

# **PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

## **Obiettivi e scopo del documento**

---

Allo scopo di recepire le indicazioni contenute nella Delibera di Giunta Regione n. 33/26 del 10.08.2011 e in linea con il Piano Regionale per il Governo delle liste d'attesa approvato con la medesima DGR, il presente documento ha il compito di formulare il piano di intervento relativamente alle tematiche delle liste di attesa nell'ambito dell'ASL n. 5 di Oristano.

Nell'ottica di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie adeguate al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona alla tutela della salute e del principio di equità nell'accesso alle prestazioni, la finalità del presente piano è quello di individuare gli interventi finalizzati a garantire tempi di attesa congrui agli assistiti, mediante una maggiore appropriatezza della domanda e una migliore organizzazione dell'apparato dell'offerta, coniugando il diritto di accesso del cittadino alle prestazioni sanitarie, anche in base agli adempimenti fissati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012).

### **1) Liste d'attesa: analisi del problema**

---

Le liste di attesa sono un problema complesso, a genesi multifattoriale che deve essere affrontato agendo sulla pluralità di cause che lo originano. I determinanti del fenomeno delle liste di attesa attengono sostanzialmente a tre grandi aree di intervento:

- 1) il governo della domanda di prestazioni
- 2) il governo dell'offerta di assistenza
- 3) i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni.

Le liste d'attesa sono generate dal mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni.

Tra i fattori che determinano l'eccesso di domanda, si ricorda

- a) la cattiva informazione che spinge il cittadino a rivolgersi alle strutture sanitarie pretendendo prestazioni non sempre necessarie
- b) l'invecchiamento della popolazione che determina l'aumento delle malattie cronico-degenerative e conseguentemente un aumento della richiesta di prestazioni
- c) il diffondersi della medicina difensiva legata ovviamente al fatto che i medici per scongiurare il pericolo di cause di risarcimento danni lunghe e costose, chiedono prestazioni diagnostiche e strumentali non sempre giustificate dalla gravità del caso clinico.

d) la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute.

Tra i fattori che condizionano il governo dell'offerta di prestazioni si ricordano:

- 1) l'insufficienza dei tetti di spesa
- 2) l'insufficienza della disponibilità di professionisti;
- 3) l'insufficiente disponibilità di attrezzature strumentali;
- 4) le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili.

Per tali motivi è necessario studiare ed applicare programmi idonei a garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni in condizioni di appropriatezza e qualità.

L'appropriatezza, clinica e organizzativa, è sicuramente l'elemento regolatore delle scelte e dei comportamenti di tutti i soggetti che hanno una responsabilità

rispetto al bisogno di salute. L'appropriatezza è quindi presupposto indispensabile, sebbene non sufficiente, per garantire il diritto alla salute stessa.

## 2) Recepimento dei tempi massimi d'attesa

Con il presente Piano Attuativo vengono recepiti i tempi massimi di attesa fissati per le prestazioni di cui al punto 3 del PNGLA e che devono essere sottoposte a monitoraggio.

Le prestazioni ambulatoriali sono complessivamente 43 di cui 14 visite specialistiche e 29 di diagnostica strumentale.

Tabella 1 - Elenco delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA  
**VISITE SPECIALISTICHE**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	87.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

## PRESTAZIONI STRUMENTALI – DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	15 87.37.1; 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	18 88.01.4; 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4; 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5

30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.75.1; 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2

### PRESTAZIONI STRUMENTALI – ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45.23; 45.25; 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13; 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41; 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1; 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

I tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali del PNGLA sono fissati in base alle seguenti classi di priorità:

- **U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro **72 ore**;
- **B (Breve)**, da eseguire entro **10 giorni**;
- **D (Differibile)**, da eseguire entro **30 giorni** per le visite o **60 giorni** per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)**.

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

Le prestazioni di ricovero di cui al punto 3.2 del PNGLA (Tabella 2) sono 15 di cui 5 erogate in regime prevalentemente diurno e 10 ordinario.

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

### PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME DIURNO (DAY HOSPITAL/DAY SURGERY)

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.11
45	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	47 49.46- 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

### PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	85.4x	Categoria 174

50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Categoria 185
51	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7x ;45.8; 48.5 ; 48.6x	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici per tumori dell'utero	68.3x	Categoria 182
53	By Pass Aorto Coronario (BPAC)	36.1x	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	36.0x	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53	
57	Interventi chirurgici per tumore del Polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2; 28.3	

Per tali prestazioni la Regione Sardegna adotta le classi di priorità definite dall'Accordo Stato-Regioni e P.A. dell'11 luglio 2002:

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

### 3) Azioni per il governo della domanda

#### 3.a) Situazione attuale

I tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, di cui al punto 3.1 del PNGLA, sono fissati in base alle classi di priorità (Urgente, Breve, Differibile e Programmata).

Tuttavia per l'analisi sotto rappresentata si è fatto riferimento alle prestazioni erogate e ai tempi massimi di attesa trattandole tutte quali prestazioni programmate, non essendo attualmente disponibile l'informazione relativa alla distinzione tra prima e seconda visita e alla classe di priorità.

I tempi d'attesa aziendali rilevati nel mese di dicembre per le prestazioni oggetto di monitoraggio sono di seguito elencati.

codice	prestazione	GG di attesa	Prima data utile
87.03	TC DEL CAPO(TOMOGRAFIA)	18	20/12/2011

87.03.1	TC CAPO SENZAE CON CONTR. (TOMOGRAFIA)	19	21/12/2011
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	52	23/01/2012
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	52	23/01/2012
87.41	TC DEL TORACE(TOMOGRAFIA)	18	20/12/2011
87.41.1	TC TORACE CONE SENZA CONTRASTO (TOMOGRAFIA)	19	21/12/2011
88.38.1	TC RACHIDE ESPECO VERTEBRALE	18	20/12/2011
88.38.2	TC RACH. ESPECO VERT.CON E SENZA CONTR	19	21/12/2011
88.38.5	TC BACINO	18	20/12/2011
88.71.4	ECOGRAFIA CAPO COLLO	81	21/02/2012
88.73.1	ECOGRAFIA MAMMELLA BILATERALE	81	21/02/2012
88.73.2	ECOGRAFIA MAMMELLA MONOLATERALE	81	21/02/2012
88.74.1	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE	81	21/02/2012
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	81	21/02/2012
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	81	21/02/2012
88.93	RM DELLA COLONNA	196	15/06/2012
88.93.1	RM COLONNA SENZA\CONCONTRASTO	196	15/06/2012
88.94.1	RM MUSCOLOSCHLETRICA SENZA CONTR.	201	20/06/2012
88.94.2	RM MUSCOLOSCHL.CON\SENZA CONTR.	201	20/06/2012
88.01.1	TC ADDOME SUPERIORE	18	20/12/2011
88.01.2	TC ADDOME SUPERIORECON E SENZA CONTR.	19	21/12/2011
88.01.3	TC ADDOME INFERIORE	18	20/12/2011
88.01.4	TC ADDOME INFERIORECON E SENZA CONTR.	19	21/12/2011
88.01.5	TC ADDOME COMPLETO	18	20/12/2011
88.01.6	TC ADDOME COMPL.CON E SENZA CONTR.	19	21/12/2011
88.91.1	RM DEL CERVELLOE TRONCO ENCEFAL.	196	15/06/2012
88.91.2	RM CERV.E TR.ENCEF.SENZAE CONTRAS	196	15/06/2012
89.7	VISITA - ANGIOLOGICA	25	27/12/2011
89.41	TEST CARDIOVASC. DASFORZO CON PEDANA M.	105	16/03/2012
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11	13/12/2011
88.72.3	ECOCOLOR DOPPLERGRAFIA CARDIACA	12	14/12/2011
89.7	VISITA - CARDIOLOGIA	11	13/12/2011
88.73.5	ECOCOLOR DOPPLER TRONCHISOVRAAORTICI	102	13/03/2012
88.77.2	ECOCOLOR DOPPLERGRAF. ARTI SUP.O INF.	61	01/02/2012
89.7	VISITA - ENDOCRINOLOGIA	34	05/01/2012
89.13	VISITA NEUROLOGICA	18	20/12/2011
95.02	ESAME COMPLESSIVO OCCHIO	18	20/12/2011
95.09.1	ESAME FUNDUS OCULI	4	06/12/2011
89.7	VISITA - ORTOPEDIAE TRAUMATOLOGIA	4	06/12/2011
89.26	VISITA - GINECOLOGICA	3	05/12/2011
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	0	02/12/2011
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA TRANSADDOMINALE	3	05/12/2011
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	0	02/12/2011
89.7	VISITA - OTORINOLARINGOIATRIA	0	02/12/2011
89.7	VISITA - UROLOGIA	83	23/02/2012
89.7	VISITA DERMATOLOGICA	4	06/12/2011
89.7	VISITA - FISIATRICA	4	06/12/2011
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA	18	20/12/2011
45.23	COLONSCOP. CON ENDOSCOPIOFLESSIBILE	167	17/05/2012
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOCSOPIOFLESSIBILE	167	17/05/2012
89.7	VISITA - GASTROENTEROLOGIA	21	23/12/2011
89.7	VISITA ONCOLOGICA	7	09/12/2011
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	13	15/12/2011
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	13	15/12/2011
89.7	VISITA - PNEUMOLOGIA	13	15/12/2011

Per quanto riguarda le visite specialistiche, la tabella dei tempi di attesa aziendali sopra riportata, indica la presenza di due criticità. La prima riguarda le visite urologiche, con tempi di attesa elevati in tutti i presidi dell'Azienda, sia ospedalieri che nei poliambulatori dei tre distretti, raggiungendo perfino i 200 giorni al Presidio Delogu e al Poliambulatorio di Oristano. La seconda criticità è riferibile alle visite pneumologiche che presentano tempi di attesa prossimi ai 100 giorni; tale criticità è imputabile alla presenza in azienda di soli tre specialisti. Sul versante delle prestazioni strumentali si evidenziano criticità per quanto concerne la risonanza magnetica, le ecografie e l'ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici e dei vasi periferici. Le risonanze magnetiche sono erogate nel solo Presidio Ospedaliero San Martino e presenta tempi di attesa prossimi ai 200 giorni per le diverse tipologie. Relativamente alle ecografie si registra un tempo di attesa minimo aziendale di 81 giorni che è riferito, per tutte le tipologie di ecografia, al Presidio Ospedaliero Mastino di Bosa; le altre strutture aziendali (presidi ospedalieri e poliambulatori) erogano tali prestazioni con tempi di attesa superiori ai 90 giorni con punte di circa 300 giorni al Presidio Ospedaliero Delogu di Ghilarza.

### **3.b) Le azioni**

---

Per controllare la domanda si deve intervenire su percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche. Si tratta di avviare un vero e proprio cambiamento culturale, che deve interessare tutte le componenti coinvolte nel sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti alle strutture erogatrici e agli apparati amministrativi delle Aziende, oltre che i sistemi di prenotazione CUP.

**3.b.1) L'appropriatezza prescrittiva** presuppone oltre, che l'adeguatezza della prestazione dal punto di vista clinico, anche la correttezza formale della prescrizione e il rispetto delle regole per essa definite e in particolare:

La correttezza formale: presuppone che la compilazione della prescrizione sia curata con attenzione utilizzando preferibilmente strumenti informatici in modo tale che la scrittura sia perfettamente leggibile evitando simboli di difficile interpretazione per le apparecchiature di lettura ottica e indicando un solo carattere in ciascuna casella.

Il quesito diagnostico: la richiesta di prestazioni specialistiche deve essere corredata dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico in quanto ha funzione di consulenza diagnostica o terapeutica.

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

L'assenza del quesito diagnostico azzerà la priorità assegnata.

La distinzione tra primo accesso a accessi successivi

La prima visita (codice nomenclatore 89.7) è quella che rappresenta il primo contatto del paziente con il sistema sanitario relativamente al problema di salute posto.

Le visite di controllo successive saranno prescritte direttamente dallo specialista utilizzando il proprio ricettario SSN e indicando l'arco temporale entro cui intende rivedere il paziente. Analogamente richiederà direttamente gli ulteriori accertamenti, gli esami di laboratorio, strumentali e le consulenze specialistiche

(da considerare prime visite in quanto mirate a chiarire il quesito diagnostico) che ritiene necessari. Nella prescrizione deve essere indicato espressamente quale tipologia di visita si richiede.

Se un paziente è esente per patologia cronica e invalidante (DM 329/1999) le visite di controllo/follow up successive alla prima visita, effettuate in riferimento a tale patologia, sono da considerare sempre come visite di controllo (Codice nomenclatore 89.01), indipendentemente dal tempo trascorso. Qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia per cui è esente od alle sue complicanze, sarà da considerare prima visita (89.7).

Per i pazienti non esenti la Regione definirà i tempi per l'erogazione della prestazione 89.01 in misura superiore a quello attuale (45 gg).

### **3.b.2) Gestione delle classi di priorità (specialistica ambulatoriale e ricoveri ospedalieri).**

La prescrizione deve contenere l'indicazione della classe di priorità come specificata al punto 2) del presente piano, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia per le prestazioni erogate in regime di ricovero programmato.

La classe di priorità, che riguarda solo il primo accesso con esclusione degli accessi successivi e le prestazioni di screening, è determinante per l'inserimento della relativa prenotazione nella specifica agenda.

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

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

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

## **4) Azioni per il governo dell'offerta**

---

### **4.a) La situazione attuale**

L'offerta complessiva pubblica e privata, (privato accreditato e libera professione intramuraria), fotografata al mese di maggio 2011 in termini di ore settimanali di apertura al pubblico dei singoli ambulatori per le prestazioni oggetto di indagine, è quella che risulta dalla successiva Tabella 2.

Le prestazioni legate alle visite specialistiche sono offerte capillarmente nel territorio, soprattutto nei Poliambulatori dei tre Distretti, tranne che per le visite pneumologiche per cui l'offerta di prestazioni è garantita solo a Oristano. Si aggiunge inoltre l'attività prestata dal privato accreditato e l'attività intramoenia che supporta l'offerta pubblica.

Le prestazioni di diagnostica per immagini e gli esami specialistici sono invece garantiti perlopiù dai Presidi Ospedalieri tra cui prevale il P.O. San Martino di Oristano.

La Libera Professione intramuraria è presente con il maggior numero di ore per le visite cardiologiche e le visite ortopediche nonché per l'effettuazione degli esami diagnostici di ecocolordoppler dei vasi periferici.

Il Privato Accreditato, che presta la propria attività soprattutto nel capoluogo cittadino, all'interno della gamma di prestazioni oggetto di monitoraggio, offre invece prestazioni per diverse branche a visita e per la branca di radiologia, non solo per la radiologia tradizionale ma anche per TAC e Risonanza Magnetica.

Le prestazioni di Audiometria, Fondo Oculare, Elettrocardiogramma e Spirometria sono invece erogate, se necessario, congiuntamente alla rispettiva visita specialistica.

Per quanto riguarda la vista oncologica, pur comparendo un'offerta di 4 ore settimanali, si deve sottolineare, che per tale attività, l'accesso nel Presidio Ospedaliero San Martino è libero e i tempi di attesa sono in genere molto bassi.



<b>Diagnostica per Immagini</b>	<b>Poliamb. Distretto di Oristano</b>	<b>Poliamb. Distretto di Ghilarza-Bosa</b>	<b>Poliamb. Distretto di Ales-Terralba</b>	<b>TOTALE Poliamb.</b>	<b>P.O. San Martino</b>	<b>P.O. Delogu</b>	<b>P.O. Mastino</b>	<b>TOT PP.OO.</b>	<b>Libera professione</b>	<b>Privato accreditato</b>	<b>TOT ore settimanali Pubblico*</b>
Ecocolordoppler cardiaca					6,2			<b>6,2</b>	7		<b>6,2</b>
Ecografia			12	<b>12</b>	25	5	13,3	<b>43,3</b>	5		<b>55,3</b>
Ecografia ostetrica-ginecologica							8,2	<b>8,2</b>			<b>8,2</b>
Ecocolordoppler dei vasi periferici	26		11	<b>37</b>		3,2	2	<b>5,2</b>	11,5		<b>42,2</b>
Ecocolordoppler tronchi sovraortici											
Mammografia			12	<b>12</b>	20,4	8	3,2	<b>31,6</b>			<b>43,6</b>
RMN					15			<b>15</b>		<b>MdR</b>	<b>15</b>
Tac senza e con contrasto					18,45		20	<b>38,45</b>		<b>Fiorini</b>	<b>38,45</b>

<b>Altri Esami Specialistici</b>	<b>Poliamb. Distretto di Oristano</b>	<b>Poliamb. Distretto di Ghilarza-Bosa</b>	<b>Poliamb. Distretto di Ales-Terralba</b>	<b>TOTALE Poliamb.</b>	<b>P.O. San Martino</b>	<b>P.O. Delogu</b>	<b>P.O. Mastino</b>	<b>TOT PP.OO.</b>	<b>Libera professione</b>	<b>Privato accreditato</b>	<b>TOT ore settimanali Pubblico*</b>
Audiometria											
Colonscopia					6,3		4	<b>10,3</b>			<b>10,3</b>
Elettrocardiogramma											
Elettrocardiogramma da sforzo					4			<b>4</b>	3,3		<b>4</b>
Elettrocardiogramma dinamico (holter)					0,25			<b>0,25</b>	3,3		<b>0,25</b>
Elettromiografia											
Esofagogastroduodenoscopia					9,3		4	<b>13,3</b>			<b>13,3</b>
Fondo oculare											
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile					6,3			<b>6,3</b>			<b>6,3</b>
Spirometria											

**\*Poliambulatori e PPOO**

## **4.b) Le azioni**

Fissati i tempi di attesa per l'erogazione delle singole prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale l'ASL di Oristano si impegna ad adottare, compatibilmente con le risorse umane e strumentali disponibili, le linee d'intervento finalizzate a gestire in maniera strategica il problema del governo delle liste d'attesa.

Si illustrano di seguito le linee d'intervento più rilevanti che si ritiene di dover adottare.

### ***4.b.1) CUP: accesso alle prestazioni***

L'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale è garantito dal Centro Unico Prenotazioni (CUP) che consente al cittadino di prenotare le prestazioni ambulatoriali erogate dagli ospedali e dai poliambulatori distrettuali che insistono sul territorio.

Il sistema CUP consente la prenotazione telefonica attraverso Call Center dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00

- da telefono fisso al numero verde gratuito 1533

- da telefono mobile al numero 0783 31 72 93

Le prestazioni erogate in libera professione possono essere prenotate ai seguenti numeri:

- 0783.317600 – 317372.

Pertanto, il CUP di questa Azienda accentra la quasi totalità delle richieste di accesso all'assistenza sanitaria ambulatoriale traducendola in prenotazione/disdetta e fornisce agli utenti le informazioni necessarie per un accesso conforme alle esigenze diagnostico-terapeutiche.

### ***4.b.2) Configurazione delle agende di prenotazione***

Di recente è stata formalmente costituita la Segreteria Aziendale CUP posta sotto la dipendenza funzionale della Tecnostruttura che garantirà la funzione di adeguato supporto richiesta dal PRGLA. E' stato inoltre previsto un coordinamento operativo della Segreteria Aziendale CUP affidato ad uno dei componenti.

La segreteria Aziendale CUP sta attualmente lavorando alla riconfigurazione delle agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale al fine di creare agende separate tra primo accesso e accessi successivi, classi di priorità, tipologia, struttura di erogazione.

L'attività di riconfigurazione e stratificazione delle agende già di per se garantirà una razionalizzazione e un sensibile miglioramento dei tempi d'attesa di tutte le prestazioni e consentirà di rilevare quelle oggetto di monitoraggio secondo le indicazioni del PRGLA.

### ***4.b.3) Integrazione nelle attività tra offerta pubblica e privata***

Per sopperire alle carenze dell'offerta pubblica, specie nelle aree di maggiore criticità, può essere utile il ricorso all'attività del privato. Per tale finalità è auspicabile che le prestazioni offerte dalle strutture accreditate siano tracciabili dentro il CUP regionale. Per l'anno 2012 si prevede il graduale avvio dell'attività di registrazione degli appuntamenti (prenotazione/disdette) per alcune strutture accreditate insistenti nell'ambito territoriale dell'ASL n. 5. A tal fine, definiti specifici accordi, si

darà mandato alla Segreteria Aziendale CUP di creare e gestire specifiche agende e attivare i necessari flussi di comunicazione (invio piani di lavoro, verifica erogato ecc.).

#### **4.b.4) Gestione delle disdette**

Una delle cause più frequenti dell'allungamento delle liste d'attesa è costituita dalla mancata comunicazione della disdetta della prenotazione da parte di quei pazienti che, o per la cessazione del problema che aveva indotto la richiesta o per la scelta di altro erogatore con tempo inferiore, non si presentano all'appuntamento.

Le azioni che l'Azienda intende adottare su questo fronte sono:

- sensibilizzazione dell'utenza sul fatto che la disdetta di un appuntamento consente di migliorare l'efficienza del sistema rendendo la prestazione sanitaria non usufruita disponibile per un altro utente;
- attivazione di un sistema di messaggistica che ricorda all'utente giorno e ora dell'appuntamento sollecitandolo nel contempo ad effettuare la disdetta qualora non intendesse presentarsi allo stesso;
- implementazione di un sistema di recall affidandone la gestione e l'organizzazione alla Segreteria Aziendale CUP che si farà carico di individuare le prestazioni critiche per le quali si rende necessario effettuare il recall.

Attualmente il recall viene effettuato solo in alcuni presidi e per alcune prestazioni e si è potuto vedere che, se organizzato in maniera razionale e coordinata, consente un buon recupero di prestazioni, anche del 30%, come è accaduto per le RMN.

#### **4.b.5) Aumento dell'offerta**

L'aumento dell'offerta di prestazioni sarà garantito ricorrendo all'incremento dei volumi dell'attività in libera professione erogata dai propri professionisti per conto e a carico delle Aziende, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000.

Verranno attivati progetti specifici per le prestazioni di risonanza magnetica e per le ecografie unitamente ad un sistema di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione.

Ancora si interverrà sulla razionalizzazione delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda che costituiscono un ulteriore possibile strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Per quanto riguarda le branche a visita verranno poste in essere le seguenti azioni:

Visite pneumologiche: è previsto l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale che passano dalle attuali 15 ore a 30 ore, di cui 15 dedicate all'assistenza domiciliare. L'aumento delle liste d'attesa in questa branca è determinato in modo particolare anche dai frequenti errori nelle prescrizioni da parte del MMG che trattano come prime visite molti accessi dei malati cronici. Occorrerà pertanto una specifica azione di sensibilizzazione in merito. Si procederà inoltre all'assunzione di n. 1 urologo tramite contratto libero professionale.

Visite urologiche: è in intendimento di questa Aziende procedere all'assunzione di un urologo da assegnare al P.O. di Oristano per garantire l'attività ambulatoriale agli esterni e le consulenze interne alle varie UU.OO in quanto l'urologia non è una specialità presente nel nosocomio. In attesa dell'eventuale espletamento di apposito concorso, l'urologo verrà assunto tramite contratto libero professionale da finanziare con i fondi della DGR 39/57.

## 5) Piano aziendale di manutenzione delle apparecchiature

La dotazione tecnologica dell'Azienda Sanitaria Locale N° 5 di Oristano consta di un totale di circa 2500 apparecchiature biomediche distribuite secondo l'indicazione della seguente tabella.

			N° apparecchiature
Presidi Ospedalieri	P.O. "San Martino"	Oristano	1404
	P.O. "Delogu"	Ghilarza	452
	P.O. "Mastino"	Bosa	405
Distretti	Oristano		196
	Ales-Terralba		82
	Ghilarza-Bosa		259
<b>TOTALE</b>			<b>2261</b>

La dotazione specifica dei diversi presidi ospedalieri e territoriali suddivisa per centro di costo è consultabile nel file inventario2011.xls in cui ciascuna apparecchiatura risulta classificata secondo la codifica nazionale CIVAB (Classe, Marca, Modello).

Il suddetto patrimonio tecnologico attualmente registra un buon livello quali-quantitativo.

Una particolare obsolescenza si rileva solo per quanto riguarda dei riuniti odontoiatrici che sono ormai datati in quasi tutti i presidi dell'Azienda. E' inoltre insufficiente il numero degli Holter e il numero degli ecografi presenti nei Poliambulatori. E pertanto previsto di utilizzare parte delle risorse assegnate con DGR 39/57 per l'acquisto di n. 9 riuniti odontoiatrici, n. 12 registratori Holter e n. 1 ecografo.

Per quanto riguarda in generale la pianificazione degli investimenti di tecnologie, attualmente il Servizio di Ingegneria Clinica si occupa di predisporre i piani di investimento annuali e i progetti di ammodernamento tecnologico previsti dai POR-FESR. In futuro è auspicabile che la predisposizione dei suddetti piani venga fatta secondo un'ottica multidisciplinare e multidimensionale in base alle logiche dell'Health Technology Assessment al fine di valutare a priori tutti i possibili aspetti legati all'introduzione della tecnologia in relazione alla logistica, al personale impiegato, alla programmazione dei consumabili associata, all'applicabilità clinica, ecc. Un'analisi completa e dettagliata che analizzi a priori tutte le possibili implicazioni dell'investimento può fornire alla direzione strategica tutti gli elementi necessari per valutare se l'introduzione di una tecnologia possa essere vantaggiosa o meno per l'azienda.

Per quanto riguarda invece il piano delle manutenzioni, si evidenzia che tutta l'alta tecnologia e per le apparecchiature di supporto alla vita ubicate in ambienti critici o presso il domicilio del paziente, la gestione delle manutenzioni delle apparecchiature biomediche è organizzata tramite contratti di assistenza tecnica stipulati direttamente con il produttore che assicurano tempi di intervento celeri nonché appropriatezza e sicurezza delle riparazioni eseguite.

Per tutte le restanti apparecchiature non coperte da contratto di manutenzione si interviene a seguito di richiesta esplicita da parte degli utilizzatori secondo una procedura formalizzata e diffusa presso tutte le UU.OO. aziendali.

Al fine di razionalizzare il processo manutentivo e assicurare tempi di risposta ai guasti ragionevoli per tutte le tipologie di apparecchiature in uso, è in fase di studio l'eventuale attivazione di un servizio di assistenza tecnica globale ("global service"), che assicuri per tutte le apparecchiature una manutenzione preventiva volta a prevenire possibili guasti e che risponda in tempi prestabiliti da parte dell'amministrazione alle manutenzioni correttive nel caso di guasti accidentali.

Questa scelta, oltre ad assicurare delle manutenzioni periodiche di natura preventiva su tutte le apparecchiature come stabilito dai requisiti di accreditamento, eviterebbe i lunghi fermi macchina che attualmente si verificano nel caso di guasto su apparecchiature non coperte da contratto. Tali fermi macchina si verificano infatti inevitabilmente al fine di dar corso all'iter amministrativo necessario all'affidamento del servizio di manutenzione.

Si precisa che una gestione di natura globale dei processi manutentivi comporterebbe anche una razionalizzazione del totale dei costi incidenti sui conti attualmente gestiti dall'ingegneria clinica: "manutenzioni attrezzature sanitarie programmate" e "manutenzioni attrezzature sanitarie a richiesta".

## **7) Azioni per la trasparenza delle liste di attesa**

---

La comunicazione al cittadino dell'offerta esistente, dell'accessibilità ai servizi e delle innovazioni normative rappresenta una responsabilità primaria della ASL.

Particolarmente importante è l'informazione dei cittadini sulle regole vigenti e sui tempi di attesa massimi stabiliti che evita anche le occasioni di contenzioso con i Medici Prescrittori e con le Strutture Pubbliche Aziendali e gli Erogatori Privati Accreditati.

In particolare risulta importante chiarire ai cittadini la differenza tra prima visita, primo accesso e visita di controllo, su cui si fonda il primo livello del concetto di priorità di attesa.

Una informazione capillare deve basarsi sul coinvolgimento diretto dei MMG e PLS che, in qualità di Prescrittori, dovranno assicurare un approccio consapevole e non rivendicativo dei cittadini verso gli erogatori. Tale compito potrà essere espletato sia tramite il colloquio diretto con il paziente all'atto del rilascio di ogni prescrizione, sia attraverso note informative esposte nelle sale d'attesa e prodotte dalla stessa ASL.

I MMG e PLS saranno quindi oggetto di informazione capillare sia sulle corrette modalità di accesso alle prestazioni che sulle differenziazioni di priorità in base alla gravità della patologia, che sulla tipologia di patologia

(area oncologica, area materno infantile, area cardiovascolare) ed età anagrafica (area geriatria).

Le Strutture Aziendali (Pubbliche e Private Accreditate) sono tenute ad una informazione chiara ed efficace dei cittadini attraverso note informative esposte nelle sale d'attesa, nei punti di prenotazione CUP, presso i singoli ambulatori. Gli erogatori dovranno anche informare capillarmente i cittadini sulle modalità di prenotazione presso i CUP.

L'informazione capillare richiede necessariamente il coinvolgimento degli altri Enti presenti nel nostro territorio (Provincia e Comuni), delle associazioni dei cittadini (Cittadinanza Attiva, AA.VV. ecc.) che, tramite i propri organi di informazione, possono ulteriormente diffondere la conoscenza delle regole di sistema.

L'utilizzo del sito web aziendale, rappresenta una risorsa molto importante di diffusione delle informazioni non tanto per gli utenti stessi quanto per le organizzazioni che si occupano di servizi alla persona. Attualmente i tempi d'attesa vengono pubblicati sul sito aziendale in un apposito link denominato "CUP – Liste d'Attesa". I tempi d'attesa vengono pubblicati distinti per branca, per struttura erogatrice quanto trattasi di presidio aziendale, per singolo specialista e per tipologia di prestazione garantendo in tal modo un'informazione completa e dettagliata sull'offerta aziendale relativa alle prestazioni oggetto di monitoraggio.

## 8) Piano di previsione delle spese

	Totale	Prestazioni Ambulatoriale e/o strumentale	
		Settore Pubblico	Settore Privato
<b>Miglioramento dell'appropriatezza Prescrittiva</b>			
Organizzazione giornate di formazione-informazione rivolte ai medici prescrittori	<b>20.000</b>	20.000	
<b>Sostegno alle attività del CUP</b>			
Sostegno alle attività Segreteria Aziendale CUP	<b>40.000</b>	40.000	
<b>Aumento della capacità di erogazione delle prestazioni</b>			
Aumento dell'offerta pubblica delle prestazioni per cui si registrano i tempi d'attesa più lunghi con il potenziamento delle rispettive UU.OO. (erogazione di prestazioni aggiuntive o assunzione di personale)	<b>921.649</b>	921.649	
Acquisto di attrezzature strumentali e tecnologiche			
Acquisto di prestazioni dal privato accreditato, per quelle prestazioni che presentano maggiori criticità, oltre i tetti di spesa assegnati a livello regionale	<b>700.000</b>		700.000
<b>Trasparenza delle liste di attesa</b>			
Realizzazione campagna informativa sull'offerta esistente, sull'accessibilità ai servizi e sulle innovazioni normative	<b>18.000</b>	18.000	
<b>TOTALE</b>	<b>1.699.649</b>	<b>999.649</b>	<b>700.000</b>