semantici, l'analisi del corretto collegamento tra l'esame prescritto ed il quesito diagnostico, permettendo così di avere una mappatura precisa (anche con l'utilizzazione di mappe termiche) delle aree di inappropriata prescrizione o di inappropriata nell'uso dei raggruppamenti di attesa omogenei.

Un corretto e diffuso utilizzo di questi strumenti potrebbe permettere di rimodulare i volumi di prestazioni nelle varie aree e/o di effettuare delle campagne di attività formativa per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

Questa leva congiuntamente alle altre potrebbe garantire anche in un contesto di criticità il governo complessivo delle prestazioni ambulatoriali in modo efficace e con un abbattimento significativo dei tempi di attesa in particolare per gli eventi collegati al primo evento, evitando che l'attesa per esecuzione di esami collegati alle patologie croniche si mescolino alle attese dei primi eventi e quindi alterino il monitoraggio e la lettura dei tempi di attesa in senso peggiorativo.

6.6.1 Telemedicina/Televisita

Nel periodo del lockdown, in attuazione della DGR n. 28/18 del 4.6.2020, così come richiamata nella DGR 40/4 del 4/08/2020, si è rilevata la necessità di potenziare meccanismi di continuità assistenziale per i pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19. In questa fase di emergenza è quanto mai necessario assicurare ai pazienti la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata, anche tramite le attività di telemedicina individuate come televisite e teleconsulti. La Televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente. L'atto sanitario di diagnosi che scaturisce dalla visita può dar luogo alla prescrizione di farmaci o di cure. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Il collegamento deve consentire di vedere e interagire con il paziente e deve avvenire in tempo reale o differito. L'interazione tra il medico e il paziente verrà assicurata attraverso un collegamento tipo call-conference, anche differito rispetto alla acquisizione di eventuale documentazione clinica (referti di esami laboratorio, diagnostica strumentale, altro), di complessità tecnologica (chiamata, videochiamata, trasmissione immagini tipo lesioni/ferite etc.) proporzionale alle necessità cliniche a valutazione del medico che esegue la televisita. È in programma l'acquisizione di un applicativo specifico al fine di una agevole e più efficiente gestione delle visite dei pazienti durante l'attuale emergenza sanitaria.

6.6.2 Attività Libero Professionale Intramoenia

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali intramoenia (ALPI) erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, deve essere assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Il corretto rapporto tra l'attività ALPI e quella istituzionale, oltre ad essere costantemente monitorata è stato tenuto sotto controllo in particolar modo per l'anno 2020, considerata l'epidemia Covid-19. L'attività è stata

interrotta sin dal mese di marzo e riattivata nel mese di luglio 2020. Il Report riportato nell'allegato 3, evidenzia il volume delle prestazioni effettuate in ALPI in rapporto all'attività istituzionale per l'AOU Cagliari.

Appare evidente, dalla tabella dell'allegato 4, che il ricorso all'Attività Libero Professionale Intramoenia, nell'anno 2020 confrontata con quella dell'anno 2019, non viene considerata una valida alternativa a quelle erogate in regime istituzionale.

6.7 CONSIDERAZIONI FINALI

La gestione e il governo delle liste d'attesa rappresenta un tema di assoluta rilevanza, soprattutto nel periodo emergenziale SARS- Co-V-2. La sospensione delle attività ordinarie ambulatoriali e ospedaliere nella prima fase dell'emergenza, derivante anche dal lockdown – al netto della garanzia delle prestazioni urgenti e non differibili – ha, di fatto, aggravato la situazione preesistente al COVID, soprattutto dove le liste d'attesa rappresentavano già un importante elemento di criticità, inoltre avrà una ripercussione nel medio-lungo termine, sulla salute delle nostre comunità (vedi incremento di mortalità e riduzione della speranza di vita), che avrà necessariamente una ripercussione incrementale sulle liste d'attesa.

Esse costituiscono un fenomeno molto complesso, punto di arrivo di diversi problemi, alcuni di livello nazionale, altri - più frequentemente - di livello regionale o locale. Può essere errato interpretare sempre allo stesso modo le cause delle attese o proporre soluzioni generali valide per tutto. Sembra invece più opportuno accettare la complessità della situazione ed agire in modo ragionevolmente attivo e selettivo, coinvolgendo anche gli utenti nell'uso più consapevole dei servizi. Occorre puntare sul governo della domanda con l'appropriatezza prescrittiva e i relativi sistemi di controllo, e sulla riorganizzazione dell'offerta con l'utilizzo di modalità alternative di erogazione di servizi come la telemedicina, la presa in carico del paziente cronico (implementazione dei PDTA) e l'esclusione dalle liste d'attesa dei pazienti screening. Le risorse attribuite dall'Amministrazione Regionale saranno utilizzate al meglio anche attraverso la definizione di piani operativi puntuali, finalizzati all'aumento delle attività laddove vi siano attese più lunghe nell'erogazione delle prestazioni. Tuttavia, l'imminente avvio della riorganizzazione dell'assetto istituzionale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'impegno richiesto sia alle Segreterie Cup che ai professionisti ospedalieri nei Programmi Vaccinali dell'intera popolazione della Sardegna, potrebbero rallentare la ripresa dell'attività ambulatoriale rispetto a quanto previsto in sede di programmazione dell'attività già avviata dai primi mesi dell'anno 2020.

7 IL PIANO DI RECUPERO DELLE LISTE D'ATTESA DELL'AOU SASSARI

7.1 PREMESSA

Al fine di far fronte alla fase più critica dell'emergenza, con note PG/2020/5252 del 5 marzo e PG/2020/5420 del 9 marzo, la Direzione Generale ha sospeso tutte le attività di ricovero, chirurgiche e ambulatoriali differibili e programmabili, ad eccezione delle prestazioni con carattere di urgenza e non procrastinabili.

Allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, la situazione epidemiologica dell'infezione, caratterizzata attualmente da una flessione della curva epidemica, appare compatibile con l'impostazione di una seconda fase volta al riavvio graduale dell'attività sospesa, così come già riprogrammata da molte regioni italiane e sulla base delle Linee di indirizzo della Regione Sardegna (Del. N. 28/18 del 4.06.2020), improntata ai criteri di garanzia della sicurezza degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela dei cittadini che necessitano di trattamenti non ulteriormente rimandabili.

La ripresa attenta e graduale dell'attività programmata e non urgente necessita di una revisione delle modalità organizzative e di erogazione delle prestazioni, nel massimo rispetto delle norme igienico-sanitarie e delle regole del distanziamento sociale, che garantiscano all'utenza l'accesso in sicurezza e consentano a tutto il personale sanitario di operare nel rispetto delle misure preventive.

Il presente documento contiene iniziali indicazioni di carattere generale e specifico per la ripresa dell'attività ambulatoriale, il riavvio delle attività di ricovero ordinarie sarà oggetto invece di apposito ulteriore documento.

Come gran parte delle procedure è da considerarsi un "work in progress", soggetto a revisioni in funzione del monitoraggio ed alla implementazione delle attività (è stato attivato dalla Direzione Strategica un apposito gruppo di audit), dell'evoluzione del quadro epidemico e del conseguente quadro normativo e regolatorio.

7.2 MODALITÀ GENERALI DI ACCESSO ALLE STRUTTURE

L'accesso alle strutture sanitarie aziendali ha un primo livello di verifica e controllo corrispondente agli accessi dei vari plessi/padiglioni ospedalieri di cui è composta l'AOU di SS; l'obiettivo è quello di cercare di identificare ed intercettare quanto più possibile i soggetti in grado di veicolare l'infezione, anche asintomatici, per evitare che entrino in contatto non protetto con utenti e operatori a rischio di contrarla.

Le misure di regolamentazione dell'accesso all'ospedale comprendono in particolare:

1. la limitazione degli accessi ai casi di comprovata necessità;
2. il distanziamento interpersonale.

Ogni accesso alla Struttura sanitaria deve avere una valida motivazione e, al di fuori di situazioni di urgenza/emergenza, dev'essere di norma programmato

7.3 LIMITAZIONE DEGLI ACCESSI PER GLI UTENTI E VISITATORI

L'accesso all'interno delle Strutture sanitarie è consentito solo nei casi di effettiva necessità e tiene conto dei volumi di afflusso al fine di evitare gli assembramenti. L'accesso alle prestazioni deve avvenire prioritariamente previa prenotazione.

Nelle Strutture dell'AOU di Sassari possono accedere solo le persone che devono:

- fruire di prestazioni sanitarie quali ricovero urgente o programmato, ordinario o in DH, prestazioni ambulatoriali (urgenti o programmate), prestazioni correlate ad un pregresso episodio di ricovero o "cicli" di prestazioni (es. Dialisi);
- fruire di prestazioni non erogabili a distanza (es. ritiro di farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera, prestazioni amministrative non fruibili da casa per mancanza per es. di strumenti informatici);

- assistere un minore o un disabile;
- tornare nella Struttura per prestazioni urgenti correlate all'accesso al PS: l'accesso è consentito previa esibizione del verbale di PS;
- effettuare un colloquio con personale medico relativo a comunicazione di diagnosi, esito di esami istologici ecc., solo se strettamente necessario, organizzando il colloquio in un orario di minor afflusso di pubblico, fornendo al paziente un sms o una mail giustificativi per l'accesso ai Check Point;
- lavorarvi, a qualunque titolo.

Le visite ai degenti in questa fase sono ancora sospese, tranne situazioni particolari definite e autorizzate dai Responsabili delle singole Strutture in accordo con la Direzione e fino ad ulteriore disposizione aziendale.

Fermo restando le misure di prevenzione da contatto e da droplet già previste nei DPCM, nelle circolari del Ministero Salute e dell'ISS, che riguardano la sanificazione e la disinfezione di ambienti, superfici e attrezzature e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, l'accesso in sicurezza dei pazienti alle strutture ospedaliere dell'AOU di Sassari avviene con le modalità di seguito descritte.

7.3.1 Check Point ingressi

In ogni area di accesso alle strutture aziendali sono previsti Check Point con funzioni di verifica ed indirizzamento degli utenti, con il supporto del personale di vigilanza con il compito di:

- regolare gli ingressi facendo sostare gli utenti ad almeno un metro di distanza uno dall'altro;
- verificare che l'utente indossi la mascherina chirurgica, senza la quale è vietato a chiunque accedere in ospedale, fornendola se questo ne fosse sprovvisto (non è consentito l'uso di maschere dotate di valvola di efflusso);
- invitare il paziente a igienizzare le mani in ingresso e in uscita mediante gel alcolico a disposizione in tutti gli ingressi;
- verificare che abbia l'appuntamento per quella giornata e per quell'orario. Non ammettere chi arriva in eccessivo anticipo invitandolo a presentarsi all'appuntamento all'orario prestabilito per la prestazione;
- sottoporre a triage il paziente che ha i requisiti di cui sopra mediante:
 - misurazione della temperatura corporea, che deve essere $< 37,5^{\circ}\text{C}$ (in caso di dubbio, va ricontrollata, più volte e in più sedi, anche con termometri diversi);
 - verifica del possesso di una scheda di autocertificazione dello stato di salute e di eventuali contatti a rischio di contagio Sars-CoV-2 (la scheda è preinviata dalla Unità Operativa dell'AOU o scaricabile dal sito aziendale);
 - se necessario, consegna della stessa scheda con compilazione prima dell'ingresso;
- bloccare l'accesso all'interno dell'ospedale al paziente positivo al triage, valutando la possibilità, previa comunicazione al medico dell'ambulatorio di destinazione, dell'esecuzione del TNF e/o reinvio al proprio medico curante;
- consentire l'accesso alla sola persona che deve ricevere la prestazione. La presenza di un solo accompagnatore è permessa nei casi di reale necessità (minori, disabili o comunque non autosufficienti, persone fragili in genere o con difficoltà linguistiche). L'ingresso ai bambini è consentito solo per motivi sanitari e possono essere accompagnati da un solo genitore.

Per i pazienti che devono effettuare cicli di terapia (radioterapia, chemioterapia, dialisi, ecc.) può essere predisposto un pass (concordato con la Direzione e firmato dal responsabile della Struttura di riferimento) da esibire al personale dei varchi, per agevolare il controllo e snellire l'attesa.

Gli orari di apertura dei Check Point, a seconda dei servizi a cui consentono l'accesso, si distinguono in due fasce orarie differenti: 7-20 e H 24.

Il personale addetto alla vigilanza ha l'incarico di identificare i pazienti in appuntamento che effettuano l'accesso alla Struttura tramite:

- la verifica della prenotazione attraverso la lista degli appuntamenti fornita dal CUP;
- la verifica dell'appuntamento attraverso la lista fornita dalla U.O. per i pazienti in dimissione protetta o dall'ufficio competente per chi debba espletare pratiche amministrative;
- la verifica del modulo di appuntamento esibito dal paziente in dimissione protetta.

La lista delle prenotazioni CUP viene elaborata dal Servizio CUP Aziendale e inviata, suddivisa per plesso/punto di accesso, agli addetti alla Vigilanza entro le ore 16.30 del giorno precedente. La lista deve contenere i nominativi, i numeri e gli orari di prenotazione dei pazienti, elencati in ordine di appuntamento.

La lista degli appuntamenti UU.OO./Uffici viene elaborata dalle Strutture per i pazienti in dimissione protetta che non necessitano di impegnativa per espletare la prenotazione, o dagli uffici per chi deve espletare pratiche amministrative. La lista, contenente i nominativi e gli orari di appuntamento dei pazienti, deve essere consegnata agli addetti alla Vigilanza entro le ore 16.30 del giorno precedente.

Il modulo di appuntamento è il documento, indicante nominativo e orario dell'appuntamento, rilasciato dal medico al paziente al momento della dimissione.

Una volta entrati, sarà compito degli addetti al portierato e del personale degli ambulatori, ognuno per il proprio ambito lavorativo, vigilare affinché gli utenti autorizzati si rechino al luogo dove viene eseguita la prestazione (entro 10-15 minuti dall'orario prefissato), attendere nel rispetto della distanza almeno di un metro da altre persone e, una volta ottenuta la prestazione, lasciare l'ospedale.

Né utenti, né operatori sanitari devono circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale senza i corretti Dispositivi medici o Dispositivi di Protezione Individuali.

Sono presenti dispenser di gel alcolico e adeguata cartellonistica nei punti strategici dei luoghi comuni per richiamare l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di procedere frequentemente all'igiene delle mani.

Non può accedere chi ha una $T^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$ e/o segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.

I pazienti con $T^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$ e/o segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria che debbono effettuare prestazioni sanitarie indifferibili, devono accedere tramite Pronto Soccorso

Ogni utente deve essere dotato di mascherina durante tutta la permanenza nella Struttura. Dev'essere rispettato il distanziamento di almeno 1 metro tra le persone

L'accesso alle prestazioni sanitarie non può avvenire prima di 10-15 minuti dall'orario prestabilito per la prestazione.

L'utente deve lasciare la struttura immediatamente dopo aver usufruito della prestazione.

7.4 LIMITAZIONE DEGLI ACCESSI E REGOLE PER IL PERSONALE

Il personale che svolge attività lavorativa all'interno della struttura (a qualsiasi titolo) è responsabile della valutazione del proprio stato di salute e, se riscontra sintomatologia respiratoria e/o febbre ($T^{\circ} > 37,5^{\circ}\text{C}$) prima dell'inizio del servizio è tenuto a rimanere al proprio domicilio avvisando la Struttura di riferimento il cui responsabile provvederà ad informare il medico competente; se la sintomatologia di cui sopra insorgesse durante il servizio, il dipendente deve avvisare immediatamente il Responsabile dell'UO, per le azioni conseguenti (isolamento, coinvolgimento medico competente ed eventuale esecuzione TNF) e l'immediato rientro al domicilio.

Ogni dipendente, responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni per il contenimento del contagio e l'impiego dei corretti DPI, in rapporto al proprio ruolo e livello di responsabilità, si impegna ad applicare le misure di prevenzione e contenimento delle infezioni in tutto l'ambito aziendale.

7.4.1 Il distanziamento interpersonale

In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie devono essere assicurate le condizioni per mantenere una distanza fra le persone di almeno 1 m (quando possibile anche una distanza maggiore), specie negli spazi comuni, che comprendono: sale d'attesa dei vari servizi/reparti, corridoi, zone ristoro, servizi igienici, spazi di attesa esterni aperti. Tali distanze devono comunque essere commisurate, e se necessario incrementate, anche alle caratteristiche dell'ambiente ed alla circolazione dei pazienti all'interno dello stesso.

È inoltre necessario raccomandare all'utenza ed agli operatori, mediante appositi avvisi, la necessità di ridurre al minimo la permanenza negli spazi ristretti individuali (ascensori, servizi igienici, ecc.).

Si confermano per tutti, anche tramite apposizione di specifica segnaletica, le norme per il rispetto delle distanze minime e delle altre misure di prevenzione in tutti gli spazi comuni.

7.5 GESTIONE PRENOTAZIONI

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti dovuta all'emergenza Covid-19 ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato.

La ripresa dell'attività nel rispetto di tutte le indicazioni di sicurezza prevede azioni sui seguenti fronti:

a. Recupero dell'attività precedentemente sospesa

L'AOU avvia un piano di recupero delle prenotazioni, a cura delle Strutture interessate e di concerto con il CUP Aziendale, che hanno subito una sospensione a causa dell'emergenza sanitaria.

Le prenotazioni di prestazioni di primo accesso che sono state sospese dovranno essere recuperate ed erogate, in primis a partire dalle strutture che non sono coinvolte ancora direttamente nella gestione dell'emergenza Covid-19 o dove vi sia il personale disponibile all'erogazione di attività specialistica in quanto non già impegnato in attività collegate all'emergenza.

Presso tali strutture, quindi, per garantire un equilibrio tra la dilazione degli appuntamenti ed il recupero del maggior numero di appuntamenti sospesi, occorre prevedere:

1. una riarticolazione delle agende di prenotazione;
2. il contenimento della riduzione della capacità produttiva attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori anche nella fascia pomeridiana, serale e prefestiva;
3. la riorganizzazione delle attività correlate alla prestazione con espletamento telefonico di ogni attività di anamnesi e di informazione (sia precedente che successiva alla prestazione stessa). La libera professione intramuraria potrà essere riattivata, anche in allargata, in quota parte, per le discipline e strutture in cui riprende l'attività istituzionale, che comunque mantiene la priorità. Anche nell'attività intramoenia allargata dev'essere garantito il rispetto di tutte le misure igienico- organizzative, indicate anche nel presente documento.

b. Accesso in prenotazione per nuove prestazioni

Si confermano le precedenti indicazioni in merito alle attività non sospese da garantire, ovvero:

- prestazioni con classe di priorità U (72h) e B (10 gg);
- prestazioni non procrastinabili (patologie croniche e rare);
- prestazioni onco-ematologiche, radioterapiche e chemioterapiche;
- prestazioni individuate come indispensabili dallo specialista di riferimento (tra queste si segnalano i controlli post-operatori e le prestazioni riabilitative post-chirurgiche e post- dimissione ospedaliera);
- prestazioni dialitiche;

- prestazioni per pazienti in TAO.

Si precisa inoltre che nell'ambito delle prestazioni non procrastinabili rientrano quelle da garantire ai pazienti che hanno avuto il Covid-19 e, nonostante siano stati dimessi dall'ospedale perché risultati negativi al virus, necessitano ancora di controlli per la presenza di complicanze.

Per quanto concerne l'accesso per prestazioni con classe di priorità D e P, è necessario, soprattutto nei primi mesi di riavvio delle attività ordinarie, limitarlo ai casi in cui l'approfondimento diagnostico è indispensabile per la definizione di un quadro clinico complesso e l'avvio di una terapia appropriata.

In tal senso occorre riprendere il lavoro sulle condizioni di appropriatezza clinica delle prescrizioni nell'ambito dei tavoli relativi a PDTA di patologia, anche al fine di sensibilizzare sull'importanza dell'appropriatezza all'uso delle risorse sanitarie e di garantire le prestazioni erogate prioritariamente alle esigenze di diagnosi per sintomi emergenti e alla presa in carico delle patologie con veloce variabilità nel tempo.

Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale si raccomanda di posticipare tutti gli interventi programmati il cui esito a breve/medio termine non abbia sostanziale impatto sulla qualità della vita della persona, soprattutto al fine di non sottrarre risorse comuni ad altri setting erogativi.

c. Riorganizzazione delle agende e prenotazione

Durante il periodo di recupero dell'attività sospesa si dovrà procedere a riorganizzare le agende e completare l'applicazione delle regole di cui al PRGLA 2019-2021 con particolare attenzione alla presa in carico da parte dello specialista.

La prenotazione dei primi accessi dovrà avvenire prioritariamente attraverso i canali prenotativi che evitano l'accesso alle strutture ovvero CUP telefonico e CUPWeb.

In generale, si dovrà potenziare il canale di prenotazione telefonica e le disponibilità dell'offerta prestazionale da mettere on line (CUPWeb). Al fine di evitare assembramenti, le prestazioni effettuate dagli operatori dei CUP ordinari saranno garantite di norma attraverso la risposta telefonica e, comunque, viene sospeso l'accesso diretto.

La prenotazione dei controlli e degli approfondimenti diagnostici necessari a seguito di un primo accesso sarà, per quanto possibile, a carico dello specialista o della struttura sanitaria senza rinvio del cittadino al proprio medico curante.

La prenotazione delle visite di controllo, sia per le agende pubbliche che per quelle riservate, dovrà essere inserita all'interno del sistema informatizzato. Per tale motivo le agende cartacee potranno essere utilizzate solo internamente all'U.O. come promemoria.

Per gli appuntamenti programmati, fino al 31 dicembre 2020, saranno sollecitati l'eventuale disdetta e il cambio appuntamento in modo da favorire il riutilizzo dei posti, con precedenza per le prestazioni con classe di priorità U (72h) e B (10 gg), e della stessa ricetta senza dover tornare dal proprio medico curante.

Sarà compito del Servizio CUP Aziendale inviare la lista delle prenotazioni, suddivisa per plesso/punto di accesso, agli addetti alla Vigilanza entro le ore 16.30 del giorno precedente.

7.6 PAGAMENTO TICKET PRESTAZIONI SANITARIE

Attualmente risulta che fino al 70% degli utenti che accedono alle prestazioni ambulatoriali aziendali possiedono un'esenzione al pagamento del relativo ticket.

Cercando di ridurre il flusso di utenti che accedono in Ospedale per prestazioni non sanitarie, al fine di contenere il rischio epidemiologico e disciplinare gli accessi alle strutture sanitarie e a quelle di supporto, come ad esempio le casse ticket, è opportuno che il pagamento delle prestazioni sanitarie venga effettuato il più possibile tramite modalità elettronica. Strumento di pagamento più sicuro rispetto a quello tradizionale perché evita possibili assembramenti alle casse ticket consentendo di pagare tramite dispositivi informatici.

A tal proposito l'utente potrà effettuare il pagamento tramite il dispositivo PagoPA, a seguito di ricezione dell'apposito promemoria rilasciato dai servizi dell'AOU.

L'utente dovrà accedere al sito <https://cupweb.sardegna salute.it/> e seguire le indicazioni fornite alla voce PagoPA.

Per effettuare un pagamento con PagoPA si può anche scaricare l'applicazione PagoPA sul proprio dispositivo, effettuare la registrazione inserendo i propri dati anagrafici, il proprio indirizzo e-mail e, al fine di perfezionare il pagamento, inserire il numero di prenotazione della prestazione sanitaria richiesta indicando anche il codice identificativo dell'ente pubblico creditore che potrà essere reperito sul sito aziendale.

È possibile effettuare pagamenti con PagoPA anche mediante:

- sportelli bancari;
- home banking;
- sportelli ATM bancomat abilitati;
- punti vendita di SISAL, Lottomatica, Banca 5;
- Uffici Postali.

Per procedere al pagamento presso una delle strutture elencate occorre consegnare/indicare il promemoria della prestazione sanitaria da pagare, controllare i dati stampati sul pre-scontrino rilasciato dal gestore e conservare la ricevuta di pagamento.

L'utente, una volta effettuato il pagamento, avrà cura di custodire la ricevuta di avvenuto pagamento che verrà consegnata al momento della prestazione sanitaria.

Gli operatori del CUP telefonico, opportunamente formati, forniranno agli utenti tutte le indicazioni utili per i pagamenti.

Gli sportelli che garantiscono il pagamento del ticket per il tramite di moneta cartacea e dispositivi bancomat, sono ubicati presso le strutture del Palazzo Rosa e Cliniche Universitarie (Stecca Bianca) garantendo un orario giornaliero dalle ore 7:30 alle ore 17:00.

Il loro utilizzo deve essere considerato comunque residuale rispetto ad altre modalità di pagamento.

L'apertura degli sportelli sarà in ogni caso garantita inderogabilmente in relazione alla lista delle prenotazioni giornaliera che verranno fornite presso gli addetti alla vigilanza quotidianamente dalla struttura CUP/ALPI, almeno entro le ore 16:30 del giorno precedente alla prestazione programmata.

Non è consentito all'utenza transitare più volte in Azienda per la stessa prestazione sanitaria. Pertanto al momento della prenotazione sarà necessario raccomandare all'utente che il pagamento del ticket presso gli sportelli cassa debba avvenire poco prima dell'accesso all'ambulatorio sanitario o, per comprovate esigenze, subito dopo.

In prossimità degli sportelli, all'interno delle sale d'attesa dedicate, viene disposta apposita segnaletica orizzontale e verticale a garanzia del distanziamento sociale a tutela ed incolumità dell'utenza. Presso le postazioni di pagamento ticket potranno essere ammessi, in contemporanea, non più di cinque utenti per volta, che dovranno disporsi in modo tale da assicurare una distanza di almeno un metro uno dall'altro, rispettando i limiti imposti dalla segnaletica orizzontale e verticale.

L'utente dovrà igienizzare le mani con l'apposito gel prima e dopo il pagamento alla cassa.

7.7 ATTIVITÀ AMBULATORIALE

La riapertura degli ambulatori avverrà in maniera graduale e per step successivi in modo da poter contingentare e monitorare il flusso di pazienti che afferiscono alle strutture intervenendo tempestivamente in caso di criticità.

Per la programmazione dell'attività ambulatoriale andranno privilegiate le modalità di erogazione di prestazioni a distanza, specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il follow-up.

Anche tutte le attività da remoto dovranno essere tracciate e refertate.

L'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in struttura dovrà essere quanto più possibile ampliato per limitare l'afflusso e lo stazionamento di persone all'interno delle sale di attesa e delle aree di visita/diagnostica.

All'atto della prenotazione l'utente verrà informato sulle modalità di accesso, sia per quanto attiene alla possibilità o meno di essere accompagnato che sulla necessità di indossare in modo corretto la mascherina.

L'ingresso nei singoli ambulatori specialistici:

- deve essere regolamentato;
- deve essere quanto più possibile vicino all'orario della prestazione (<15');
- non deve prevedere, di norma, la presenza di accompagnatore, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti.

In tutte le aree di attesa ambulatoriali dovranno essere messe in atto misure organizzative, a cura delle UU.OO. assistenziali di riferimento, per l'adeguata gestione delle attese, in modo da consentire il rispetto delle opportune condizioni di sicurezza.

A titolo indicativo si raccomanda che:

- l'accesso alla sala di attesa sia regolato e consentito limitatamente alle persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili;
- il numero dei posti a sedere e delle persone presenti dovrà essere commisurato alle caratteristiche dell'area di attesa;
- gli appuntamenti devono essere adeguatamente distanziati e distribuiti nell'arco dell'intera giornata e settimana.

È necessario avvisare il paziente che se nei 14 giorni successivi alla fruizione della prestazione dovesse manifestare sintomatologia sospetta (es. febbre, tosse, diarrea etc.) dovrà informare la Struttura di riferimento.

Nel caso di utenti particolarmente fragili e suscettibili all'infezione COVID 19 e alle sue complicazioni si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi, orari o modalità organizzative dedicate che garantiscano adeguato distanziamento sociale e distribuzione degli accessi.

Tra i suddetti pazienti meritano un'attenzione particolare le persone con patologie onco- ematologiche, con sistema immunitario compromesso o con patologie concomitanti che li rendono più vulnerabili in caso di infezione COVID 19, per i quali si forniscono, di seguito, alcune indicazioni specifiche:

- per ogni paziente dev'essere effettuato un triage telefonico o in telemedicina per la valutazione del rischio di infezione SARS CoV-2, il cui esito sarà annotato in cartella clinica;
- all'ingresso nelle strutture dev'essere effettuato un ulteriore triage per valutazione del rischio di infezione SARS CoV-2;
- per la gestione delle attività di follow-up andrà valutata la possibilità di esecuzione da remoto, quali la tele-visita e la consultazione di esami non in presenza del paziente;
- qualora non fosse possibile completare il follow-up con le modalità a distanza, l'accesso del paziente dovrà avvenire con tutte le precauzioni già dettagliate.

Tutte le prestazioni da remoto andranno tracciate e verrà fornito al paziente il referto. Specialmente in riferimento a questi pazienti, quando devono accedere alla Struttura, devono essere preventivamente contattati telefonicamente, affinché sia verificata la presenza eventuale di sintomi correlabili ad un'infezione respiratoria:

- in assenza di tali sintomi l'accesso potrà avvenire previa ulteriore misurazione della temperatura e l'adozione delle misure igieniche già previste all'ingresso in struttura;

- in presenza di sintomi verrà valutata dal medico della struttura l'opportunità di rinviare la visita o, qualora necessario un accesso immediato alla struttura ospedaliera, il medico deciderà il percorso assistenziale più opportuno e più sicuro per paziente ed operatori.

È prevista, secondo indicazioni RAS, l'effettuazione del tampone fino al 30% dei pazienti individuati in base alle risultanze del triage, a criteri di maggiore vulnerabilità dell'utenza o a criteri di maggiore rischio di trasmissibilità in relazione alla tipologia di prestazione richiesta: un protocollo operativo aziendale ne esplicherà i criteri di selezione, fatto salvo quanto già previsto per i pazienti trapiantati, in attesa di trapianto, quelli oncologici ed ematologici.

Più nello specifico, al fine di evitare assembramenti nelle sale di attesa e nei corridoi dell'ospedale e garantire le corrette condizioni igienico-sanitarie, le strutture ambulatoriali eroganti la prestazione devono seguire le seguenti indicazioni:

- programmare gli appuntamenti, in accordo con il CUP, dilazionando le tempistiche di attesa tra un appuntamento e l'altro in modo da evitare la sovrapposizione degli utenti (di norma non più di uno ogni 30');;
- inserire sul sistema informativo CUP tutti gli appuntamenti delle agende riservate in modo che il Servizio CUP Aziendale possa trasmettere le liste degli appuntamenti giornalieri al personale addetto alla vigilanza del punto di accesso di riferimento;
- durante la visita al paziente dev'essere presente solo il personale strettamente necessario;
- estendere gli orari di apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali, eventualmente, se possibile, anche nel fine settimana;
- eseguire preventivamente e telefonicamente, con personale dedicato, la parte di indagine anamnestica che solitamente precede la prestazione vera e propria, sulla base di apposita check-list;
- provvedere ad arieggiare frequentemente i locali di attesa e visita;
- verificare la presenza del gel alcolico nei rispettivi flaconi.

7.7.1 Modalità di pulizia e sanificazione nelle sale d'attesa e negli ambulatori

Le superfici a maggior contatto, come i piani di lavoro, le sedute, le maniglie delle porte e delle finestre, gli interruttori della luce, le tastiere dei computer, i mouse, devono essere oggetto di sanificazione con disinfettanti a base alcolica, con percentuale di alcol (etanolo/etilico) al 75% o prodotti a base di cloro (esempio: ipoclorito di sodio). La percentuale di cloro attivo in grado di eliminare i virus senza provocare irritazioni all'apparato respiratorio è lo 0,1%. È consigliabile usare panni monouso.

Anche per la disinfezione dei pavimenti usare prodotti a base di cloro attivo allo 0,1%, dopo averli puliti con un panno inumidito con acqua e detergente sgrassante per una prima rimozione dello sporco più superficiale.

Per i servizi igienici (W.C., doccia, lavandini) la percentuale di cloro attivo che si deve utilizzare è dello 0,5%.

Sanificare e disinfettare, tra una visita e l'altra, le attrezzature, i presidi e le superfici venute a contatto con il paziente.

La sala d'aspetto deve essere idoneamente e periodicamente (alla fine di ogni turno) sanificata ed arieggiata, e vanno eliminati riviste, libri, giocattoli per bambini, ecc.; le sedie devono essere in materiale sanificabile.

Per facilitare le procedure di pulizia e di sanificazione negli ambulatori è necessario eliminare tutte le suppellettili e gli arredi inutili e sostituire quelli non sanificabili (es. sedie in tessuto) con altri più idonei.

Alla fine di ogni turno di lavoro è inoltre necessaria una pulizia anche dei pavimenti sempre con gli stessi prodotti (ditta esternalizzata di pulizia).

È necessaria l'indicazione dei bagni dedicati ai pazienti, dove devono essere sempre disponibili sapone liquido/ igienizzante per le mani e materiale monouso. Per i servizi igienici del pubblico va inoltre programmata una pulizia e sanificazione più frequente (ditta di pulizia).

7.8 PUNTI DI PRELIEVO

Per garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dai medici prescrittori (MMG, Specialisti Ambulatoriali, Specialisti ospedalieri e PLS) è necessario adottare dei percorsi per ridurre notevolmente il tempo di permanenza degli utenti che accedono ai Servizi per effettuare il prelievo venoso e/o per la consegna di campioni biologici. Deve essere evitato in ogni caso l'assembramento di persone, con distanziamento tra le stesse.

Modalità di accesso dell'utenza:

Nelle more della riorganizzazione che permetterà una totale ripresa dell'attività del Servizio, gli utenti con richiesta di prestazioni contrassegnate come "urgenti" potranno accedere direttamente al Laboratorio tutti i giorni, dal lunedì al sabato, dalle ore 7:00 alle ore 11:00. Tutti gli altri accederanno al Servizio previa prenotazione inoltrando l'impegnativa direttamente alla e-mail del laboratorio (prenotaesamilab@aousassari.it), operazione che può essere effettuata anche dal medico prescrittore. Il richiedente riceverà sulla propria e-mail la comunicazione di prenotazione che indicherà luogo, giorno ed ora in cui si dovrà presentare per sottoporsi al prelievo, nonché il promemoria per un eventuale pagamento del ticket utilizzando una delle modalità sopra descritte. In caso di trasmissione della e-mail da parte del medico prescrittore il paziente dovrà telefonare al 079 2061308 per conoscere la data di prenotazione dalle 11:00 alle 13:00.

I pazienti oncologici potranno indicare la data in cui dovrà essere eseguita la prestazione e riceveranno la comunicazione relativa all'orario di accesso.

Il ritiro dei referti di laboratorio potrà avvenire dalle 12:00 alle 13:00 dal lunedì al sabato agli sportelli 6 e 7 al piano terra del P. Rosa.

L'orario di accesso al Laboratorio di Patologia Clinica viene esteso dalle ore 7.00 alle ore 11.00.

1° Piano. Nelle prime ore del mattino avranno accesso prioritario i pazienti oncologici, o in terapia con anticoagulanti orali e con impegnativa urgente.

Il tempo di permanenza medio è di 6 minuti; per i portatori di PIC viene calcolato un tempo di 10 minuti.

Piano terra. Vengono garantiti tutti gli altri prelievi ed il ritiro dei "campioni pronti".

È prevista anche la graduale ripresa dell'attività per "esterni" della sala prelievi del Palazzo Clemente che garantisce l'accettazione delle preospedalizzazioni e dei prelievi per i test sierologici del personale.

7.9 DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Gli accessi devono essere regolamentati in modo da soddisfare tutte le caratteristiche esplicitate per le prestazioni ambulatoriali. Nelle sale d'attesa, nella fase di pre-accettazione e di accettazione dovranno essere rispettate tutte le misure igieniche e di distanziamento indicate per l'attività ambulatoriale.

Le risposte dei referti diagnostici qualora non consegnate contestualmente alla prestazione, su espressa richiesta e autorizzazione dell'interessato, potranno essere inviate per via telematica.

È necessario avvisare il paziente che se nei 14 giorni successivi alla fruizione della prestazione dovesse manifestare sintomatologia sospetta (es. febbre, tosse, diarrea etc.) dovrà informare la Struttura di riferimento.

Sia in riferimento agli esami di laboratorio che a quelli strumentali, i referti dovranno prioritariamente essere disponibili per via telematica tramite Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino; nel caso in cui l'utente non abbia attivo il FSE dovrà essere data comunicazione sulla possibilità di ottenere supporto presso le farmacie per il ritiro dei referti.

7.10 ALTRI SERVIZI A POTENZIALE ALTO FLUSSO DI ACCESSO DI UTENTI

Per tutti i servizi a potenziale afflusso di utenti va in ogni modo favorito il canale di accesso telefonico, se possibile con invio mediante email del promemoria di accesso al servizio; nei casi in cui l'utente ritenga di non poter evitare la prenotazione in modalità di front-office, onde evitare situazioni imprevedibili di affollamento nelle sale di attesa, l'accesso al servizio andrà preferibilmente gestito mediante preventivo accordo telefonico, o prenotazione per via telematica del giorno e dell'orario di presentazione allo sportello.

Sempre al fine di disciplinare il flusso degli utenti, la medesima modalità di programmazione dell'accesso agli sportelli dovrà essere adottata anche nelle strutture sanitarie, per i servizi di:

- pagamento prestazioni, qualora non eseguibili a distanza;
- distribuzione diretta di farmaci ed altri presidi medico chirurgici;
- richiesta/riconoscimento delle esenzioni per patologia e per reddito;
- richiesta e ritiro di documentazione sanitaria;
- ogni altra documentata esigenza degli utenti.

7.11 DOTAZIONI DI DPI PER GLI OPERATORI SANITARI IN EMERGENZA COVID-19

Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nell'assistenza pazienti in area COVID-19+	Protezioni respiratorie (FFP2/FFP3 o equivalenti)
	Tuta total body (o sovra-camice impermeabile e mantellina con cappuccio)
	Guanti
	Protezione degli occhi (occhiali/occhiali a maschera/visiera)
	Calzature sanitarie e calzari monouso
Dispositivi particolari di Protezione Individuale raccomandati nell'assistenza di un paziente con possibile patologia COVID-19 ove fossero poste in essere procedure che potessero causare una dispersione di aerosol (ad esempio: broncoscopia, espettorazione indotta, somministrazione di aerosol, manovre atte ad indurre tosse, ventilazione meccanica, fisiochinesiterapia respiratoria, esecuzione tampone naso faringeo TNF)	Protezioni respiratorie (FFP2/FFP3 o equivalenti)
	Sovra-camice monouso impermeabile (o tuta total body ove necessario)
	Guanti
	Protezione degli occhi (occhiali/occhiali a maschera/visiera)
	Mascherina chirurgica (FFP2 con significativo incremento dei tempi di esposizione)
	Sovra-camice monouso idrorepellente
	Guanti (ove necessario)

Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nell'attività di assistenza di pazienti con possibile patologia COVID-19 con significativi sintomi respiratori	Protezione degli occhi (occhiali/occhiali a maschera/visiera)
	Mascherina chirurgica indossata dal paziente (ove ciò non fosse possibile l'O.S. dovrà utilizzare come protezione respiratoria un Facciale Filtrante FFP2 senza valvola)
Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nell'attività di assistenza di pazienti con possibile patologia COVID-19 senza significativi sintomi respiratori (Reparti e Ambulatori)	Mascherina chirurgica
	Guanti (ove necessario)
	Mascherina chirurgica indossata dal paziente (ove ciò non fosse possibile l'O.S. dovrà utilizzare come protezione respiratoria un Facciale Filtrante FFP2 senza valvola)
Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nell'attività di diagnostica in laboratorio (Laboratorio BSL di classe 2 - diagnostica con tecniche di biologia molecolare)	Protezioni respiratorie (FFP2 o equivalenti)
	Sovra-camice monouso idrorepellente (ad es. TNT)
	Guanti
	Protezione degli occhi (occhiali/occhiali a maschera/visiera)
Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nei punti prelievo	Mascherina /chirurgica
	Guanti
	Sovra-camice monouso idrorepellente (ad es. TNT)
	Occhiali/visiera
	Mascherina chirurgica indossata dal paziente
Dispositivi generali di Protezione Individuale raccomandati nell'attività di triage (accettazione utenti)	Mascherina /chirurgica
	Guanti
	Sovra-camice monouso idrorepellente (ad es. TNT)
	Occhiali/visiera
	Mascherina chirurgica indossata dal paziente
Dispositivi di Protezione Individuale raccomandati per gli addetti alle pulizie	Protezioni respiratorie (preferibilmente FFP2)
	Guanti spessi
	Sovra-camice impermeabile
	Occhiali/Visiera
	Stivali o Calzari monouso

7.12 LOGISTICA E DISTANZIAMENTO FISICO

7.12.1 Segnaletica

Secondo le relative norme all'emergenza COVID19, nelle principali sale d'attesa è presente la cartellonistica di obbligo/divieto (prescrizioni igieniche, distanziamento, distanze di sicurezza, percorsi, ecc.), necessaria per organizzare i flussi di pazienti e visitatori.

Sono state già attivate le procedure per selezionare i fornitori cui affidare la stampa di tutti i cartelli relativi a percorsi, indicazioni, ecc., necessari.

Sempre in base alla normativa corrente nelle principali sale d'attesa degli ambulatori e negli spazi comuni si è attuato il distanziamento fisico di almeno un metro tra le sedute e i punti di stationamento degli utenti, anche mediante l'interdizione di alcuni posti nelle panche "multisedia". Anche negli ascensori va rispettato l'opportuno distanziamento con relativo limite agli accessi.

7.12.2 Barriere fisiche

Nelle portinerie, nei punti di accoglienza, postazioni front office, farmacia e nei locali di accesso al pubblico per l'effettuazione di prestazioni amministrative vengono installate protezioni in plexiglass ed è stata già avviata una procedura rapida per acquisire ulteriori protezioni per le postazioni di lavoro in cui gli operatori hanno contatti con il pubblico.

7.13 REQUISITI MINIMI DA INDICARE NELLE SINGOLE PROCEDURE PER LA RIAPERTURA DELLE ATTIVITÀ AMBULATORIALI NELLE DIVERSE STRUTTURE AZIENDALI

REQUISITI MINIMI	X
Possibilità erogazione prestazioni/attività in telemedicina o per via telematica	
Percorso specifico per pazienti fragili	
Possibilità ampliamento orario giornaliero (specificare orario attività)	
Possibilità ampliamento orario settimanale (specificare giorni attività)	
Visite distanziate di almeno 30'	
Pre-triage telefonico	
Richiesta effettuazione Test COVID (protocollo)	
Triage in loco prima della visita ambulatoriale	
Rilevazione temperatura corporea	
Disponibilità di gel alcolico all'entrata	
Autodichiarazione stato di salute/contatti a rischio dell'utente	
Accesso in ambulatorio diretto all'ora dell'appuntamento (non sala d'attesa)	
Richiesta specifica per accompagnatore	
Disponibilità ad attenersi alla tempistica media per ogni visita	
Indicare n° pazienti visitati/giorno	

Indicare n° di giorni/settimana apertura ambulatorio	
Sala d'attesa con sedute distanziate di almeno 1 metro	
Sala d'attesa con possibilità di ricambio naturale dell'aria	
Sanificazione delle superfici dell'ambulatorio dopo ogni visita	
Aerazione locali	
Gestione rifiuti speciali	
Utilizzo dei diversi DPI per gli operatori a seconda del tipo di attività	
Refertazione per via telematica	
Consenso trattamento dati paziente	
ALTRO	

7.14 PIANO DI RIENTRO DELLE LISTE D'ATTESA

7.14.1 Attività ambulatoriale

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza nazionale per Covid-19, con DL 25.03.2020, art. 1, convertito in legge dalla L. n. 35 del 22.05.2020, e s.m.i, la AOU di Sassari ha provveduto alla sospensione delle attività ambulatoriali con priorità D (differibili) e P (programmabili). Al contempo si è cercato, per quanto possibile, nel rispetto delle misure di protezione e di distanziamento, di dare riscontro alle prestazioni prenotate con priorità B (breve). Le prestazioni Urgenti sono state garantite compatibilmente con il grado di sicurezza nei reparti e la relativa disponibilità del personale afferente.

Al fine di poter prevedere una possibile ripartenza si è provveduto ad effettuare la ricognizione delle attività ambulatoriali e/o di diagnostica strumentale (Allegato 5) sospese dal 09.03.2020 al 31.05.2020.

In ottemperanza alla DGR n. 28/18 del 04.06.2020 con delibera AO USS n. 174 del 12.06.2020, tenuto conto della suddetta ricognizione, in accordo con i Direttori delle diverse UU.OO. aziendali sono stati riprogrammati i volumi di attività ambulatoriali secondo le linee di indirizzo regionali ed i principi delle priorità cliniche e cronologiche. A partire dal 15.06.2020, si è provveduto alla graduale ripresa delle attività ambulatoriali con l'obiettivo di procedere al recupero del pregresso e contestualmente di dare risposta alle attese già in essere prima del Lock-down per Covid-19, comunque garantendo ininterrottamente l'erogazione delle prestazioni in urgenza. Si è pertanto provveduto alla riconfigurazione delle agende con tempi di erogazione che tenessero conto della nuova situazione, per far fronte alle mutate esigenze di sanificazione. Ciò ha significativamente dilatato i tempi di attesa, rispetto alle agende pre-Covid, ripercuotendosi sulle liste di attesa con inevitabile allungamento delle stesse. A fronte di tale situazione l'organizzazione intrapresa ha consentito di recuperare il pregresso per circa l'80% come si evince dalla tabella elaborata (Allegato 6), ciò è stato possibile anche in considerazione del fatto che a seguito della seconda ondata Covid si è proseguito nella quasi regolare erogazione delle prestazioni ambulatoriali ad opera di quelle UU.OO. e quei professionisti indirettamente coinvolti nell'assistenza nei reparti Covid.

7.14.2 Telemedicina

La telemedicina ha costituito uno strumento fondamentale e ampiamente utilizzato dagli specialisti ambulatoriali che numerosi hanno richiesto l'attivazione della piattaforma Health Meeting.

La struttura aziendale dei SSI ha provveduto, infatti, all'acquisto di tale piattaforma, su indicazione della Direzione Strategica, con la messa in rete di quanti ne hanno fatto richiesta. È intendimento dell'Azienda

implementare ulteriormente l'utilizzo di tale strumento ed estendere tale modalità operativa a quanti ne faranno richiesta.

7.14.3 Attività di ricovero

L'attività di ricovero programmato prevalentemente di tipo chirurgico è stata pesantemente ostacolata già dalla prima ondata della pandemia SARS Covid 19, che ha comportato una drastica riduzione dell'attività chirurgica in elezione, riuscendo a dare risposte, sempre, alle sole patologie indifferibili, riscontrando notevoli difficoltà ad erogare le prestazioni in elezione. Si è cercato, per quanto possibile, di rispettare i tempi di attesa, secondo le classi di priorità, per i pazienti oncologici, anche se la ridotta disponibilità di posti di terapia intensiva, in diversi casi, ha comportato lo slittamento, anche di tali interventi, oltre i tempi massimi di attesa, determinando, inevitabilmente, un allungamento delle liste d'attesa con sfioramento significativo dei tempi massimi di attesa, soprattutto per le patologie in classe C e D.

Nella seconda ondata Covid, a partire da ottobre 2020, non è stato più possibile garantire i tempi massimi di attesa neppure degli interventi in classe di priorità A, prevalentemente oncologici o cardiovascolari. Attualmente per alcuni interventi oncologici si registrano sforamenti dai tempi massimi di attesa di oltre 60 giorni. Tale condizione è determinata sia dal progressivo coinvolgimento degli anestesisti per l'assistenza ai pazienti Covid, con depauperamento della presenza degli stessi per l'attività chirurgica, sia per l'indisponibilità di posti in terapia intensiva post-operatoria per pazienti in quelle classi ASA che indicano la necessità di tale tipo di assistenza, o perché sottoposti ad interventi di chirurgia maggiore, o perché le condizioni generali, all'atto della valutazione anestesiológica preoperatoria, né indicano la necessità. Tale situazione, che persiste da mesi, in quanto l'esecuzione di moltissimi interventi è condizionata dalla disponibilità di posti letto nel reparto di terapia intensiva del Santissima Annunziata, attualmente COVID FREE, cui fanno capo tutte le patologie non COVID di pertinenza intensivistica dell'azienda. Al riguardo è stato elaborato un report sulla base delle liste d'attesa (Allegato 7).

Riteniamo pertanto che solo l'incremento del personale medico e del comparto, destinato alle attività chirurgiche ed alle sale operatorie unitamente all'implementazione degli Slot operatori e dei posti non COVID in terapia intensiva, possa consentire una riduzione progressiva dell'attesa di ricovero ospedaliero.

7.15 CONCLUSIONI

In riferimento alla strategia aziendale, volta alla riduzione delle liste d'attesa per il recupero del pregresso sospeso, si prevede il ricorso a prestazioni aggiuntive.

Sul punto preme segnalare che tale strumento non potrà essere risolutivo per il superamento della problematica in esame, in quanto risente della strutturale carenza di personale previsto nel PTFP approvato. Pertanto, risulta essere indispensabile per assicurare un'azione efficace, procedere anche all'assunzione del personale sanitario della Dirigenza Medica e del Comparto, oltre al personale amministrativo previsto nel predetto piano del fabbisogno. A questo, in riferimento ad una riduzione progressiva dell'attesa di ricovero ospedaliero, oltre all'incremento del personale medico e del comparto, destinato alle attività chirurgiche ed alle sale operatorie va prevista un'implementazione degli Slot operatori e dei posti non COVID in terapia intensiva, che possa consentire una riduzione progressiva dell'attesa di ricovero ospedaliero.

8 DISPOSIZIONI FINANZIARIE

L'articolo 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126 prevede che al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano e agli enti del Servizio sanitario nazionale è consentito di:

- a. ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del Contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della Sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai rescritti riposi;
- b. ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi;
- c. reclutare il personale, attraverso assunzioni a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché impiegare, per le medesime finalità di cui al comma 1, anche le figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Per le finalità sopra descritte e limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonché agli enti del Servizio sanitario nazionale è consentito di:

- a. ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale per le quali la tariffa oraria fissata di cui all'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione;
- b. ricorrere, per le prestazioni di accertamenti diagnostici, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione;
- c. incrementare, in parziale alternativa a quanto indicato alle lettere a) e b), rispetto a quanto disposto dall'articolo 2-sexies, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente.

Ai sensi delle disposizioni summenzionate, gli allegati A e B del decreto legge contengono lo stanziamento finanziario per la Regione Autonoma della Sardegna che ammontava, complessivamente a € 13.122.020,00 quale limite massimo di spesa consentito.

Con la deliberazione n. 67/15 del 31.12.2020, la Giunta regionale ha autorizzato ai sensi del decreto legislativo n. 118/2011, la variazione al Documento tecnico di accompagnamento e al Bilancio finanziario gestionale ed ha autorizzato l'iscrizione in entrata/spesa di assegnazioni statali attribuite dall'articolo 29, allegato B) del

decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126. A seguito della predetta deliberazione, sono stati attuati tutti gli atti contabili di competenza.

Ai sensi del comma 9 dell'articolo 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126 il trasferimento delle risorse nazionali è stato condizionato all'approvazione del Piano operativo regionale.

Con deliberazione n. 12/4 del 01.04.2021, la Giunta ha approvato il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa di cui al decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito con modificazioni dalla L. 13 ottobre 2020, n. 126. Detto Piano operativo regionale ha l'obiettivo di recuperare, in tempi congrui, le prestazioni non erogate a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica sia per i ricoveri ospedalieri sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

Il decreto legge 25 maggio 2021, n. 73 ad oggetto *"Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriale"* (c.d. Decreto Sostegni bis), all'articolo 26, comma 1, ha disposto che, per le finalità del Piano di cui all'articolo 29 del decreto legge n. 104/2020, convertito con modificazioni dalla L. n. 126/2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021, agli istituti e alle risorse previste dal sopracitato articolo 29 del decreto legge n. 104/2020. Ciò al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.

Pertanto, l'articolo 26 del decreto legge n. 73/2020 ha disposto il nuovo termine di applicazione della deroga, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021, introdotta dal decreto legge n. 104/2020, al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive necessarie per il recupero delle liste d'attesa, con riferimento a prestazioni di ricovero ospedaliero programmabile e di specialistica ambulatoriale non erogate nel 2020 a causa dell'emergenza da COVID-19.

Conseguentemente il predetto articolo 26 ha disposto che la deroga al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive prevista dall'articolo 29 del decreto legge n. 104/2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 126/2020, operasse soltanto con riferimento alle prestazioni aggiuntive svolte in applicazione del predetto articolo 29 e dell'articolo 26 medesimo e ha introdotto il nuovo termine di applicazione della deroga al regime tariffario, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021.

Fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative sopra riportate di cui al comma 1, del citato articolo 26 del decreto legge n. 73/2021, è stata prevista, al comma 2 del medesimo articolo, la possibilità per le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992, in deroga ai limiti di spesa previsti all'articolo 15, comma 14, del decreto legge n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135/2012, e fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020. A tal fine le regioni e le province autonome hanno rimodulato il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto legge n. 104/2020, convertito con modificazioni dalla legge n. 126/2020, prevedendo il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse.

Per le finalità sopra descritte, ai sensi dell'articolo 26, comma 3 del decreto legge n. 73/2021, si è fatto ricorso prioritariamente alle risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto legge n. 104/2020, convertito con modificazione dalla legge n. 126/2020, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge n. 178/2020, dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2 del medesimo articolo.

Alla luce del mutato quadro normativo, si è proceduto con la deliberazione n.29/14 del 21 luglio 2021 all'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato dalla citata deliberazione di Giunta regionale n. 12/4 del 01.04.2021, prevedendo il coinvolgimento delle strutture private accreditate e provvedendo alla rimodulazione dell'utilizzo delle relative risorse. A tal fine, è stato richiesto alla ATS la rendicontazione delle risorse utilizzate per il recupero delle liste di attesa nel corso del 2020 e la relativa

previsione di spesa per il 2021. Dall'analisi dei dati ATS la spesa per il 2020 è pari a € 857.008,73 mentre la stima per il 2021 è pari a € 1.296.380,00.

Pertanto, sulla base dei fabbisogni espressi da ATS ed anche dello stanziamento finanziario per la Regione Autonoma della Sardegna che ammonta, complessivamente, a € 13.122.020,00, si è prevista un'integrazione degli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, nella misura di un importo massimo pari a € 10.968.631,27, di cui € 4.968.631,27 per l'acquisto di prestazioni ospedaliere e € 6.000.000,00 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Le strutture private accreditate eventualmente interessate alla disposizione, rendicontano alla Regione entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga.

8.1 AGGIORNAMENTO AI SENSI DELL'ART. 1, COMMI 276 E SS DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234

Il comma 276 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021 n. 234 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano procedano a rimodulare il proprio Piano regionale per recupero delle liste di attesa Covid, entro il 31 gennaio 2022. Il successivo comma 277 prevede che, per il raggiungimento delle finalità del sopra citato Piano, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15. Comma 14. Primo periodo, del decreto legge 6 luglio 2012 convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135 per un ammontare complessivo pari a 150 milioni di euro ripartito tra le regioni ai sensi della tabella A dell'allegato 4 alla legge.

Ai sensi della sopracitata tabella A, il finanziamento destinato alla Regione Autonoma della Sardegna per gli erogatori privati è pari a €. 2.078.070 che si intende ripartire in €. 1.246.842 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale e €. 831.228 per l'acquisto di prestazioni ospedaliere da privati accreditati.

Il comma 278 stanziava, a livello nazionale, complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per il 2022, per le finalità di cui ai precedenti commi 276 e 277. Tale stanziamento comprende anche l'importo massimo di 150 milioni di euro di cui al comma 277. Al finanziamento accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano secondo la ripartizione di cui alla tabella B dell'allegato 4 alla legge.

Ai sensi della sopracitata tabella B, il finanziamento destinato alla Regione Autonoma della Sardegna è pari a €. 13.672.877 comprensivi dello stanziamento di cui al comma 277. Il finanziamento netto, pari a €. 11.594.807, è così ripartito tra le aziende sanitarie locali, costituite ai sensi della legge regionale 11 settembre 2020, e le aziende ospedaliere regionali sulla base dei costi alla produzione con i quali si ripartisce il fondo sanitario regionale:

ASL 1 SASSARI	14,98%	1.736.528,50 €
ASL 2 GALLURA	7,81%	905.428,74 €
ASL 3 NUORO	9,01%	1.044.471,06 €
ASL 4 OGLIASTRA	3,18%	368.686,36 €
ASL 5 ORISTANO	7,97%	924.494,62 €
ASL 6 MEDIO CAMPIDANO	4,54%	526.656,43 €
ASL 7 SULCIS	6,58%	762.981,70 €
ASL 8 CAGLIARI	24,91%	2.887.834,64 €
Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari	7,78%	901.966,73 €
Azienda Ospedaliera Universitaria di Cagliari	4,20%	486.595,83 €
ARNAS Brotzu	9,05%	1.049.162,41 €
TOTALE	100,00%	11.594.807,00 €

Una volta trasmessa la relazione con il numero e la tipologia di prestazione oggetto di recupero, in coerenza con il piano regionale aggiornato e i piani operativi stralcio aziendali, come previsto dal comma 279, laddove il Ministero della Salute abbia positivamente verificato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa di cui al comma 276. Il finanziamento o quota parte di esso rientra nella disponibilità del servizio sanitario regionale per lo svolgimento di altra finalità sanitaria.