

## PIANO AZIENDALE GESTIONE LISTE D'ATTESA (PAGLA)



*cura del*

*Direttore dei Servizi Socio Sanitari*

*Dott. Alessandro Baccoli*

*e*

*Direttore SSD Integrazione Ospedale-Territorio*

*Dott.ssa Marilena Muggianu*

*Direttore Generale:*

*Dott. Angelo Maria Serusi*

## Sommario

Contesto normativo.....	3
<b>1. PIANO AZIENDALE GESTIONE LISTE D'ATTESA (PAGLA) .....</b>	<b>3</b>
<b>2. CONTESTO AZIENDALE .....</b>	<b>5</b>
<b>3. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	<b>6</b>
<b>3.1 STRATEGIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA .....</b>	<b>6</b>
3.1.1 La U.O.S Integrazione Ospedale Territorio.....	8
3.1.2 Il NAGLA .....	8
3.1.3 Definizione dei "percorsi di tutela" .....	8
<b>3.2 GOVERNO DELLA DOMANDA .....</b>	<b>8</b>
3.2.1 Applicazione delle regole prescrittive .....	8
3.2.2 Appropriatelyzza delle richieste: progetto sperimentale su 10 branche specialistiche	10
3.2.3 La ricetta elettronica dematerializzata .....	11
3.2.4 La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico .....	11
3.2.5 Gestione del paziente cronico .....	13
3.2.6 Pianificazione dell'offerta .....	15
3.2.7 Potenziamento dell'offerta di prestazioni .....	16
3.2.8 Utilizzo delle grandi apparecchiature .....	16
3.2.9 Telemedicina .....	17
3.2.10 Attività libero professionale intramuraria (ALPI) .....	18
<b>3.3 SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PRESA IN CARICO .....</b>	<b>19</b>
3.3.1 La presa in carico del paziente .....	19
3.3.2 Servizio CUP .....	20
3.3.3 La rete dei punti di prenotazione .....	20
3.3.4 L'agenda di prenotazione .....	21
3.3.5 La gestione delle disdette .....	22
3.3.6 Prestazioni non eseguite per mancata presentazione .....	22
<b>4 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO</b>	<b>22</b>
<b>OSPEDALIERO E CURE CHIRURGICHE</b>	<b>22</b>
<b>4.1 RIPRESA DELLE ATTIVITA' DI DIAGNOSI E CURA NEI PRESIDI TERRITORIALI DI BOSA E</b>	<b>22</b>
<b>GHILARZA</b>	<b>22</b>
4.1.1 Riorganizzazione del pronto soccorso del P.O. Mastinu e riqualificazione dei Chirurghi	22
4.1.2 Riattivazione della day Surgery del P.O. Delogu di Ghilarza	23

<b>4.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI RICOVERO .....</b>	<b>23</b>
4.2 USO SISTEMATICO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ .....	25
4.3 GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE D'ATTESA .....	26
<b>5 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA .....</b>	<b>26</b>
5.1 STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO .....	26
5.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO .....	26
5.3 PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO OGGETTO DI MONITORAGGIO .....	27
5.4 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI .....	27
5.5 VIGILANZA SULLA SOSPENSIONE .....	28
5.6 MONITORAGGIO PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.....	28
5.7 PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI.....	28
<b>6. TRASPARENZA E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE .....</b>	<b>28</b>
6.1 LEGENDA DEGLI ACRONIMI.....	30

### **Contesto normativo**

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 21/24 del 04.06.2019 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. Con la deliberazione della Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) secondo quanto previsto dal PNGLA per il triennio 2019-2021, 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 e ridurre le liste d'attesa. Il PRGLA prevede che le Aziende del SSR adottino un Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), ovvero aggiornino quello in uso. L'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano è nata a seguito dell'approvazione della Riforma del Servizio Sanitario Regionale di cui alla Legge n. 24/2020 ed è diventata operativa a far data dal 1° gennaio 2022. L'ambito territoriale coincide con quello della ex Area Socio Sanitaria Locale di Oristano dell'ATS Sardegna. A tale data era in uso il 'Piano Aziendale di governo delle liste di attesa ATS Sardegna per il triennio 2019/2021 adottato con deliberazione del C.S. n. 610 del 23/07/2021. Nella fase di avvio dell'Azienda Socio Sanitaria Locale n. 5 di Oristano al fine di garantire la continuità di tutti i servizi sanitari ed amministrativi e la piena e corretta gestione delle attività aziendali si è ritenuto opportuno recepire i regolamenti vigenti nell'ATS Sardegna, per quanto compatibili. Ai sensi dell'art. 6.2 dell'Atto Aziendale della Asl di Oristano l'Azienda, mediante la costituzione della U.O. Integrazione Ospedale-Territorio, ha proseguito nell'applicazione del PAGLA 2019/2021 della ex ATS Sardegna di cui alla delibera C.S. n. 610 del 23/07/2021, nelle more del completamento della nuova struttura aziendale. Con la deliberazione n. 44/17 del 20/11/2024 la Giunta regione Sardegna ha approvato in via definitiva la ripartizione dei fondi per il recupero delle liste di attesa (Legge 30/12/2023, n. 213, art. 1, comma 232 e legge regionale 18/09/2024, n. 13, art. 5, comma 1). La deliberazione n. 44/17 da inoltre mandato alle Aziende Sanitarie di aggiornare i propri Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste d'attesa (PAGLA). Il presente piano, in coerenza a quanto disposto dalla deliberazione citata, si pone l'obiettivo di aggiornare il Programma attuativo aziendale vigente.

## 1. PIANO AZIENDALE GESTIONE LISTE D'ATTESA (PAGLA)

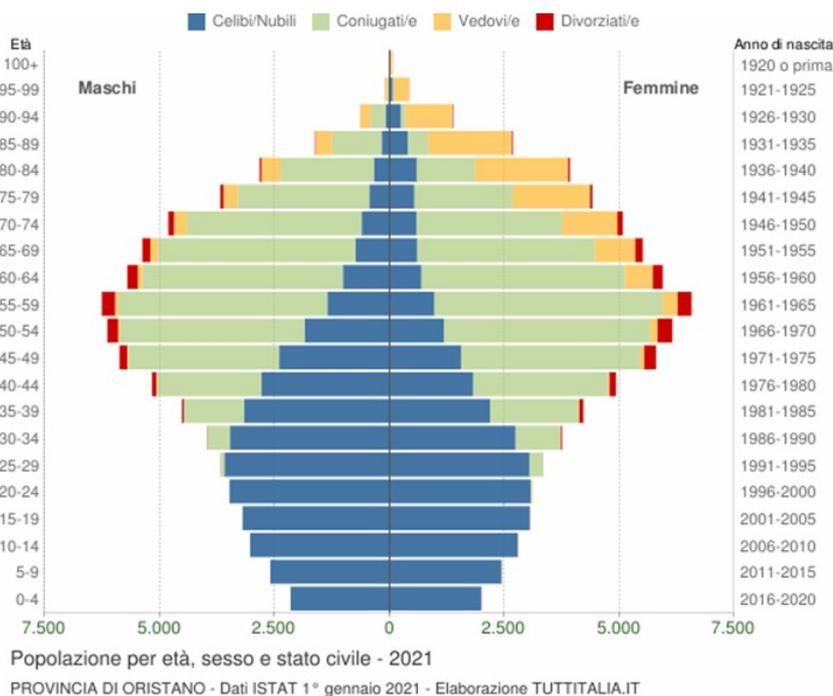
Il presente PAGLA aggiorna il PAGLA 2019/2021 di cui alla delibera del Commissario straordinario dell'ATS n. 610 del 23/07/2021, che recepisce a sua volta quanto previsto dal PNGLA 2019-2021 e dal PRGLA 2019- 2021, e contiene le azioni richieste per attuare le linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri. Inoltre, contempla le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Ad ogni modo, le misure adottate devono essere tali da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e risultare conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con erogatori privati. Le linee di intervento che la ASL di Oristano si impegna a realizzare con il presente Piano sono:

- } Rispetto dei tempi massimi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero ospedaliero;
- } Garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia in ambito istituzionale che con prestazioni aggiuntive di cui all'art. 89 del CCNL 23.01.2024 dell'Area della Dirigenza medica, veterinaria e dell'Area della Dirigenza Sanitaria;
- } Garantire il rispetto degli ambiti di garanzia per le prestazioni di primo accesso e qualora la prestazione non venga erogata, garantire un percorso di garanzia (Azienda più vicina, privati ecc) al fine di garantire l'accesso a tutela dell'utente nel rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa in vigore;
- } Utilizzo delle grandi apparecchiature per l'80% della loro capacità produttiva provvedendo alla predisposizione del piano di utilizzo delle grandi attrezzature contenente i protocolli operativi per il fermo macchina per guasto o manutenzione straordinaria non programmata;
- } Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli orientati alla responsabilizzazione della struttura che ha in carico il paziente affinché provveda alla prenotazione di tutte le prestazioni successive alla prima in agende di controllo dedicate;
- } Governare il fenomeno della prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente sia in maniera attiva tramite recall, sms, app ecc, che attraverso la previsione di richiami/sanzioni a carico dell'utente in caso di mancato preavviso (se non per eventi eccezionali non prevedibili);
- } Predisposizione, verifica e trasmissione sistematica dei flussi informativi dei Monitoraggi di cui al punto 5.4 del PRGLA 2019-2021, quale obbligo informativo verso le istituzioni competenti;
- } Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi o degli ambiti di garanzia, sui diritti e doveri attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendale, campagne informative, URP, Carte dei Servizi e la partecipazione di utenti e associazioni di volontariato, per favorire la diffusione massima delle informazioni;
- } Sviluppo di un sistema CUP Web aggiornato in tempo reale che consenta: - consultazione in tempo reale dell'attesa per prestazione per classe di priorità sull'intero territorio regionale; - annullamento della prenotazione fatta attraverso qualsiasi canale; - pagamento on line del ticket; - visualizzazione on line di tutti gli appuntamenti prenotati ed eseguiti o da eseguire; - ristampare il promemoria dell'appuntamento non eseguito comprensivo del costo della prestazione;
- } Vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da art. 1 commi 282 e 284 della Legge 266/2005;
- } Vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e chiusura delle agende;
- } Coinvolgere le organizzazioni di tutela e garanzia del diritto alla salute.

## 2. CONTESTO AZIENDALE

L'ambito territoriale in cui l'Azienda ASL 5 opera, coincide con l'area storico-geografica della denominata 'Oristanese' che confina a nord con la provincia di Sassari a Est con la provincia di Nuoro e a sud con la provincia del Medio Campidano. Il territorio oristanese ha una specifica connotazione geografica: prevalentemente pianeggiante a sud e montuoso e impervio nella parte nord, dove si trovano montagne relativamente basse, aridi altopiani di roccia calcarea e la rete stradale è impervia. Si caratterizza per la vastità e complessità orogeografica del territorio a cui deve assicurare assistenza distribuita su 2990 Km<sup>2</sup> con la presenza di 87 comuni e 150.812 abitanti, una estesa viabilità stradale con 1575 km di cui Statali soli 295 km e 980 km di Provinciale e 300 di Comunali una articolazione territoriale distribuita su 3 Distretti Sanitari

Queste caratteristiche geografiche e organizzative hanno contribuito a delineare un sistema demografico, sociale ed economico decisamente differenziato al suo interno tra zone interne e costiere. Sotto il profilo demografico l'area è caratterizzata da bassa natalità ed elevata prevalenza di persone anziane che determinano una struttura anagrafica tendenzialmente con una dinamica di segno negativo. Ciò è testimoniato dai valori assunti dall'indice di vecchiaia, dal saldo naturale di crescita, dal saldo migratorio espressi nel proseguo in forma tabellare. La popolazione del territorio di competenza della Asl 5 di Oristano al 01.01.2024 ammonta a 153.041 residenti di cui 77.105 femmine e 75.936 maschi. L'indice di vecchiaia raggiunge il 200,4%



Dall'analisi demografica della popolazione e dalle dinamiche sociali, economiche e familiari derivanti dal processo di invecchiamento e di spopolamento di alcune sub aree, si ricavano fondamentali indicatori per l'organizzazione dei servizi socio-sanitari al fine di garantire tempestivamente cura e assistenza.

L'aspetto piramidale evidenzia una bassa natalità senza significativa differenza tra i sessi. La bassa numerosità delle classi di età più giovani conferma la tendenza allo spopolamento dovuto a diversi fattori

socio economici e conferma un forte invecchiamento della popolazione, in particolare di quella femminile. Le classi maggiormente rappresentative sono quelle centrali dai 40 ai 69 anni, in particolare quella dai 50 ai 59 anni. Il territorio è caratterizzato da un alto indice di vecchiaia che rappresenta il grado di invecchiamento della popolazione ed è espresso dal rapporto tra la popolazione  $\geq 65$  anni (14.560) e la popolazione di età 0-14 anni (6.012) moltiplicato per 100, è pari 242.18. L'indice di dipendenza strutturale, che rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva su quella attiva e che è dato dal rapporto tra la popolazione inattiva su quella in età lavorativa, ed è quindi importante nella scelta delle politiche sociali, presenta un valore pari al 61.28%. Un indice di dipendenza strutturale superiore al 50% è sinonimo di un numero elevato di ragazzi e anziani di cui la popolazione attiva deve occuparsi complessivamente. Lo sviluppo turistico ha introdotto una ulteriore variabile nella organizzazione dei servizi sanitari dovuta all'incremento della popolazione durante i mesi estivi e di conseguenza a una maggiore richiesta della domanda di servizi. L'analisi dell'offerta dei servizi evidenzia un netto incremento delle prestazioni durante il periodo maggio-settembre.

### **3. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

#### **3.1 STRATEGIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA**

Il problema delle liste di attesa è tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Regionale o quantomeno tra quelli che influenzano la percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario. Ad oggi risulta essere una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale. La ragione di tale criticità risiede nel cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio. Trovare un buon equilibrio tra domanda, offerta, aspettative della popolazione e risorse disponibili è una sfida molto complessa e rappresenta per i sistemi sanitari un importante obiettivo strategico. Questo fenomeno riveste particolare importanza per l'ASL di Oristano il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni. È fondamentale pertanto coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, che devono intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza prescrittiva e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Queste strategie sono perseguibili anche attraverso un puntuale e costante monitoraggio dei tempi di attesa. Il governo delle liste di attesa deve pertanto affrontare le macro-aree di intervento:

- la crescente domanda di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione, ad una maggiore sensibilità sanitaria implementata dal periodo COVID
- un diminuito filtro da parte dei Medici Prescrittori che utilizzano spesso sistemi di valutazione virtuali quali Mail, Whatsapp o altre piattaforme digitali
- la mancanza di esami diagnostici preliminari di I livello, atti a discriminare una prima diagnosi
- la grave carenza di medici di base, compensata in qualche misura dagli ambulatori straordinari di comunità (ASCoT)
- la grave carenza di Specialisti Ambulatoriali Interni Convenzionati che in ASL di Oristano assume la dimensione del 35% in meno rispetto al 2019
- la congruità dell'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche
- la scelta dell'utente verso la struttura o il medico (rilevanza del rapporto di fiducia tra medico e paziente)
- l'insufficiente informazione/comunicazione al cittadino sulle modalità e finalità gestionali che governano i sistemi di prenotazione

- la gestione non sempre differenziata tra le prestazioni di controllo programmato e gli screening nonché tra le agende di prima visita e quelle di controllo
- la disponibilità di risorse umane e tecnologiche
- la mancata disdetta delle prenotazioni da parte del cittadino

Fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la carenza di personale medico e tecnico assistenziale sul mercato e le difficoltà organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili. E' necessario garantire sia un'adeguata e costante formazione dei medici in tema di appropriatezza che una continua sensibilizzazione e informazione dei cittadini, finalizzata ad una loro maggiore responsabilizzazione rispetto alla richiesta di prestazioni. Prerequisito per un ottimale governo dei tempi di attesa è l'informatizzazione del ciclo prescrizione, prenotazione/erogazione/refertazione, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi. In quest'ottica il modello RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei) per priorità clinica di attesa, costituisce una efficace strategia di governo delle liste di attesa adottata dalle più performanti regioni d'Italia. Tale metodologia consente di assegnare tempistiche appropriate per l'erogazione di prestazioni specialistiche in ragione della gravità del paziente. La priorità clinica di attesa è l'indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica, attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi. Il modello RAO parte dal principio che i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Ad ogni classe di priorità corrisponde uno specifico tempo massimo di attesa diversificato in base a regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali: la priorità U (Urgente) entro le 72 ore; la priorità B (Breve) entro 10 giorni; la priorità D (Differibile) entro 30 giorni se trattasi di visita specialistica ed entro 60 giorni in caso di prestazione di diagnostica strumentale; la priorità P (Programmata) entro 180 giorni, che dall'anno 2020 passa a 120 giorni. Le condizioni cliniche di urgenza- emergenza che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso, non rientrano nei RAO. Il medico, all'atto della prescrizione, deve obbligatoriamente provvedere a correlare il bisogno del paziente e la prestazione con il tempo ottimale entro cui la stessa deve essere effettuata mediante l'indicazione della classe di priorità appropriata. Le tabelle RAO contengono le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario. Le condizioni cliniche che nelle tabelle RAO sono associate alle diverse classi di priorità non esauriscono quelle potenzialmente associabili. La voce 'Altro', nelle tabelle di priorità, dà modo al medico prescrittore di individuare altre condizioni che in base all'esperienza clinica possono/devono essere assegnate a quella specifica classe di priorità.

Allo stato attuale le agende si dividono in 'Agende Pubbliche', destinate alle Prime Visite divise per codice di priorità (UBDP) e 'Agende Esclusive' totalmente gestite dalle strutture eroganti e destinate alle Visite di Controllo successive alla prima visita. Le agende sono state suddivise in slot di prestazioni sulla base di livelli di prestazioni erogate negli anni precedenti alla riorganizzazione delle stesse, per codici di priorità e specialistica ambulatoriale delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di ridurre al massimo i tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ridurre il ricorso a prestazioni inappropriate. Sono stati attivati e portati avanti corsi di formazione per i medici prescrittori (PLS e MMG) anche nell'ottica di implementare una logica di appropriatezza prescrittiva basata sul quesito diagnostico e sulla corretta individuazione dei primi accessi e degli accessi successivi. Si confermano tutte le indicazioni contenute nelle delibere di giunta regionale n. 62/24 del 4.12.2020 e n. 44/17 del 20/11/2024 con le

integrazioni contenute nel presente Piano. Si prevede di proseguire e sviluppare le azioni intraprese negli ultimi anni con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva.

### **3.1.1 La U.O.S.D. Integrazione Ospedale Territorio**

La Unità Operativa istituita in ASL e deliberata rappresenta l'anello di congiungimento tra le attività ospedaliere e le attività territoriali, ad essa è affidato il compito di vigilare sulle liste d'attesa specialistiche ed il responsabile dell'Unità Operativa è contestualmente nominato anche Responsabile Unico Gestione Liste d'Attesa (RUGLA).

### **3.1.2 Costituzione del Nucleo Aziendale Gestione delle Liste d'Attesa (NAGLA)**

L'Azienda ha istituito con delibera n°803 del 7/11/2024 il Nucleo Aziendale per la Gestione delle Liste d'Attesa, denominato NAGLA, che con cadenza semestrale si riunisce per la verifica dello stato dell'arte sui tempi d'attesa e su eventuali strategie da adottare in risposta alle varie necessità emergenti.

### **3.1.3 Percorsi di Tutela**

In ottemperanza alla DGR 30/17 del 21 Agosto 2024 è di prossima pubblicazione il percorso di tutela Aziendale che delinea le strategie per il recupero delle liste d'attesa e l'ampliamento dell'offerta sanitaria in risposta all'utenza che non ottiene prestazioni sanitarie in coerenza con le classi di priorità indicate

## **3.2 GOVERNO DELLA DOMANDA**

La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa (rispetto delle indicazioni cliniche, tempestività di erogazione dei servizi e adeguatezza del setting assistenziale). Di seguito si riportano gli interventi previsti per ciò che concerne il 'governo della domanda'.

### **3.2.1 Applicazione delle regole prescrittive**

Come stabilito dal PRGLA 2019-2021, nelle procedure di prescrizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN, è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di primo accesso o di accesso successivo;
- del Quesito diagnostico;
- della Classe di priorità (per i primi accessi).

Si precisa che tutte le prestazioni inserite in una prescrizione hanno il medesimo tipo di accesso, il medesimo quesito diagnostico, la medesima classe di priorità. È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni:

- le informazioni anagrafiche del cittadino;
- le prestazioni prescritte;
- il quesito diagnostico;
- la tipologia di accesso ('prima visita/esame/accesso' oppure 'accesso successivo');

- la classe di priorità con la specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) solo per la prima visita/esame/accesso.

Si fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo 'Classe di priorità' è obbligatoria solo per il primo accesso.

Si intende per 'primo accesso':

- Visite e prestazioni diagnostico - terapeutiche che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono prestazioni di primo accesso anche quelle che dello specialista che effettua la prima visita e richiede la prestazione di un altro specialista;
- Visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio delle complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti quando il paziente accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente;
- Prestazioni verso pazienti con patologia cronico-invalidante che rappresentano il primo contatto con il sistema per lo specifico sospetto diagnostico. Il medico prescrittore non deve riportare alcun codice di esenzione per malattia cronico-invalidante e deve indicare il corrispondente codice di prestazione 89.7 ed il paziente è tenuto alla compartecipazione alla spesa secondo le normative vigenti;
- Visite richieste a pazienti, la cui patologia non rientra nelle malattie croniche e invalidanti indicate dalla circolare n.13 del 13.12.2001 del Ministero della Salute, che hanno effettuato la prima visita da oltre 180 giorni.

Si intende per 'accesso successivo al primo':

- Visite e prestazioni che i soggetti esenti per patologia cronica e invalidante effettuano per il monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e per la prevenzione di ulteriori aggravamenti. Queste visite sono considerate, ai sensi della normativa vigente, visite di controllo codice 89.01, erogate nell'ambito della presa in carico per patologie croniche e percorsi diagnostico- terapeutici;
- Visite di controllo codice 89.01, da utilizzarsi per la prescrizione successiva ad una prima visita (89.7) di consulti successivi in pazienti non esenti per malattia cronico-invalidante e necessari al compimento di un determinato percorso diagnostico-terapeutico ex novo definito e da effettuarsi, anche in maniera ripetuta, in un dato intervallo temporale e comunque inferiore ai 180 giorni. Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso (prime visite o prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche) sono le seguenti:

●

<b>PRIORITA'</b>	<b>TEMPO (In Giorni)</b>	<b>Valore Soglia</b>
U (URGENTE)	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore	Il 100% delle prenotazioni
B (BREVE)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (DIFFERIBILE)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per le	Almeno 90% delle prenotazioni

	prestazioni	
	strumentali	
P (PROGRAMMATA)	da eseguire entro 120 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d’attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo le modalità fissate dal PNGLA 2019-2021, sono state prese in considerazione esclusivamente le prestazioni di primo accesso. Il sistema dell’offerta complessivo dell’Asl di Oristano (comprensivo di tutte le strutture private accreditate insistenti nel proprio territorio) tende ad assicurare (previo incremento delle ore di specialistica ambulatoriale colmando la carenza di personale medico) che le prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa almeno per il 90% delle prenotazioni, per ciascuna delle classi di priorità oggetto di monitoraggio, e del 100% delle prestazioni con codice di priorità U (Urgente) nel rispetto degli Ambiti Territoriali di Garanzia così come individuati dall’Assessorato dell’Igiene e Sanità e dell’assistenza sociale della Regione Sardegna con D.G.R. n. 59/5 del 4.12.2018 con la quale sono stati approvati il modello di raggruppamento di attesa omogenei (RAO) relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio e gli ambiti territoriali di garanzia entro i quali deve essere garantita l’erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità. Il sistema basato sui Rao consentirà di ottimizzare le pratiche e ridurre gli sprechi, in termini di esami inutili, disincentivando il “consumismo sanitario”. Un buon servizio sanitario non è quello che offre tutto e subito, ma quello che offre ciò che è appropriato in tempi appropriati. Tutti i soggetti interessati – cittadini, medici prescrittori, strutture sanitarie – sono chiamati a impegnarsi responsabilmente per raggiungere questo obiettivo, che significa anche salvaguardare la sostenibilità economica del servizio sanitario».

### 3.2.2 Appropriatazza delle richieste: progetto sperimentale su 10 branche specialistiche

Si intende avviare un percorso sperimentale, che vedrà coinvolti tutti i medici prescrittori dell’Azienda, ove si indicano gli esami preliminari necessari prima di richiedere una prima visita tra le seguenti branche. Unitamente a ciò sarà attivato un percorso formativo/informativo attraverso incontri aventi per protagonisti medici di famiglia cosiddetti “best practioneers” e specialisti della branca interessata

Prestazione	Esami da possedere prima di accedere alla prestazione
Visita Cardiologica	Emocromo, Azotemia, Creatininemia, Na, K, Ca, HDL, LDL, Trigliceridi.
Visita Endocrinologica	Ft3, Ft4, TSH, AbTg, Ecografia Tiroide
Visita Reumatologica	VES, PCR, Emocromo, Elettroforesi proteica, uricemia, Fatt Reumatoide, CPK, Trasaminasi, Funz renale es urine.  <i>Per osteoporosi:</i>  Calcemia, RX colonna dorso-lombare.
Visita Internistica	Emocromo, VES, PCR, Elettroforesi proteica, GOT, GPT, GGT, LDH, Bil Tot e frazionata
Visita Gastroenterologica	<b>Sospetta malattia celiaca:</b>  Anti Transglutaminasi (tTG) IgA + dosaggio IgA totali, Anticorpi Anti Endomisio (EMA)

	<p>Indagare eventuale malassorbimento con: emocromo, proteine totali ed elettroforesi sieroproteica, sideremia, ferritina, transferrina, B12, folati, vitamina D.</p> <p><b>Sospetta Malattia Infiammatoria Cronica Intestinale (MICI): Malattia di Crohn, Rettocolite Ulcerosa</b></p> <p>Ematici: emocromo, PCR, sideremia, ferritina, B12, folati.</p> <p>Esami feci: coprocoltura, parassitologico delle feci, ricerca tossine A/B C. Difficile e DOSAGGIO CALPROTECTINA FECALE.</p> <p><b>Malattia da Reflusso Gastroesofageo</b></p> <p>Se sintomi tipici (pirosi epigastrica/retrosternale, rigurgito di materiale acido) o atipici (disfonia, tosse secca, senso di globus faringeo, laringite da reflusso ...) e assenza di sintomi d'allarme (es. Disfagia):</p> <p><b>Approccio I linea:</b> Terapia con PPI (dosaggio pieno es. omeprazolo 40 mg/alginati):</p> <p>-se risposta positiva → non indicazione a EGDS</p>
Visita Nefrologica	Es Urine, Creatininemia, Azotemia, Na, K, Ca P, Emocromo, Assetto ferrico , Elettroforesi proteica, PCR, ALP.
Visita Oncologica	Emocromo, Funzionalità Renale Elettroforesi; Markers Tumorali,
Visita Ortopedica/Fisiatrice	Rx Del segmento osseo interessato
Visita Pneumologica	Rx Torace, Emocromo, Ves, Pcr
Visita Ematologica	Emocromo, Sideremia ferritina, Transferrina, Folati e Vit B 12,

### 3.2.3 La ricetta elettronica dematerializzata

Nella Regione Sardegna la ricetta dematerializzata è stata introdotta con la Delibera n. 13/4 del 31 marzo 2015, in cui la Giunta regionale ha incaricato l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale di portare a compimento il progetto della ricetta medica dematerializzata. La dematerializzazione della ricetta medica comporta innumerevoli vantaggi per il sistema sanitario in termini di efficienza, risparmio e diminuzione degli errori, senza generare disagi per il cittadino che, come di consueto, può andare in farmacia o nella struttura sanitaria con il promemoria insieme alla propria tessera sanitaria a ritirare il farmaco prescritto o ricevere la prestazione prescritta. Analogamente può utilizzarlo per prenotare al CUP di qualsiasi regione italiana essendo valido a livello nazionale.

### 3.2.4 La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico

L'ampliamento dei compiti delle cure primarie e lo sviluppo di modelli di cura integrati richiedono una maggiore condivisione di informazioni tra medici e pediatri di famiglia e la rete sanitaria territoriale e

ospedaliera. Si sono valutate diverse opzioni possibili, alcune delle quali complementari. La più semplice, sarebbe stata quella di realizzare delle piattaforme software dedicate dove concentrare e gestire le informazioni da condividere, ad esempio la presa in carico dei pazienti, i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, le attività svolte.

Medici di famiglia, specialisti del territorio e ospedalieri avrebbero utilizzato insieme la piattaforma, ciascuno in funzione del proprio ruolo. L'opzione, più avanzata invece, prevedeva l'uso, da parte dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, di una cartella clinica elettronica, integrata con i sistemi territoriali e ospedalieri, come ad esempio il CUP, l'anagrafe vaccinale, il sistema di screening, il sistema di gestione delle cronicità. Dall'analisi dell'esperienza di altri sistemi sanitari, si è verificato infatti che, per quanto di più difficile attuazione, solo con la presenza di un unico sistema informativo, utilizzato sia dalle cure primarie, sia dagli ambulatori e gli ospedali che fanno parte della rete, si realizza la vera integrazione delle cure grazie alla cartella clinica integrata. Il sistema informativo delle cure primarie sarà introdotto nel sistema informativo sanitario regionale in maniera strettamente integrata con il fascicolo sanitario elettronico, la rete dei medici di medicina generale, la ricetta dematerializzata (componenti realizzate nell'ambito del progetto MEDIR), con i sistemi ospedalieri, territoriali, sociosanitari e con il CUP (componenti realizzate nell'ambito del progetto SISaR), nonché con l'anagrafica degli assistibili (componente realizzata nell'ambito del progetto ANAGS). Con riferimento all'ambito delle Cure Primarie si rileva come nello scenario attuale non esista un sistema informativo che consenta una piena e totale condivisione di tutti i dati, documenti e informazioni tra ospedale e territorio e tra differenti operatori del sistema territoriale, come invece sarebbe richiesto per un'organizzazione come quella prevista dalla legge N. 189 del 08.11.2012.

Esistono invece alcuni verticali a cui il progetto potrà integrarsi, qualora utile, come, ad esempio, PUA/UVT, ADI, Protesica. Nelle more del completamento del progetto di realizzazione della cartella delle cure primarie, i medici possono aver accesso alle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura accedendo al fascicolo sanitario elettronico. In Sardegna il fascicolo è attivo dal 2015. Il fascicolo sanitario elettronico è strumento informatico che consente al cittadino di tracciare e consultare la propria storia sanitaria per poterla poi condividere con i professionisti che lo hanno in cura. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è un sistema digitale che raccoglie e conserva in formato elettronico tutte le informazioni sanitarie di un cittadino. Si tratta di uno strumento innovativo che permette a pazienti, medici e operatori sanitari di accedere in modo facile e sicuro ai dati relativi alla salute, migliorando la qualità delle cure e l'efficienza del sistema sanitario.

Caratteristiche principali del FSE:

1. contenuti;
2. accessibilità;
3. sicurezza;
4. vantaggi.

Il fascicolo raccoglie informazioni quali: referti medici (analisi, radiografie, ecc.), prescrizioni e farmaci, diagnosi e trattamenti ricevuti, lo storico delle visite mediche, le vaccinazioni. Il FSE è accessibile sia ai cittadini che agli operatori sanitari tramite una piattaforma online, con login sicuro. I cittadini possono consultare e aggiornare le proprie informazioni sanitarie, mentre i medici possono utilizzarlo per avere una visione completa della storia clinica del paziente. La protezione dei dati è garantita da rigorosi standard di sicurezza, come la cifratura delle informazioni e il controllo degli accessi. Il paziente ha il controllo su chi può visualizzare i propri dati e può decidere di autorizzare o revocare l'accesso. Il FSE garantisce e favorisce l'efficienza dell'organizzazione sanitarie con l'ottimizzazione delle cure perché consente ai medici di avere un quadro completo e aggiornato della salute del paziente, evitando errori medici e duplicazione di esami. Il fascicolo raccoglie, per conto del paziente, i documenti (come prescrizioni, certificati medici, referti dei

laboratori, schede di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso e referti della donazione sangue) provenienti dai medici e dalle strutture pubbliche di tutta la Sardegna e, nel caso di ricoveri fuori dall'Isola, anche il materiale prodotto nelle altre regioni italiane. Il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente, è un insieme di documenti sanitari firmati digitalmente, creati ad ogni accesso dell'Assistito al Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. Attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, ciascun medico curante, se autorizzato dal paziente, potrà consultare on-line tutti i documenti sanitari, compresi quelli prodotti dai colleghi durante i percorsi di diagnosi e cura, e potrà in tal modo assistere il paziente avendo a disposizione tutte le informazioni utili. Non sarà più necessario che il paziente porti con sé tutta la documentazione sanitaria in formato cartaceo. Ciò significa, ad esempio, che il Medico di Medicina Generale avrà la possibilità di consultare tutta la storia sanitaria di un nuovo paziente precedentemente assistito da un altro Medico o Pediatra, e che i medici specialisti e ospedalieri potranno condividere con il Medico di Medicina Generale tutte le informazioni indispensabili per assicurare al Paziente la continuità dell'assistenza con elevati standard di qualità e di integrazione. Il Decreto Rilancio (D.L. 34/2020 del 19.05.2020) ha stabilito che il Fascicolo Sanitario Elettronico di tutti i cittadini venga alimentato sistematicamente con dati e documenti sanitari provenienti da tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale. Questo servizio è dunque sempre attivo e disponibile per tutti, senza la necessità di esprimere un consenso formale.

### **3.2.5 Gestione del paziente cronico**

La presa in carico del paziente cronico è un processo integrato e continuo che mira a gestire in modo efficace ed appropriato i pazienti con patologie croniche, che richiedono un monitoraggio costante e un trattamento a lungo termine. Si tratta di un modello assistenziale che va oltre la semplice cura del singolo episodio acuto e si concentra sul benessere globale del paziente. Il DM 77/2022 declina l'organizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale, esso mira a rendere il sistema sanitario più vicino alle esigenze dei cittadini, in particolare per chi convive con malattie croniche, al fine di garantire una continuità nelle cure e prevenire l'aggravarsi delle condizioni di salute. È stato emanato come parte della riforma della sanità italiana, con l'obiettivo di rafforzare la medicina territoriale e garantire una gestione più efficiente dei pazienti attraverso la presa in carico globale del paziente cronico.

Nel contesto specifico dei pazienti cronici, il DM 77/2022 si focalizza su diverse aree, tra cui:

1. Assistenza sanitaria integrata: Il Decreto promuove un modello di assistenza che integra i servizi ospedalieri, quelli territoriali e i servizi sociali, garantendo un supporto continuo per i pazienti cronici.
2. Case della Comunità: Il Decreto prevede l'istituzione delle "Case della Comunità", strutture territoriali che offrono una vasta gamma di servizi di salute, tra cui la gestione delle patologie croniche, in modo che i pazienti possano ricevere le cure necessarie senza doversi recare frequentemente in ospedale.
3. Assistenza domiciliare: Il DM 77/2022 enfatizza il potenziamento dell'assistenza domiciliare per i pazienti cronici, in modo da evitare ricoveri non necessari e garantire un'assistenza continua nelle loro case, migliorando la qualità della vita.
4. Rete Locale delle Cure palliative: il DM 77/2022 implementa il sistema delle cure palliative e la ASL di Oristano ha istituito la propria rete locale ed implementato l'Hospice nonché istituito le UCP Dom.
5. Assistenza multidisciplinare: Si incoraggia l'approccio multidisciplinare, dove medici di medicina generale, specialisti, infermieri, e altri professionisti sanitari collaborano per fornire una cura coordinata ai pazienti cronici.
6. Tecnologie digitali: Il Decreto prevede l'uso delle tecnologie per migliorare la gestione delle patologie croniche, come la telemedicina, che consente ai medici di monitorare e gestire i pazienti a distanza.

## Elementi chiave della presa in carico del paziente cronico:

- 1. Gestione multidisciplinare e interdisciplinare:** La presa in carico del paziente cronico implica la collaborazione di diverse figure professionali, come medici di medicina generale, specialisti, infermieri, dietisti, psicologi e assistenti sociali. Ogni professionista contribuisce con competenze specifiche per garantire una cura integrata.
- 2. Piano di cura personalizzato:** Ogni paziente cronico ha esigenze uniche, quindi è fondamentale sviluppare un piano di cura individualizzato, che prenda in considerazione la specificità della malattia, le condizioni socio-economiche, le preferenze del paziente e i suoi obiettivi di vita. Il piano include interventi medici, ma anche educazione terapeutica, supporto psicologico e monitoraggio.
- 3. Monitoraggio continuo:** I pazienti cronici necessitano di un monitoraggio regolare per valutare l'evoluzione della malattia e adattare i trattamenti. L'uso di tecnologie come il tele-monitoraggio e le cartelle cliniche elettroniche permette di raccogliere dati in tempo reale e a monitorare lo stato di salute a distanza.
- 4. Educazione del paziente:** Un aspetto cruciale della presa in carico è educare il paziente riguardo alla sua malattia, alla gestione dei farmaci, all'alimentazione e allo stile di vita. L'autogestione della malattia è fondamentale per migliorare l'aderenza alla terapia e prevenire complicazioni.
- 5. Continuità assistenziale:** Il paziente cronico spesso attraversa diversi livelli di assistenza, dal medico di base agli ospedali, alle case di cura. È importante che ci sia una continuità nelle cure, con un passaggio fluido tra i vari livelli, affinché non ci siano discontinuità nel trattamento.
- 6. Supporto psicologico e sociale:** La malattia cronica non ha solo un impatto fisico, ma può influire anche sul benessere psicologico e sociale del paziente. È essenziale offrire supporto psicologico per gestire ansia, depressione e altre problematiche legate alla malattia. Inoltre, l'assistenza sociale aiuta a garantire che il paziente riceva il supporto necessario per vivere in modo indipendente.
- 7. Approccio preventivo:** La presa in carico include anche strategie preventive, come la vaccinazione, la gestione dei fattori di rischio (ad esempio, il controllo della pressione arteriosa, del diabete o dei livelli di colesterolo) e l'adozione di stili di vita sani per prevenire l'aggravarsi della condizione. In quest'ultimo caso assume un ruolo fondamentale l'attuazione di interventi di educazione e promozione alla salute.

## Modelli di presa in carico

Esistono diverse modalità per implementare la presa in carico dei pazienti cronici, che variano in base al sistema sanitario e alle risorse disponibili. Alcuni dei modelli più comuni includono:

- **Case management:** Un professionista (spesso un infermiere o un assistente sociale) si occupa di coordinare tutte le fasi della cura, fungendo da punto di riferimento per il paziente.
- **Team di cura integrato:** Un gruppo di professionisti lavora insieme per monitorare e trattare il paziente in modo coordinato.
- **Telemedicina:** Tecnologie di comunicazione e monitoraggio a distanza consentono di seguire il paziente cronico anche quando non è fisicamente presente in ospedale o in ambulatorio.

## Benefici

- **Miglioramento della qualità della vita:** Il paziente cronico riceve un'assistenza completa che va oltre la gestione della malattia, con un miglioramento significativo del benessere complessivo.
- **Prevenzione delle complicazioni:** Un monitoraggio regolare e un approccio preventivo riducono il rischio di ospedalizzazioni e complicanze legate alla malattia.

- **Riduzione dei costi sanitari:** La gestione integrata e preventiva può ridurre la necessità di interventi urgenti e ricoveri ospedalieri, abbattendo così i costi sanitari complessivi.

La presa in carico del paziente cronico, in definitiva, è un approccio olistico che mira a garantire un trattamento efficace, appropriato e migliorare la qualità della vita e ridurre il carico sanitario.

### **3.2.6 Pianificazione dell'offerta**

La difficoltà è definire un corretto dimensionamento dell'offerta, che dovrebbe essere proporzionato ai bisogni espressi, ma che sappia anche intercettare i bisogni inespressi o espressi in modo inadeguato, senza portare ad un aumento indefinito dell'offerta che inseguendo richieste inappropriate potrebbe condurre ad un vero e proprio 'consumismo' sanitario.

Con Deliberazione del DG ARES n. 19 del 12.01.2024 è stato approvato il 'Piano Preventivo delle Attività 2024-2026' che rappresenta uno strumento fondamentale per la corretta individuazione dei bisogni di salute e dei relativi livelli di offerta di Servizi sanitari e sociosanitari da fornire ai cittadini nei diversi ambiti territoriali della Sardegna. Per la prima volta, a seguito della riforma del Sistema Sanitario regionale del 2020, il Piano è stato elaborato con il contributo fondamentale delle ASL territoriali. La Asl di Oristano ha partecipato all'elaborazione del Piano formalizzando le proposte di fabbisogno. I macro livelli assistenziali oggetto del Piano Preventivo delle Attività 2024-2026 riguardano:

- Assistenza Ospedaliera;
- Specialistica Ambulatoriale;
- Assistenza Termale
- Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri Diurni
- Rete locale cure palliative - Hospice;
- Riabilitazione Globale;
- Salute Mentale
- Dipendenze Patologiche
- Aids e patologie correlate.

Per ciascun macro livello assistenziale e per ciascuna ASL, sono state determinate le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da produrre direttamente, da acquistare dalle altre aziende pubbliche o dalle strutture private accreditate.

Nella definizione del fabbisogno di prestazioni, si richiama il "Piano preventivo delle attività 2024 - 2026" adottato con Deliberazione del DG ARES n. 19 del 12.01.2024. Pur consapevoli della difficoltà nell'individuazione di criteri adeguati e non arbitrari, si è scelta l'età come il principale determinante dello stato di salute e del consumo sanitario. La provincia di Oristano ha infatti, una popolazione caratterizzata da un rapido processo di invecchiamento e inoltre ha registrato negli ultimi anni un forte spopolamento di alcune sub aree. Si è ritenuto opportuno evidenziare come questi fattori incidano sulla elaborazione dell'offerta di servizi sanitari. Pertanto l'analisi dei dati è stata fondata sul criterio della popolazione pesata sulla base dei pesi utilizzati in sede di riparto del fondo sanitario nazionale che tengono conto della struttura della popolazione. La popolazione residente 31.12.2023 (dati ISTAT) è stata ripartita per classi di età e ad ogni classe è stato applicato il relativo peso.

Negli anni l'incidenza delle prestazioni per popolazione pesata tende ad aumentare proprio per effetto dell'invecchiamento della popolazione. Una delle maggiori criticità evidenziata ormai da anni è la carenza di personale medico, sia dipendente che convenzionato di specialistica ambulatoriale. La difficoltà a reperire medici specialistici è diventata ormai un elemento strutturale del panorama sanitario che condiziona negativamente la capacità delle aziende e della nostra Azienda di coordinare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere. La grave e persistente carenza di personale medico aveva già portato la Direzione anche alla drastica decisione di chiusura di reparti negli ultimi anni nonostante il ricorso alle consulenze ed alle prestazioni aggiuntive di altre Aziende Sanitarie. Proprio 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 le prestazioni aggiuntive, lo straordinario, le prestazioni in libera professione per conto dell'azienda et al.

### 3.2.7 Potenziamento dell'offerta di prestazioni

Al fine di definire le politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche, è necessario rivedere il sistema dell'offerta specialistica per migliorare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura ed assistenza. Ad oggi la Asl di Oristano nell'ottica di contenere i tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni ha posto in essere le seguenti azioni:

- Istituzione della SSD Integrazione Ospedale-Territorio
- Nomina del Direttore dei Servizi Socio Sanitari con delega di coordinamento dei tre Distretti Aziendali

Questi due organismi compiono continuamente:

1. analisi e monitoraggio della domanda;
2. verifica trimestrale del fabbisogno sanitario e pubblicazione puntuale delle ore di Specialistica Convenzionata anche in base ai tempi di attesa per branca specialistica
3. redazione ed attuazione di progetti aziendali finalizzati all'implementazione dell'integrazione Ospedale-Territorio (es ambulatori ASCoT, specialistica pediatrica per bambini senza pediatra di Libera Scelta, radiologia territoriale, progetto follow up oncologici, progetto scompenso cardiaco...)
4. Sensibilizzazione dei medici prescrittori nell'ottimizzazione della domanda attraverso l'implementazione del modello RAO;
5. **utilizzo delle misure straordinarie di incremento dell'offerta (Progetti Regionali finalizzati all'abbattimento liste d'attesa DGR n° 33/5 del 13/10/2023; DGR n° 55/41 del 18/12/2024).**
6. sensibilizzazione in occasione della prenotazione sulla necessità della disdetta anticipata in caso di impossibilità a presentarsi – re-call telefonico SMS.

### 3.2.8 Utilizzo delle grandi apparecchiature

La ricognizione completa delle grandi apparecchiature di appartenenza con riferimento alla localizzazione puntuale, alle caratteristiche tecniche, viene tenuta aggiornata annualmente dal SC Ingegneria Clinica che provvede anche al monitoraggio dei volumi di prestazioni erogati.

Il presente aggiornamento PNGLA prevede l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. L'Azienda utilizza le grandi apparecchiature della tabella di cui sopra, sia per l'erogazione delle attività ambulatoriali che per l'attività di ricovero e nell'area delle prestazioni di emergenza-urgenza. Di norma le apparecchiature esistenti presso le radiologie ospedaliere (HSP) sono utilizzabili dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, e il sabato dalle 8 alle 14 per un totale di 66 ore settimanali. Il pomeriggio vengono utilizzate esclusivamente per l'erogazione di prestazioni aggiuntive. L'Azienda si adopererà per attuare dei sistemi di monitoraggio informatizzati per ottimizzare l'utilizzo delle apparecchiature in modo da poter rilevare i reali tempi di impiego e le eventuali possibilità di ampliamento delle prestazioni attualmente offerte. La ricognizione delle ore per singola apparecchiatura è in fase di esecuzione. L'obiettivo è arrivare ad utilizzare le grandi apparecchiature ospedaliere fino alle 24 dal lunedì al venerdì. In casi di urgenza, è stato previsto si possano aprire sedute aggiuntive nella giornata di domenica per far fronte ad eventuali criticità. Il piano di utilizzo delle grandi attrezzature sarà definito dopo che la regione avrà inviato le indicazioni specifiche per la formulazione dello stesso anche in considerazione della carenza di personale specializzato nell'utilizzo dei macchinari più sofisticati a disposizione dell'Ente. I fermo macchina per guasto o manutenzione straordinaria non programmata, sono monitorati ai sensi dei PNGLA e PRGLA, e prevedono l'avvio dei percorsi di surroga della prestazione anche attraverso specifici accordi con altre strutture sanitarie presenti nel territorio.

### **3.2.9 Telemedicina**

Le linee guida sulla Telemedicina del Ministero della Salute, del 2014, indicano che "si usa il termine Telemedicina per identificare tutti quei casi in cui vengono erogati dei servizi di assistenza sanitaria in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo fisico, ma comunicano grazie alle tecnologie ICT". I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (coordinated care), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal D.M. 77/2022 la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute. La telemedicina è pertanto una modalità di erogazione a distanza di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Essa rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione. L'uso della telemedicina, attraverso l'assistenza e il monitoraggio dei pazienti a distanza, offre la risposta sanitaria adeguata alle esigenze di una popolazione che registra un forte invecchiamento e un aumento delle malattie croniche.

La telemedicina è elemento imprescindibile della ristrutturazione e razionalizzazione del sistema sanitario, attraverso l'impiego di tecnologie avanzate e nuovi modelli organizzativi di assistenza domiciliare. Con il

termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti;
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti;
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici;
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

I vantaggi della Telemedicina:

La telemedicina si rende utile in modo particolare per categorie di pazienti che richiedono una assistenza connotata da continuità poiché affetti da patologie croniche; essi necessitano di monitoraggio costante di alcuni parametri vitali, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni legate alla specifica patologia.

In questo caso essa può fornire al paziente un servizio migliore, attraverso una più rapida disponibilità di informazioni sullo stato della sua salute, consentendo di accrescere la qualità e tempestività delle decisioni dei professionisti sanitari, particolarmente utili in condizioni di emergenza-urgenza. In questo senso, la tecnologia e le telecomunicazioni svolgono una funzione fondamentale in quanto contribuiscono a migliorare l'efficienza e la sicurezza delle cure, nonché la riservatezza e protezione dei dati personali dei pazienti.

La telemedicina, che rappresenta uno dei principali ambiti di applicazione della sanità in rete, offre potenzialità di grande rilevanza soprattutto per:

- accrescere l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari nei territori remoti, grazie al decentramento e alla flessibilità dell'offerta di servizi resi, la cui erogazione viene resa possibile da forme innovative di assistenza domiciliare;
- redistribuire le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio
- offrire, grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto, un supporto ai servizi mobili d'urgenza o per le zone remote, attraverso la riorganizzazione dei servizi sanitari, eventualmente mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze.

I servizi minimi di telemedicina previsti nel PNRR, al fine di assicurare un'attivazione uniforme degli stessi su tutto il territorio nazionale, sono:

- - televisita
- - teleconsulto e teleconsulenza medico-sanitaria
- - teleassistenza
- - telemonitoraggio

### **3.2.10 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)**

L'attività svolta in Libera professione intra-moenia si aggiunge all'offerta istituzionale ed è disciplinata dalla normativa in materia e dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria. In regime libero-professionale possono essere erogate solo le medesime prestazioni già erogate in

attività istituzionale, secondo volumi di attività, per struttura erogatrice e per singolo medico, definiti. Per quanto attiene alla programmazione dei fabbisogni dell'attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI) la Asl 5 di Oristano ha recepito, nelle more della riorganizzazione aziendale e ai sensi dell'art 46 dello Statuto Aziendale, il "Regolamento per lo svolgimento della libera professione intramoenia e delle attività aziendali a pagamento dell'ATS Sardegna" (deliberazione CS ATS n. 465 del 15/06/2021) nonché il "Piano aziendale ATS libera professione intramoenia anno 2019 (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 2013 del 02/04/2020)".

Il Regolamento per lo svolgimento della libera professione intramoenia e delle attività aziendali a pagamento è in fase di elaborazione. Attualmente sul sistema CUP aziendale viene registrata l'attività svolta in libera professione intramuraria in agende di prenotazione appositamente create e, tramite lo stesso sistema, è predisposto il canale di pagamento di tutte le prestazioni erogate a garanzia della tracciabilità dell'attività svolta da ogni singolo professionista che opera in ALPI. Le prenotazioni vengono gestite dall'Azienda sanitaria locale mediante canale di accesso per l'utenza dedicati. Nel caso in cui i volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale risultino inferiori a quelle erogate in regime di ALPI ovvero si riscontri un superamento dei limiti regionali stabiliti come tempi massimi per l'erogazione di prestazioni di attività istituzionale, l'Azienda, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 59/5 del 04/12/2018, ne verifica le motivazioni e prima di sospendere l'attività ALPI procede a valutare se il numero degli operatori sanitari per struttura è congruo per ottemperare oltre che alle attività di degenza e cura anche per ambulatori per esterni aperti a CUP.

L'istituto dell'ALPI è uno degli elementi presi in considerazione per ottemperare alle prestazioni verso i pazienti inseriti nei contenitori di garanzia.

### **3.3 SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PRESA IN CARICO**

Alla luce delle indicazioni declinate nel PNGLA 2019/2021 si è resa necessaria una riorganizzazione dell'offerta sanitaria sia pubblica che privata, mediante una classificazione più puntuale delle agende di prenotazione, secondo tipologia di accesso e livello di priorità. L'intervento ha interessato sia le agende preesistenti sul CUP regionale, che quelle di nuova implementazione. La presa in carico dei pazienti è la reale novità nella gestione delle liste di attesa e riguarda gli esami successivi al primo accesso, per i quali sono state aperte agende di prenotazione differenziate dai primi accessi, e il controllo per i malati cronici inseriti in specifici percorsi.

Un sistema integrato di presa in carico del paziente riduce le prime visite a quelle di primo accesso e assicura una costante riduzione delle liste di attesa per gli utenti che per la prima volta entrano in contatto con il SSR. Sono infatti gli specialisti, che, nel prendere in carico il paziente, provvedono a prescrivere e prenotare direttamente le prestazioni di controllo, su agende esclusive dedicate, senza che il cittadino debba tornare nuovamente dal medico di base e a un nuovo sportello CUP

#### **3.3.1 La presa in carico del paziente**

La presa in carico di un paziente avviene mediante il suo inserimento in un percorso assistenziale con l'indicazione delle prestazioni che l'assistito dovrà svolgere con cadenze temporali definite. Lo specialista che ha già preso in carico il paziente prescrive le prestazioni successive al primo accesso, laddove previsto dalla normativa. Al fine di facilitare l'accesso per il paziente e garantire una reale presa in carico del suo bisogno assistenziale la prenotazione è inserita direttamente sul sistema CUP nelle agende dedicate agli accessi successivi, se non diversamente richiesto dal paziente, senza che questi sia rimandato al MMG o al PLS per la prescrizione. La Asl di Oristano, nel presente Piano, garantisce la continuità dei percorsi

assistenziali di controllo/follow-up presso la stessa struttura erogatrice, assicurando agende dedicate agli accessi successivi.

L'azienda individuerà gli specifici percorsi di presa in carico dei pazienti cronici implementando dei percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali, per migliorare la qualità del servizio, la garanzia della continuità assistenziale e la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali, e di ricovero come il day service.

### **3.3.2 Servizio CUP**

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) è il sistema di prenotazione centralizzato che gestisce le prenotazioni in base all'offerta a livello regionale. Il Cup rende possibile prenotare le prestazioni presso le strutture pubbliche e private presenti nella regione Sardegna, per le diverse modalità di prenotazione quali Servizio Sanitario Nazionale, Libera Professione, Fuori LEA, per l'accesso della specialistica ambulatoriale. Le impegnative sono distinte in primo e secondo accesso, per il primo accesso deve essere riportata la classe di priorità (U-B-D-P) e vanno prenotate tramite le agende pubbliche nelle strutture pubbliche e private accreditate. Gli accessi successivi al primo, per le Specialità previste dai RAO, vanno inseriti in agende esclusive che vengono utilizzate dello specialista che ha già preso in carico il paziente e dagli operatori aziendali

### **3.3.3 La rete dei punti di prenotazione**

L'attività del CUP si divide in attività di Back office e in attività di Front office.

**Il Back office** viene effettuato dalla Segreteria Cup sita presso i poliambulatori dell'Azienda e dei PP.OO.

- attività di programmazione, gestione e manutenzione delle agende di prenotazione, siano in SSN, LP, extra SSN e relativi listini;
- configurazione delle agende pubbliche con la gestione degli spazi in base alla priorità (Urgente, Breve, Differibile e Programmata) e delle agende esclusive per i controlli dello stesso specialista;
- gestione delle note per la preparazione alla prestazione e eventuali avvisi per l'operatore per effettuare una corretta prenotazione;
- la modifica dell'agenda riguardanti le prestazioni, la loro durata, gli orari degli ambulatori, la sospensione dell'attività per permettere lo spostamento degli appuntamenti;
- elaborazione dei report sull'attività e sui tempi d'attesa;
- inserimento e aggiornamento delle liste d'attesa degli interventi chirurgici, delle prestazioni di FKT e delle urgenze non gestite dagli sportelli
- attività di recall soprattutto per le prestazioni con una lunga attesa.

**Il Front Office** comprende:

- il CUP telefonico Aziendale tutti i giorni dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 ed il sabato fino alle 13.00
- n 7 sportelli distribuiti sui poliambulatori di Samugheo, Ales, Terralba, Mogoro, Ghilarza, ed il P.O. di Bosa.

- prenotazioni tramite il Call center al n. 1533 dal telefono fisso e dallo 070/474747 da telefono mobile
- prenotazione Web effettuata direttamente dall'utente solo sulle agende pubbliche, modalità sempre più utilizzata.

### 3.3.4 L'agenda di prenotazione

La gestione dell'offerta è realizzata attraverso l'agenda di prenotazione" che contiene:

- ✓ i dati delle prestazioni che possono essere prenotate/erogate e la loro classificazione (es. Tipologia, disciplina, branca specialistica)
- ✓ i dati di chi eroga la prestazione e di quando viene erogata e l'ubicazione dell'ambulatorio;
- ✓ i dati di chi può fruire della prestazione il regime di erogazione della prestazione (SSN, intramoenia, ecc.) e, in generale, gli elementi necessari al calcolo del prezzo della prestazione;
- ✓ le differenti tipologie di accesso (profili di accesso): agenda prenotabile da operatori CUP (di sportello o di call center). L'agenda rappresenta dunque lo strumento operativo del CUP.

La costruzione dell'agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa. L'intera offerta di prestazioni di ciascuna Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Pertanto, per ogni struttura erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al back office. Allo stato attuale le agende si dividono in 'Agende Pubbliche', destinate alle Prime Visite divise per codice di priorità (UBDP) e 'Agende Esclusive' totalmente gestite dalle strutture eroganti e destinate alle Visite di Controllo successive alla prima visita o a particolari prestazioni strumentali o procedure diagnostiche. Le 'Agende Pubbliche' (di primo accesso), sono state strutturate secondo fasce orarie, così come comunicate dalle strutture eroganti, nelle quali, in base alle disponibilità date dalle strutture, vengono inseriti gli slot prestazionale secondo il codice di priorità assegnato. Gli slot, per codice di priorità, sono dotati di un sistema dinamico di scorrimento, ossia in base alla tempistica assegnata, qualora non si ci fossero prenotazioni per prestazioni con un codice di priorità (Es. U – urgente 72h) lo stesso si trasformerebbe, liberandosi, in slot prestazionale per il codice di priorità di livello immediatamente successivo (Es. B – breve 10 gg) e così per tutti gli slot con codice di priorità da U a P. Il processo di prenotazione si esplica attraverso le seguenti fasi:

- identificazione dell'assistito, che ha per obiettivo il riconoscimento dell'utente nell'anagrafe di riferimento o l'inserimento dello stesso, anche nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela della privacy;
- inserimento delle prestazioni, ossia la ricerca e la selezione delle prestazioni da prenotare;
- prenotazione delle prestazioni selezionate, che ha per obiettivo la ricerca delle disponibilità e delle strutture in grado di erogare tali prestazioni, nonché la conseguente conferma della prenotazione, in coerenza con i criteri definiti per le diverse tipologie di accesso (regime di erogazione, ambito territoriale di garanzia, priorità di accesso, prestazione garantita per il tempo massimo, prestazione erogata da struttura di secondo livello, libera scelta dell'utente, ecc.);
- contabilizzazione e cassa.

Al fine di prevenire la prenotazione multipla di più prestazioni a fronte della stessa impegnativa, l'inserimento delle prestazioni da prenotare è accompagnato da opportuni controlli automatizzati, in grado di verificare l'eventuale già avvenuta prenotazione/erogazione delle medesime prestazioni. È fondamentale che tali controlli consentano la rilevazione di questa fattispecie di anomalie, non solo all'interno della singola Azienda sanitaria ma anche nell'ambito dell'insieme delle strutture erogatrici di pertinenza del sistema CUP. Il sistema CUP gestisce la richiesta di prestazioni multiple, cioè prescritte sulla medesima ricetta o su più ricette ma presentate nello stesso momento, cercando la prima data utile in modo da effettuare le stesse contestualmente oppure altre date utili ad effettuare le prestazioni in tempi differiti, se il paziente ne manifesta l'esigenza.

La prenotazione di prestazioni in regime di libera professione ha una gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata con il medesimo sistema CUP.

### **3.3.5 La gestione delle disdette**

Esistono diverse modalità per disdire la prenotazione:

- tramite recall della segreteria e del messaggio sms inviato dal coordinamento regionale
- tramite call center
- telefonando al numero aziendale 0783 317216
- tramite gli sportelli ticket.

### **3.3.6 Prestazioni non eseguite per mancata presentazione**

Sono stati implementati meccanismi digitali per l'invio automatico di SMS di promemoria dell'appuntamento e richiamata automatizzata del paziente (CUP Recall), che assicurano una comunicazione più efficace e che consentono la possibilità per l'utente di disdire agevolmente un appuntamento prenotato al CUP regionale tramite un semplice SMS di risposta. Nel caso in cui il paziente non si presenti alla visita e non abbia effettuato la disdetta almeno tre giorni prima dell'appuntamento prenotato, preannunciando l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata, è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione. ai sensi del comma 15 dell'art. 3 del decreto legislativo 29.04.1998 n. 124 e ss.mm.ii. Le modalità operative di applicazione del regime sanzionatorio di cui al D.Lgs 124/1998 art 3 comma 15 sono definite nello specifico Regolamento in fase di approvazione.

## **4 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO**

### **4.1 RIPRESA DELLE ATTIVITA' DI DIAGNOSI E CURA NEI PRESIDI TERRITORIALI DI BOSA E GHILARZA**

#### **4.1.1 Riorganizzazione del Pronto Soccorso del P.O. Mastinu e riqualificazione dei Chirurghi.**

*Sino a Marzo 2022 i Chirurghi del P.O. Mastinu di Bosa esercitavano la loro attività presso il Pronto Soccorso del nosocomio, con una produzione chirurgica e specialistica ormai marginale. Attraverso l'estensione di contratto con la MST Group, fornitrice di servizi sanitari, e l'inserimento dei medici contrattualizzati dalla società presso il Pronto Soccorso del "Mastinu" di Bosa è stato possibile riqualificare gli specialisti Chirurghi e*

*permettere la ripresa delle attività di diagnosi e cura fino ai livelli attuali. L'impegno della Direzione è rappresentato dal costante monitoraggio anche attraverso l'istituto delle prestazioni aggiuntive sulla produzione chirurgica ottenuta.*

#### **4.1.2 Riattivazione del Day Surgery del P.O. Delogu di Ghilarza e implementazione della Diagnostica radiologica.**

*Sino a Marzo 2022 il Day Surgery chirurgico del P.O. Delogu di Ghilarza era praticamente privo di attività. La riqualificazione del Chirurgo presente (da oltre 3 anni destinato ad attività anti-Covid) ha permesso la ripartenza delle attività di Day Surgery chirurgico. E' in corso l'implementazione, anche attraverso contratti libero-professionali e prestazioni aggiuntive, del personale anestesiológico. Ciò ha già permesso la riattivazione del Day surgery urologico, ortopedico e, di nuova introduzione, la chirurgia dermatologica. D'altro canto la presenza anestesiológica ha permesso la notevole implementazione degli esami TC con contrasto presso la Radiologia del medesimo Presidio.*

## **4.2 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI RICOVERO**

La pianificazione e il controllo delle liste d'attesa nella Asl Oristano si basa sul principio di equità nell'accesso basato su criteri di appropriatezza e priorità clinica. Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del PNGLA 2019 - 2021 e del PRGLA 2019 – 2021 della Regione Sardegna. La classe di priorità è da assegnare valutando la condizione clinica del paziente, la natura della patologia e le possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi. L'inserimento delle richieste di ricovero programmato nella lista di attesa avviene tramite le procedure informatiche centralizzate presenti nel modulo LA (liste di attesa) integrato con il modulo ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento) del Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) all'interno Sistema Informativo Sanitario Regionale SISaR. La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie. Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione vengono tracciati nelle agende di prenotazione. Si precisa che in caso di modifica della priorità il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa). In ogni struttura o sistema organizzato e centralizzato di gestione delle liste di attesa sono stati formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti.

La programmazione dell'attività di ricovero, supportata dal sistema informatico, avviene nelle seguenti fasi:

- 1) Inserimento in lista d'attesa;
- 2) Attivazione del pre-ricovero;
- 3) Convocazione del paziente;
- 4) Ricovero.

Si analizzano di seguito le fasi di programmazione:

### **1. Inserimento in lista d'attesa**

L'inserimento in lista d'attesa corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Il paziente è inserito in lista d'attesa specificando la classe di priorità, la diagnosi (descrittiva e codificata) e l'eventuale intervento principale. Il tempo di attesa verrà calcolato dalla data di iscrizione in lista al giorno del ricovero.

## **2. Attivazione del pre-ricovero**

La fase pre-operatoria è avviata, sulla base del periodo previsto per il ricovero, mediante la chiamata del paziente per il pre-ricovero. Gli obiettivi principali della fase pre-operatoria sono:

- valutare le condizioni generali del paziente;
- rilevare eventuali condizioni non diagnosticate che potrebbero determinare un problema intra o perioperatorio;
- determinare il rischio perioperatorio (chirurgico ed anestesilogico);
- ottimizzare le condizioni del paziente al fine di ridurre il rischio perioperatorio;
- definire, anche in accordo con il paziente, la strategia di gestione perioperatoria ottimale;
- definire il setting più appropriato di trattamento e assistenza post- operatoria (day surgery, degenza ordinaria, eventuale transito in ambiente intensivo, eventuali percorsi di recupero funzionale o riabilitazione ove prevedibili);
- informare il paziente rispetto all'intervento, all'anestesia ed al percorso successivo al fine di ridurre il livello di ansia e facilitare il recupero post-intervento;
- ridurre la durata della degenza, e migliorare la programmazione dell'attività chirurgica.

Non rientrano nel pre-ricovero le indagini o le consulenze necessarie per l'inquadramento diagnostico o la stadiazione della patologia, che devono essere eseguite prima dell'inserimento del paziente in lista di attesa. Il pre-ricovero rappresenta uno step fondamentale nella gestione del paziente candidato ad intervento chirurgico programmato e deve essere effettuato nel rispetto di due parametri fondamentali:

### **appropriatezza e tempestività**

## **3. Convocazione del paziente**

In seguito alla attivazione e conclusione del processo di pre-ospedalizzazione si concorda con il paziente la data del ricovero e si avvia la fase successiva del ricovero. Può essere accordato, su richiesta del paziente, un rinvio dell'attesa per il ricovero programmato nei seguenti casi:

- motivi sanitari del paziente (insorgenza di controindicazioni);
- indisponibilità del paziente per motivi personali.

È uno stato della lista di attesa durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato; il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione. Nel caso in cui il gestore della lista effettui la chiamata per la visita di rivalutazione, prenotata attraverso i canali interni di prenotazione, e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione, con compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket) laddove non esente; a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva. Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato

iter terapeutico, fornendo una data di ricovero. Ogni modifica dello stato di lista, ogni atto diagnostico o terapeutico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

#### **4. Ricovero**

Ricovero del paziente e intervento. Nel caso in cui il paziente sia ricoverato ma l'intervento chirurgico non possa essere effettuato è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso episodio di ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e comunicata al paziente la nuova data di ricovero da effettuarsi prima possibile. La chiusura della scheda di prenotazione può avvenire nei seguenti casi:

- decesso;
- espressa rinuncia del paziente che per sua libera e irrevocabile scelta, non intenda effettuare il ricovero;
- trasferimento ad altro setting assistenziale;
- irreperibilità del paziente a seguito di due o più chiamate telefoniche o colloquio diretto in giornate diverse e orari differenti opportunamente tracciati nel registro cartaceo vidimato dalla Direzione. Nell'informativa comunicata al paziente, vengono chiaramente evidenziate, al fine di informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di chiusura della scheda di prenotazione, i canali attraverso i quali effettuare la cancellazione e informazioni da comunicare.

La Asl di Oristano, per quanto concerne la programmazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di monitoraggio, anche in considerazione dei trend degli ultimi anni caratterizzati dalla riduzione del numero di interventi per l'emergenza covid-19 e ai percorsi igienico sanitari predisposti per ridurre al minimo i contagi, per le 17 prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, intende garantire se non implementare i volumi consolidati negli ultimi anni.

##### **4.2.1 USO SISTEMATICO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ**

Con riferimento all'attività di ricovero, il presente Piano recepisce le indicazioni del PNGLA e del PRGLA 2019-2021 della Regione Sardegna che prevedono l'obbligo di indicare per tutti i ricoveri programmati la classe di priorità. L'utilizzo rigoroso delle indicazioni contenuti nei suddetti Piani garantisce la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. La tabella seguente richiama le classi di priorità da utilizzarsi e i tempi massimi previsti: Tempi massimi di attesa per prestazioni in regime di ricovero per Classi di priorità

- **A** Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
- **B** Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- **C** Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

- **D** Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Al fine di assicurare equità di accesso al SSR, le medesime disposizioni sono valide per i ricoveri intramoenia e per i privati convenzionati.

Le prestazioni in regime di ricovero “suggerite” dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera Scelta o da uno specialista (territoriale o ospedaliero), su ricettario regionale SSN devono indicare:

1. il tipo di ricovero (Ordinario o Day Hospital), o il quesito clinico (o motivo del ricovero);
2. la classe di priorità (A, B, C, D) e l'eventuale necessità di intervento chirurgico.

Il paziente, con questa impegnativa recante l'indicazione al ricovero accede alla “visita filtro” dello specialista che valuta la prescrizione di ricovero e ne verifica l'appropriatezza e l'inserimento del paziente nel Registro Liste d'Attesa (RLA). Al momento dell'inserimento in lista di attesa, si deve comunicare al cittadino i tempi di attesa indicati dal codice sulla ricetta, ciascun utente può prendere visione della propria posizione nella lista di attesa facendone richiesta alla direzione sanitaria di competenza.

#### **4.3 GESTIONE TRASPARENTE DELLE LISTE D'ATTESA**

Al fine di garantire la trasparenza, all'atto dell'inserimento in lista, al cittadino devono essere comunicate informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità, la durata presunta dell'attesa, oltre a informazioni circa il pre-ricovero e ogni altra indicazione ritenuta utile, secondo il modello organizzativo aziendale.

### **5 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA**

#### **5.1 STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO**

Il PNGLA 2019-2021 e il PRGLA 2019-2021 introducono in forma stabile, tra gli altri, il monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa per le prestazioni definite “traccianti” erogate in regime istituzionale. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSR. Il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato secondo la modalità ex ante (a priori) per misurare il tempo di attesa prospettato al cittadino al momento della prenotazione, in una determinata “settimana indice”, con cadenza trimestrale (a gennaio, aprile, luglio e ottobre), sulla base delle prenotazioni inserite nel CUP attraverso tutti i canali di prenotazione previsti in Sardegna (Call Center, CUPWEB, sportelli presso Strutture sanitarie, Farmacie, etc.). Il tempo di attesa è calcolato in giorni come l'intervallo che intercorre tra data di contatto dell'utente con il sistema CUP e la data assegnata per l'erogazione, ossia data di prenotazione. Sono oggetto di monitoraggio esclusivamente le prestazioni di primo accesso, prenotate in regime istituzionale, con classe di priorità B (Breve) o D (Differibile) e che rientrano nella garanzia dei tempi massimi.

#### **5.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO**

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, sono state identificate in coerenza con il PRGLA 2019-2021 nelle 64 prestazioni inserite nei LEA.

Il Piano prevede la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, ed in particolare:

- l'utilizzo delle classi di priorità;
- la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico;
- la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;

il Piano prevede di diffondere i report per la verifica della congruità circa l'uso delle priorità e di organizzare nell'ambito delle varie macro strutture, audit tra prescrittori ed erogatori.

### **5.3 PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO OGGETTO DI MONITORAGGIO**

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati, rimanendo esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti
- i ricoveri la cui l'accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico o non di competenza delle Aziende.

Per le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio la Asl di Oristano attualmente garantisce gli interventi oggetto di monitoraggio tramite le proprie strutture pubbliche: Il presente Piano, ha come obiettivo l'incremento del personale sanitario (previa disponibilità delle risorse umane) per sedute operatorie aggiuntive, programmando le stesse anche al pomeriggio o il sabato mattina.

### **5.4 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI**

Per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al presente Piano, la ASL Oristano provvederà alla produzione ed al conferimento, nel rispetto delle specifiche tecniche di riferimento, dei flussi indicati nelle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa", Allegato B al PNGLA 2019-2021. Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, il PAGLA conferma i seguenti monitoraggi:

1. Monitoraggio ex-post delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
2. Monitoraggio ex-ante delle prestazioni specialistiche in regime istituzionale;
3. Monitoraggio ex-post delle attività di ricovero programmate;
4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
5. Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico;
6. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>),
7. Monitoraggio della presenza sui siti web della Regione e delle Aziende Sanitarie della sezione dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
8. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione nel sistema CUP.

I monitoraggi sopra elencati sono individuati a livello nazionale e costituiscono obbligo informativo verso le istituzioni competenti, pertanto la Asl di Oristano assicura la trasmissione sistematica dei flussi informativi nel rispetto della tempistica di invio dei dati nonché la loro completezza.

## **5.5 VIGILANZA SULLA SOSPENSIONE**

Ai sensi dell'art. 1, comma 282 della legge n. 266 del 23.12.2005, nel quadro degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, è disposto il divieto di sospendere le attività di erogazione delle prestazioni, ad eccezione di situazioni legate a motivi tecnici. In caso di violazione della predetta norma di legge, si applicano le sanzioni di cui al successivo comma 284 dell'art. 1, della medesima legge n. 266 del 23.12.2005.

## **5.6 MONITORAGGIO PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI**

Il monitoraggio dei PAGLA prevede il coinvolgimento e la partecipazione delle parti sociali e delle associazioni e comitati per la tutela del diritto alla salute con i quali, pertanto, l'Azienda condivide periodicamente i dati del monitoraggio.

## **5.7 PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI**

Il presente piano, in coerenza con quanto indicato dal PNGLA 2019-2021, stabilisce che il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) delle patologie oncologiche e cardiovascolari è attuato secondo la metodologia indicata nelle linee guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

## **6. TRASPARENZA E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE**

Il presente Piano, in linea con le indicazioni Regionali, prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti. A norma dell'art. 41, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" è previsto l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private. In quest'ottica l'Azienda deve garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo le specifiche disposizioni espone di seguito:

- a) tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e regionale;
- b) tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e regionale;
- c) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i "primi accessi" dagli "accessi successivi";
- d) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai "primi accessi", devono essere organizzate per classi di priorità e devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all'interno degli Ambiti di Garanzia, come definiti dalla DGR 59/5 del 4/12/2018 e s.m.i.;

e) la sezione delle agende di prenotazione relativa ai primi accessi deve essere organizzata per codice di priorità, strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l'organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari.

f) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, day hospital e day surgery) devono essere organizzate per classi di priorità. Un'apposita sezione del sito Web Istituzionale sarà dedicata alle informazioni di prioritario interesse per gli utenti e relative a:

- elenco delle prestazioni e il tempo massimo d'attesa associato e assicurato in base alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore;
- i criteri clinici e le corrispondenti classi di priorità;
- modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime istituzionale e in regime ALPI;
- modalità di pagamento delle prestazioni e disdetta;
- le condizioni di completezza della richiesta necessarie ad individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario;
- le condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- modalità di accesso ai ricoveri programmati e di formazione delle liste di attesa;
- percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi di attesa o degli ambiti di garanzia così come previsti dalla DGR 59/5 del 04/12/2018;
- tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA.
- Informazioni sulle regole adottate per la tutela dell'equità e trasparenza
- Riveste particolare importanza la sezione del sito web Aziendale "Trasparenza" attraverso la quale comunicare periodicamente i risultati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare relative a:
  - Rilevazioni regionali delle settimane indice;
  - Report di monitoraggi aziendali.

A seguito di eventuali criticità che saranno rilevate sarà associata l'indicazione delle misure di contrasto assunte. Il PAGLA è reso disponibile a tutti i cittadini, alle loro associazioni e a tutti i portatori di interesse attraverso la pubblicazione sul sito web dell'Azienda Sanitaria compresi i costanti aggiornamenti.

## **LEGENDA ACRONIMI:**

ALPI: Attività Libero professionale Intramuraria

ANAGS: Anagrafica Sanitaria

ASCoT: Ambulatori Straordinari di Comunità Territoriale

ATS: Azienda per la Tutela della Salute

CUP: Centro Unico di Prenotazione

FSE: Fascicolo Sanitario Elettronico

LEA: Livelli essenziali di Assistenza

MMG: Medici di Medicina Generale

PDTA: Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali

PLS: Pediatri di Libera Scelta

PNGLA: Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa

PRGLA: Piano Regionale Gestione Liste d'Attesa

PAGLA: Piano Aziendale Gestione Liste d'Attesa

RUGLA: Responsabile Unico Gestione Liste d'Attesa

SIO: Servizio Informatico

UOC: Unità Operativa Complessa

UOS: Unità Operativa Semplice