

|      |  |      |         |
|------|--|------|---------|
| 2009 | Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico | Area | Serv. 5 |
|------|--|------|---------|

D.A. n. 01220/11

## REPUBBLICA ITALIANA



### REGIONE SICILIANA ASSESSORATO DELLA SALUTE

#### L'ASSESSORE

- VISTO lo Statuto della Regione;
- VISTA la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale";
- VISTO il Decreto Legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- VISTO il Decreto Legislativo 10 settembre 2003 n. 276 e successive modifiche;
- VISTA la Legge Regionale 15 maggio 2000, n.10;
- VISTA la Legge Regionale 16 dicembre 2008, n. 19 "Norme per la riorganizzazione dei dipartimenti regionali. Ordinamento del Governo e dell'Amministrazione della Regione";
- VISTA la Legge Regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale"; promulgata dalla Regione Siciliana e pubblicata sulla GURS del 17 Aprile 2009;
- VISTA la Legge Regionale 11 maggio 2011 n. 8 "Bilancio di previsione della Regione Siciliana per l'anno finanziario 2011 e bilancio pluriennale per il triennio 2011-2013";
- VISTO l'articolo 1, comma 280 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005, che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art.8 comma 6 della legge del 5 giugno 2003, n.131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- VISTO il documento del Ministero della Salute Progetto Mattoni SSN Tempi d'Attesa del Giugno 2006 a cura dell'AgeNaS
- VISTO il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 18 marzo 2008 di Revisione del decreto ministeriale 27 luglio 2005, attuativo del comma 5 dell'art.50 della legge 326 del 2003 (Progetto tessera sanitaria), concernente i parametri tecnici per la trasmissione telematica delle ricette;
- VISTO il documento sulle Linee Guida nazionali del Sistema CUP allegato all'Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 29 Aprile 2010 (Rep. Atti n. 52/CSR);
- VISTO il Decreto del Ministero della Salute n.135 dell'8 luglio 2010 "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal DM 27 ottobre 200, n. 380.";
- VISTA l'intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il Piano Nazionale di Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2010-2012;
- VISTA la nota prot. 0042754-P del 30 dicembre 2010 del Ministero della Salute con la quale è stata inviata agli Assessori alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome ed ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome il documento riguardante le "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da

- Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo dei tempi d'attesa ( PNGLA 2010-2012)";
- VISTO il documento del Ministero della Salute "4° Rapporto Nazionale sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del SSN" pubblicato nel febbraio 2011;
- VISTO il documento sulle "Linee Guida per il monitoraggio nazionale sui tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libera professionale intramuraria ed intramuraria allargata" prodotte da AgeNaS.;
- VISTO il documento sulle "Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi" approvato il 20 aprile 2011 durante l'incontro fra rappresentanti del Ministero della Salute, rappresentanti delle Regioni e rappresentanti AgeNaS.;
- VISTO il documento recante "Aggiornamento delle Linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra Stato e Regioni sul PNGLA 2010-2012" approvato dal Comitato LEA nella seduta del 25 febbraio 2011 e trasmesso ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano il 28 Aprile 2011;
- VISTO il D.A. del 2 luglio 2008 "Piano regionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 ai sensi dell'art.1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n.266 "Legge finanziaria 2006"
- VISTO il D.A. del 17 novembre 2009 "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali" pubblicato sulla GURS parte I n.58 del 2009;
- VISTO il documento dell'Assessorato della Salute del marzo 2010 concernente Linee Guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale (PTA-Cure Primarie-Gestione Integrata-Day Service Territoriale) di cui all'art.12 c. 8 della L .R. n. 5/2009 di riordino del SSR.;
- VISTO il D.A. del 9 agosto 2010 "Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera";
- VISTO il D.A. 12 Agosto 2010 "Regolamento di gestione delle prescrizioni";
- VISTO il Piano Sanitario della Regione Sicilia "Piano della Salute" 2011-2013;
- VISTO il D.A. n. 3254 del 30 dicembre 2010 "Programma Operativo 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art.11 del decreto legge 31 maggio 2010, n.78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n.122.";
- VISTA la nota prot. n. 6690 del 24/01/2011 con la quale è stato costituito apposito Tavolo Tecnico finalizzato alla predisposizione degli atti relativi all'attuazione di cui all'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010;
- VISTA la relazione del 22/06/2011 prot. DASOE/5/055260, predisposta dall'Assessorato della Salute della Regione Sicilia, sugli interventi effettuati in tema di liste d'attesa nell'anno 2010, trasmessa alla Presidenza del Consiglio dei Ministri il 22 giugno 2011;
- VISTO il documento esitato dal sopra citato Tavolo Tecnico

#### DECRETA

- Art. 1: di recepire l'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012.
- Art. 2: di approvare il Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa ( PRGTA) per il triennio 2011-2013 allegato e parte integrante e sostanziale del presente atto e di disporre la pubblicazione sulla GURS.

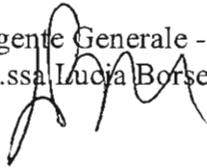
- Art.3: di dare tempestivamente attuazione alle indicazioni del PRGTA e di procedere ad un fattivo coinvolgimento delle Aziende Sanitarie nella definizione dei Programmi attuativi Aziendali, che devono essere adottati entro 60 giorni dall'emanazione del PRGTA.
- Art. 4: di trasmettere il presente Piano, una volta approvato, al Ministero della Salute e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

Il presente provvedimento sarà inviato alla Ragioneria Centrale per l'Assessorato della Salute per i controlli di competenza.

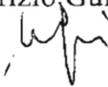
30 GIU. 2011

L'Assessore  
(Dott. Massimo Russo)

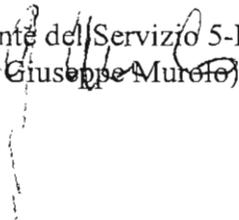
Il Dirigente Generale - DASOE  
(Dott.ssa Lucia Borsellino)



Il Dirigente Generale - DPS  
(Dr. Maurizio Guizzardi)



Il Dirigente del Servizio 5-DASOE  
(Dott. Giuseppe Murolo)



REPUBBLICA ITALIANA  
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

# Il Piano della Regione Sicilia per il Governo dei Tempi d'Attesa 2011-2013

# Sommario

|  |    |
|--|----|
| 1. PREMESSA.....   | 3  |
| 2. INTRODUZIONE.....   | 5  |
| 3. DEFINIZIONE DEI TEMPI MASSIMI D’ATTESA.....   | 7  |
| 4. INDIVIDUAZIONE DELLE LINEE GENERALI DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DEI TEMPI D’ATTESA .....         | 11 |
| 4.1 La strutturazione ed implementazione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).....            | 14 |
| 5. IL CUP CENTRALIZZATO REGIONALE .....  | 15 |
| 6. TEMPI D’ATTESA E INFORMATION TECHNOLOGY COMMUNICATION (ITC).....                                  | 17 |
| 7. LA COMUNICAZIONE SUI TEMPI D’ATTESA TRAMITE I SITI WEB.....                                       | 19 |
| 8. TEMPI D’ATTESA E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI.....  | 19 |
| 9. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.....  | 23 |
| 9.1 Definizione, verifica e riprogrammazione degli ambiti territoriali di garanzia.....              | 25 |
| 10. REPORTING E PROGRAMMAZIONE SANITARIA .....   | 27 |
| 11. IL PROGRAMMA DI MONITORAGGIO: I FLUSSI MINISTERIALI.....   | 28 |
| 11.1 Prestazioni ambulatoriali.....  | 29 |
| 11.1.1 Monitoraggio ex post dei tempi d’attesa per le prestazioni ambulatoriali .....                | 29 |
| 11.1.2 Monitoraggio dei Tempi d’Attesa per le prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante.....    | 31 |
| 11.1.3 Monitoraggio dei Tempi d’Attesa per l’Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI) ..... | 32 |
| 11.2 Monitoraggio tempi d’attesa per le attività di ricovero .....                                   | 33 |
| 11.3 Monitoraggio delle sospensioni dell’erogazione delle prestazioni .....                          | 33 |
| 11.4 Programma di Monitoraggio dei tempi d’attesa per i PDT.....                                     | 37 |

# **Il Piano della Regione Sicilia per il Governo dei Tempi d'Attesa 2011-2013**

## **1. Premessa**

Il tema del governo dei tempi d'attesa, configurato come garanzia della tempestività delle cure e contenimento delle liste di prenotazione, rappresenta un impegno prioritario delle politiche sanitarie del Servizio Sanitario della Regione Sicilia (SSR).

L'obiettivo che ci si pone è quello di costruire un sistema regionale che possa garantire, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, il rispetto dei tempi massimi d'attesa, correlati ad appropriati criteri di priorità clinica, secondo un adeguato e appropriato setting assistenziale e in ordine ad una opportuna distribuzione dei servizi sul territorio, per un facile accesso alle prestazioni. Attraverso il sistema di governo dei tempi d'attesa sarà possibile fornire un importante punto d'osservazione sull'organizzazione e sull'efficienza del SSR, particolarmente utile per guidare la pianificazione e la programmazione dei servizi assistenziali sul territorio regionale.

Nel contesto della recente riforma sanitaria regionale ( "Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale" - L.R. n.5 del 14 aprile 2009) sono previste opportune indicazioni normative che, prevedendo l'individuazione dei diversi attori da coinvolgere e l'utilizzo delle più appropriate metodologie e degli strumenti specificamente collegati, configurano le necessarie basi per la strutturazione di una attività sistematica di governo dei tempi d'attesa, finalizzata agli obiettivi prima rappresentati. L'art. 22 della legge di riordino del Sistema Sanitario Regionale è espressamente riferito alla "riduzione dei tempi d'attesa". Viene qui precisato che "costituisce obiettivo da assegnare in sede contrattuale ai direttori generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, e criterio di corrispondente valutazione, la riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti e comunque nel rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa vigente e dei Livelli Essenziali di Assistenza".

In coerenza con questo preciso impegno, in questi anni il tema della riduzione delle liste di attesa è stato oggetto di ulteriori specifici provvedimenti normativi ed è stato declinato in precisi obiettivi di risultato per i Direttori Generali delle Aziende del SSR per gli anni 2009-2010.

Le Aziende sanitarie sono chiamate, anche in base al D.A. n. 2654 del 17 Novembre 2009 "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali", ad articolare, previa



analisi e revisione degli aspetti organizzativi, dei dati di produzione e dei tempi d'attesa, un Piano organizzativo – operativo di riordino e rifunzionalizzazione della Specialistica e della Diagnostica ambulatoriale, pubblica e privata, finalizzato al ridisegno dell'offerta in una prospettiva di maggiore appropriatezza, efficienza e tempestività delle cure, e di intervenire sulla riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni critiche, oggetto di monitoraggio a livello nazionale, con un abbattimento di almeno il 60% del numero di prestazioni erogate oltre i tempi stabiliti, secondo quanto indicato dal Piano Regionale di Contenimento delle Liste d'attesa 2006-2008.

Oltre al D.A. n. 2654 del 17 Novembre 2009, nel corso dell'anno 2010 sono stati emessi due importanti provvedimenti che intervengono sul miglioramento dell'attività prescrittiva:

1. La legge regionale n.11 del 12 maggio 2010 “Disposizioni programmatiche e correttive per l'anno 2010” che all'art. 97 interviene incisivamente sul sistema delle prescrizioni delle prestazioni ambulatoriali redatte su ricettario del SSR, indicando la necessità di inserire il quesito diagnostico, la specifica indicazione della priorità clinica, nonché l'indicazione di prescrizione suggerita dallo specialista, con la precisazione che le strutture sanitarie erogatrici pubbliche e private non possono accettare prescrizioni specialistiche prive di tali informazioni.
2. Tale intervento normativo sull'attività prescrittiva viene ancora meglio precisato e disciplinato con il D.A. del 12 Agosto 2010 “Regolamento di gestione delle prescrizioni” in cui si indicano i soggetti prescrittori, preposti all'uso del ricettario unico regionale, e si precisa che, dal 1 ottobre 2010, su ogni prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale, su ricettario unico regionale, deve essere riportato quanto previsto dall'art.97 della legge n.11 del 12 maggio 2010:
  - a) la formulazione del quesito diagnostico;
  - b) la specifica indicazione relativa al livello di priorità clinica (secondo la codifica U – urgente; B – breve; D – differibile; P - programmata);
  - c) l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista.

Viene infine precisato che le Aziende Sanitarie Provinciali sono tenute ad effettuare il monitoraggio e il controllo delle prescrizioni specialistiche effettuate presso le strutture pubbliche e private accreditate al fine di verificare l'appropriatezza delle prescrizioni e l'adesione alla normativa a partire dal mese di Marzo 2011.

Il tema dei tempi d'attesa rappresenta inoltre uno degli obiettivi prioritari del Piano sanitario regionale “Piano della Salute” 2011-2013, costituenti elementi di valutazione dei Direttori Generali di tutte le aziende del SSR: viene prevista in particolare la “riduzione in tutte le Aziende sanitarie, ospedaliere ed ospedaliero-universitarie delle liste d'attesa per prestazioni di diagnostica, prevedendo criteri di priorità per patologia e/o quesito diagnostico in linea con le indicazioni scientifiche e con le previsioni del Piano nazionale sui tempi d'attesa”.

## 2. Introduzione

Il tempo d'attesa rappresenta l'elemento di misura della tempestività d'azione, una delle più importanti caratteristiche riguardante, in generale, ogni prodotto/servizio assistenziale, ma, in particolare, di enorme rilevanza in ambito clinico, soprattutto per la valenza sulla determinazione dell'efficacia della prestazione sanitaria.

La tempestività risulta quindi un elemento qualificante dell'attività clinica e come tale deve essere garantito al meglio all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

- L'art.1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004 n.311 prevede la verifica da parte del Ministero della Salute dell'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa. L'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n° 266, affida al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art.9 dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, la certificazione della realizzazione da parte delle Regioni degli interventi in attuazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, oggetto della Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2010.

Il fenomeno delle liste d'attesa è legato a più fattori: per quanto sia sicuramente un indicatore di disservizio organizzativo, assume una rilevanza particolare nell'opinione pubblica, poiché viene sovradimensionato dalla condizione di ansia e d'incertezza che il paziente è chiamato a vivere, in ragione dell'attesa della prestazione sanitaria, a volte per una inadeguata informazione, anche da parte degli stessi sanitari. Tuttavia, per quanto in parte, può essere collegato anche ad una particolare attrattività della struttura o del professionista, ad un particolare "appeal", ad una fidelizzazione del paziente-cliente, che, come è richiamato anche nel PNGLA 2010-2012, ha anche diritto di rifiutare la prestazione garantita per ciò che riguarda i tempi d'attesa, preferendo l'inserimento in un'altra lista d'attesa, anche se ciò può comportare un ritardo nell'erogazione della prestazione.

Per governare i tempi d'attesa, rendendo congrue le liste d'attesa delle prenotazioni sul piano della garanzia della tempestività assistenziale, occorre quindi considerare tutti gli attori chiamati in causa, i medici, gli amministratori, ma anche i pazienti, strutturando una serie di interventi, sicuramente organizzativi, considerando tutti i punti di snodo processuale, ma anche formativi e culturali, secondo una prospettiva di sistema, tenendo conto dei fattori agenti e dei diversi stakeholders interessati. Ad es. nel "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali" (D.A. n° 2654 del 17-11-2009), sono state individuate alcune particolari aree di maggiore criticità, con impatto anche sui tempi



d'attesa, su cui si è previsto di attuare specifici interventi e segnatamente: lo sportello unico per il paziente diabetico e la realizzazione di percorsi facilitati per pazienti cronici. Tali aree prioritarie d'intervento, sono state peraltro condivise in sede di concertazione con i medici di medicina generale (MMG), nell'ambito del tavolo di negoziazione per la definizione del nuovo accordo integrativo regionale, con specifico riferimento anche ai temi relativi alle "prestazioni indotte" e alle "prescrizioni per classi di priorità cliniche".

Bisogna intervenire almeno su 2 fronti: sul piano della domanda, rendendola quanto più appropriata, e sul piano dell'offerta, adeguandola e organizzandola in termini di accessibilità, efficacia, efficienza. Tali azioni non devono essere considerate sporadiche, piuttosto devono costituire una continuità di monitoraggio, di osservazione e di verifica, per una eventuale riprogrammazione organizzativa delle attività sanitarie e una pianificazione delle azioni correttive e di miglioramento.

Su questa linea si muove il presente Piano Regionale di Governo dei Tempi d'attesa, in aderenza con il "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa per il triennio 2010-2012":

- individuando i prioritari campi d'attenzione e d'azione, con il riconoscimento delle prestazioni sanitarie considerate, a livello nazionale, come critiche ed oggetto di specifico monitoraggio, per le quali sono previste dei tempi massimi d'attesa in ragione delle priorità cliniche;
- definendo le modalità e gli strumenti per raggiungere l'obiettivo prefissato, cioè quello di garantire il rispetto dei tempi massimi d'attesa per almeno il 90% dei cittadini, considerando anche le innovative forme di comunicazione e di gestione tecnologica ed informatizzata delle prenotazioni;
- dando mandato alle Aziende Sanitarie di tradurre sul piano attuativo, nei propri contesti, le precedenti indicazioni per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, con una forte sollecitazione sul piano della programmazione e pianificazione delle azioni nel proprio ambito territoriale, tenendo conto da una parte del necessario coinvolgimento dei soggetti interessati al processo (Medici di medicina generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), Specialisti ambulatoriali, Dirigenza Ospedaliera, Professioni Sanitarie, Personale Amministrativo, Cittadini) e dall'altra della necessaria integrazione informativa della documentazione sanitaria, per rendere possibili le attività di monitoraggio interno aziendale ed adeguati i flussi informativi per il monitoraggio regionale e ministeriale;
- implementando le attività di monitoraggio e un puntuale sistema di reporting e misurazione, in funzione dell'adesione, della partecipazione, della rispondenza da parte di tutti gli attori coinvolti e dell'efficacia degli interventi, finalizzato anche al fine di un benchmarking interregionale e una precisa valutazione nazionale;

- dedicando una particolare attenzione alla valutazione dei tempi d'attesa all'interno dei Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDT), individuando, quali aree di prioritaria valutazione, le aree di oncologia e cardiologia. A tal fine viene configurata una specifica procedura di monitoraggio, secondo la quale si prospetta una ricostruzione retrospettiva del percorso assistenziale, verificando i tempi d'attesa nella fase diagnostica e nella fase terapeutica, attraverso la tracciabilità della documentazione clinica, dalla iniziale prescrizione di visita specialistica fino alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) relativa al ricovero per l'intervento terapeutico.

### 3. Definizione dei tempi massimi d'attesa

A partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi d'attesa svolta da AgeNaS, in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, il recente Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 ha aggiornato l'elenco delle prestazioni da tenere sotto osservazione e monitoraggio.

Sono state escluse dall'elenco di cui al precedente PNCTA 2006-2008 (recepito nel Piano Regionale di Contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008), alcune prestazioni che nelle rilevazioni attuate:

- non hanno presentato alcun problema di attesa nella maggioranza delle Regioni;
- hanno presentato volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile a fattori contingenti
- non hanno reso possibile un'identificazione precisa ed affidabile
- non sono state erogate nel setting previsto ( ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario)

Non sono incluse le prestazioni per le quali in ragione di programmi di prevenzione attiva, vengono previste a livello regionale modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti .

Il nuovo elenco, che come tale viene recepito dal presente Piano, prevede 43 prestazioni ambulatoriali (14 riguardanti visite e 29 riguardanti diagnostica strumentale) e 15 prestazioni in regime di ricovero (Day Hospital/DaySurgery/Ricovero Ordinario)

#### VISITE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

| Numero | Prestazione                | Codice Nomenclatore | Codice Disciplina |
|--------|----------------------------|---------------------|-------------------|
| 1      | Visita Cardiologia         | 89.7                | 8                 |
| 2      | Visita Chirurgia Vascolare | 89.7                | 14                |
| 3      | Visita Endocrinologica     | 89.7                | 19                |

*Dr Dr*

*PL*

|    |                              |        |    |
|----|------------------------------|--------|----|
| 4  | Visita Neurologica           | 89.13  | 32 |
| 5  | Visita Oculistica            | 95.02  | 34 |
| 6  | Visita Ortopedica            | 89.7   | 36 |
| 7  | Visita Ginecologica          | 89.26. | 37 |
| 8  | Visita Otorinolaringoiatrica | 89.7   | 38 |
| 9  | Visita Urologica             | 89.7   | 43 |
| 10 | Visita Dermatologica         | 89.7   | 52 |
| 11 | Visita Fisiatrica            | 89.7   | 56 |
| 12 | Visita Gastroenterologica    | 89.7   | 58 |
| 13 | Visita Oncologica            | 89.7   | 64 |
| 14 | Visita Pneumologica          | 89.7   | 68 |

### PRESTAZIONI STRUMENTALI AMBULATORIALI

| Numero                           | Prestazione                                      | Codice Nomenclatore         |
|----------------------------------|--|-----------------------------|
| <b>Diagnostica per Immagini</b>  |  |                             |
| 15                               | Mammografia                                      | 87.37.1 – 87.37.2           |
| 16                               | TC Torace senza e con contrasto                  | 87.41 – 87.41.1             |
| 17                               | TC Addome superiore con e senza m.d.c            | 88.01.2 – 88.01.1           |
| 18                               | TC Addome inferiore con e senza m.d.c.           | 88.01.4 – 88.01.3           |
| 19                               | TC Addome completo con e senza m.d.c.            | 88.01.6 – 88.01.5           |
| 20                               | TC Capo con e senza m.d.c                        | 87.03 -87.03.1              |
| 21                               | TC Rachide e speco vertebrale con e senza m.d.c. | 88.38.2 – 88.38.1           |
| 22                               | TC Bacino con e senza m.d.c.                     | 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                               | Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici        | 88.73.5                     |
| 30                               | Ecocolordoppler dei vasi periferici              | 88.77.2                     |
| 31                               | Ecografia Addome                                 | 88.74.1 – 88.75.1 - 88.76.1 |
| 32                               | Ecografia Mammella                               | 88.73.1 – 88.73.2           |
| 33                               | Ecografia Ostetrica-Ginecologica                 | 88.78 – 88.78.2             |
| <b>Altri esami Specialistici</b> |  |                             |
| 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           |

### PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/ DAY SURGERY

| Numero | Prestazione                       | Codice Intervento  | Codice diagnosi |
|--------|-----------------------------------|--------------------|-----------------|
| 44     | Chemioterapia (1)                 | 99.25              | V58.1           |
| 45     | Coronarografia                    | 88.55 -88.56-88.57 |                 |
| 46     | Biopsia percutanea del fegato (1) | 50.11              |                 |
| 47     | Emorroidectomia                   | 49.46              |                 |
| 48     | Riparazione ernia inguinale (1)   | 53.0 – 53.10       |                 |

(1) le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, terranno conto, nella programmazione, del relativo setting assistenziale utilizzato

### PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO (2)

|    |  |                             |                       |
|----|--|-----------------------------|-----------------------|
| 49 | Interventi chirurgici tumore della Mammella  | categoria 85.4              | categoria 174         |
| 50 | Interventi chirurgici tumore della Prostata  | 60.5                        | 185                   |
| 51 | Interventi chirurgici tumori del Colon retto | 45.7x – 45.8<br>48.5 – 48.6 | categorie 153-<br>154 |
| 52 | Interventi chirurgici tumori dell'Utero      | da 68.3 a 68.9              | categoria 182         |
| 53 | By pass aortocoronarico                      | 36.10                       |                       |
| 54 | Angioplastica Coronarica (PTCA)              | categoria 36.0              |                       |
| 55 | Endoarteriectomia carotidea                  | 38.12                       |                       |
| 56 | Intervento protesi d'anca                    | 81.51– 81.52-81.53          |                       |
| 57 | Interventi chirurgici tumore del Polmone     | 32.3 – 32.4 -32.5- 32.9     |                       |
| 58 | Tonsillectomia                               | 28.2 – 28.3                 |                       |

(2) le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, terranno conto, nella programmazione, del relativo setting assistenziale utilizzato

Per queste prestazioni, tenendo conto di quanto precisato nei Decreti regionali dell'Assessorato per la Salute, D.A. del 12 Agosto 2010 e D.A. del 9 Agosto 2010, soprattutto in merito all'adozione dei codici di priorità, che introducono il metodo delle "velocità differenziate", raccogliendo anche le indicazioni del PNGLA 2010-2012, si ritiene di dover resettare il sistema dei tempi d'attesa adottando i tempi massimi indicati a livello nazionale.

Viene pertanto ricondotto a 72 ore il tempo massimo d'attesa per la prestazione ambulatoriale codificata come "U"-urgente, (in precedenza era 48 ore), dando indicazione alle Aziende di predisporre una agenda separata per tali prenotazioni e un adattamento organizzativo capace di rispondere a tale richiesta; viene mantenuto a 10 giorni il tempo massimo per le prestazioni con codifica "B"- breve; viene mantenuto inoltre il tempo massimo per le prestazioni considerate differibili, con codifica "D", fino a 30 giorni per le visite ambulatoriali e fino a 60 gg per le prestazioni di diagnostica ambulatoriale; per le prestazioni considerate programmabili il tempo massimo che viene adottato è di 180 gg, recuperando l'indicazione dell'accordo Stato-Regione dell'11 luglio 2002.

Vengono perciò fissati ed adottati i seguenti tempi massimi d'attesa, secondo la prevista declinazione di priorità clinica specificamente codificata :

Per le **prestazioni ambulatoriali** sono previsti i seguenti codici di Priorità Clinica:

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>U- urgente</b>       | da erogarsi entro 72 ore dalla richiesta   |
| <b>B - breve</b>        | da erogarsi entro 10 giorni dalla richiesta  |
| <b>D - differibile</b>  | da erogarsi entro 30 giorni dalla richiesta per le visite ambulatoriali ed entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale |
| <b>P- programmabile</b> | da erogarsi entro 180 giorni dalla richiesta   |

*Per le prestazioni codificate come urgenti per il rilevante impatto organizzativo occorrerà che la richiesta sia particolarmente motivata o documentata dai MMG/ PLS o da altro specialista.*

Per le **prestazioni in regime di ricovero** sono previsti i seguenti codici di Priorità :

|          |                  |
|----------|------------------|
| <b>A</b> | entro 30 giorni  |
| <b>B</b> | entro 60 giorni  |
| <b>C</b> | entro 180 giorni |
| <b>D</b> | entro 12 mesi    |

Tale scelta regionale va considerata tenendo conto della contemporanea iniziativa di implementazione su tutto il territorio regionale del sistema dei RAO – raggruppamenti di attesa omogenei, meglio descritto al paragrafo 4.1 del presente Piano.

*On Dr* *Ph*

L'adozione della metodologia dei RAO rimodulerà, infatti, in chiave dinamica, condivisa e clinicamente aggiornata, qualunque precedente strutturazione dei tempi massimi d'attesa.

Per le prestazioni, indicate nell'elenco sopra rappresentato, le Aziende sanitarie sono tenute a mettere in opera tutte le risorse e gli strumenti, soprattutto organizzativi, per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per esse individuato, secondo i diversi codici di priorità, ad almeno il 90% degli utenti richiedenti, presso le strutture erogatrici indicate dai Programmi Attuativi Aziendali .

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema, relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening. Il monitoraggio "ex post" verificherà la capacità di garantire il rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo i codici B e D, almeno al 90% dei cittadini richiedenti la prestazione.

Per meglio gestire le prenotazioni delle attività di ricovero, secondo le classi di priorità qui indicate, e garantire la qualità del dato ai fini del relativo monitoraggio delle SDO, il PNGLA 2010-2012 indica come obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi d'Attesa": Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

#### **4. Individuazione delle linee generali di intervento per il Governo dei Tempi d'Attesa**

Il governo dei tempi d'attesa può rappresentare un particolare punto di osservazione attraverso il quale guardare dentro le dinamiche che caratterizzano l'organizzazione sanitaria e può costituire quindi un valido strumento per la programmazione e la distribuzione dell'offerta sanitaria sul territorio. E' un processo che interessa non solo aspetti puramente organizzativi, ma anche culturali e di empowerment delle diverse figure coinvolte.

Si tratta infatti di sviluppare un processo culturale che recuperi l'attenzione e la riflessione sul processo prescrittivo da parte dei medici in ordine alla appropriatezza e alla medicina basata sulle evidenze (EBM), attivando al contempo un necessario sinergico confronto fra medici prescrittori e medici erogatori e creando un feedback positivo in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale.

Occorre di conseguenza coinvolgere tutti gli attori interessati: il Medico di medicina generale (MMG), il Pediatra di libera scelta (PLS), i medici specialisti territoriali ed ospedalieri, le professioni sanitarie non mediche e le associazioni degli utenti, e porre in essere tutti gli strumenti utili a incidere su questa riorganizzazione e implementazione del governo dei tempi d'attesa, quali la formazione dei professionisti, l'informazione e la comunicazione dei cittadini, lo sviluppo di

protocolli d'intesa fra i diversi livelli assistenziali, la rimodulazione della domanda e dell'offerta basate sull'appropriatezza, il puntuale sistema di monitoraggio e di controllo delle liste d'attesa, lo sviluppo dell'informatizzazione e della capacità di strutturare in maniera uniforme e diffusa il processo di prenotazione e di accesso ai servizi.

Una delle strategie più condivise è quella di puntare sulla promozione dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Promuovere l'appropriatezza significa ridare valore e responsabilità all'atto medico e quindi recuperare un necessario protagonismo sul piano delle valutazioni e delle scelte decisionali. In questo senso appare scontato prevedere di continuare a far leva sulla formazione dei professionisti, insistendo sull'uso delle linee guida, dell'EBM, dei percorsi di valutazione HTA, sulla organizzazione per processi, sulla continuità assistenziale ospedale territorio e sulla conduzione clinica secondo contestualizzati percorsi diagnostico-terapeutici .

Su questa linea la Regione ha già messo in opera numerose iniziative per un pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie mediche e non mediche all'interno del governo dei processi assistenziali, ad es. attraverso la costituzione delle reti assistenziali integrate (vedi Piano della Salute 2011-2013). In particolare, sono state predisposte precise linee d'indirizzo e indicatori per l'organizzazione delle reti e dei percorsi assistenziali per la gestione dello scompenso cardiaco e del diabete di tipo 2 e si prevede la diffusione e la estensione a tutto il territorio regionale dell'esperienza già ampiamente adottata nella provincia di Ragusa sui RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

Sul piano dell'appropriatezza della domanda non si può non considerare di intervenire anche sui pazienti, sui cittadini. Una rilevante quota di inappropriatazza della domanda, anche con riferimento all'attribuzione dei codici di priorità è legata alla pregnante sollecitazione dei cittadini, alla loro ansia, spesso collegata a carente informazione ed educazione alla salute, e/o a disinformazione e/o ad una scorretta comunicazione da parte degli stessi sanitari, o legata ai noti meccanismi esterni di produzione della c.d. "domanda indotta".

Oltre alla leva formativo-culturale, risulta molto importante e sinergica la leva normativo-procedurale: sul piano prescrittivo ad es. si richiama l'obbligo dell'integrazione informativa della ricetta medica, riguardante i campi dei codici di priorità, del quesito diagnostico e dell'indicazione se la prescrizione è suggerita dallo specialista etc.. (D.A. 17 novembre 2009 e 12 agosto 2010) e in questo senso si muove anche il PNGLA 2010-2012, che rende obbligatoria oltre che l'indicazione del codice di priorità clinica, anche l'indicazione della garanzia dei tempi massimi e del tipo di accesso ( primo accesso o controllo)

Lo stesso accade per la Scheda di Dimissione Ospedaliera, per la quale, secondo il D.M. 8-7- 2010 e il D.A. 9-8- 2010, risulta essere adempimento obbligatorio indicare la data di prenotazione e la classe di priorità (secondo lo schema dell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002).

Tale adeguamento delle procedure prescrittive renderà più facili e puntuali le attività di monitoraggio, diverse per finalità, a tutti i livelli, aziendale, regionale e nazionale, quest'ultimo in ordine ai previsti obblighi informativi con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Anche per questo, risulta sempre più necessario investire sul piano della strutturazione di una reportistica delle attività, sempre più puntuale, supportata dallo sviluppo dei programmi di informatizzazione dei processi e della facilitazione della comunicazione via web.

Da questo punto di vista, trova un naturale collegamento con quanto prima detto, il progetto della strutturazione ed implementazione del CUP centralizzato regionale on line, dove la tecnologia informatica deve integrarsi con un riassetto procedurale ed organizzativo, ad es. collegato ad un necessario riordino delle agende di prenotazione secondo il sistema delle priorità cliniche.

Vanno contestualmente previste azioni di governo dei tempi d'attesa sul piano dell'aumento e del miglioramento dell'offerta. Anche su questo versante bisogna però tener conto del principio dell'ottimizzazione delle risorse e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, intesa soprattutto come scelta dei setting assistenziali. Rimane comunque ancora valida la sollecitazione, già in passato posta dalla Regione alle Aziende Sanitarie, perché provvedano, sotto il profilo soprattutto organizzativo, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, a favorire lo svolgimento degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana (*Art. 52 , comma 4, lettera c della legge 289/2002*)

La Regione, da parte sua, si sta muovendo con l'obiettivo di distribuire uniformemente sul territorio le alte tecnologie di diagnostica strumentale, per rendere più accessibile i servizi e ridurre le liste d'attesa. Coerentemente con l'assetto organizzativo voluto dalla legge di riforma ( L.R. n.5 del 14 aprile 2009) uno degli obiettivi è quello di ottimizzare le risorse disponibili in ottica di rete, riqualificando e specializzando l'offerta ospedaliera, completando nelle 6 province di AG, CL, EN, RG,SR,TP almeno un ospedale di riferimento distrettuale e nelle tre province (PA, ME, CT,) con sistema metropolitano, un'offerta ospedaliera di alta specializzazione integrata anche con i policlinici universitari.

Ma è soprattutto sul versante territoriale che si sta incisivamente intervenendo sul piano del miglioramento dell'offerta: con il D.A.723/2010 sono state predisposte accurate Linee Guida di riorganizzazione dell'attività territoriale, prevedendo nuove forme ed assetti organizzativi (PTA-presidi territoriali di assistenza, AGT-ambulatorio di gestione integrata, PUA-punto unico d'accesso..etc) ormai in via di implementazione su tutto il territorio regionale, tesi a sviluppare,

potenziare, uniformare e rendere appropriata la rete dei servizi sia in termini di accessibilità fisica che temporale (servizi h12 o h24).

#### **4.1- La strutturazione ed implementazione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)**

Riguardo l'utilizzo dei criteri di priorità clinica per governare l'accesso alle prestazioni specialistiche, secondo le indicazioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa 2010-2012, in Sicilia si registra una rilevante esperienza presso l'ASP di Ragusa, a partire dal 2007, frutto di una puntuale programmazione gestionale.

Nell'esperienza dell'ASP di Ragusa, l'utilizzo delle codifiche di priorità clinica, secondo l'Accordo Stato Regioni del 2002 (Urgente- Breve- Differibile e Programmabile), adeguato poi alle indicazioni del Piano Regionale di Contenimento dei tempi delle liste d'attesa 2006-2008, emanato dalla Regione Sicilia nel Luglio 2008, è stato integrato, prendendo spunto dall'esperienza realizzata in Veneto (Castelfranco Veneto), dall'implementazione dei protocolli RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).

Si è ritenuto infatti che, per garantire ai cittadini, attraverso l'individuazione dei diversi livelli di priorità, l'erogazione della prestazione in tempi certi, ritenuti compatibili e coerenti rispetto al sospetto diagnostico, il solo sistema delle codifiche non era sufficiente e occorreva, in aggiunta, un pieno coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti, dai medici prescrittori ai medici erogatori le prestazioni sanitarie. Sono stati pertanto realizzati precisi accordi e specifici percorsi formativi sui protocolli RAO e sulle modalità prescrittive, secondo criteri di priorità clinica, per i Medici di Medicina Generale ed i Medici Specialisti Territoriali ed Ospedalieri.

Sono stati predisposti quindi, da apposite Commissioni formate da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ospedalieri e Specialisti Ambulatoriali Territoriali, degli specifici protocolli per la individuazione e condivisione dei tempi tecnici di attesa appropriati, da associare alle prestazioni specialistiche per le singole condizioni patologiche. In aggiunta, è stato istituito un vero e proprio sistema, condiviso, di monitoraggio e di controllo, finalizzato alla verifica della corretta applicazione dei Protocolli RAO da parte dei Medici Prescrittori, istituendo un preciso feed-back di controllo del Medico erogatore.

L'implementazione di questo sistema, ha comportato un incremento dell'indice di adeguatezza prescrittiva, con un'inappropriatezza residuale delle prescrizioni specialistiche. Il sistema, che comporta un coerente adeguamento della gestione delle agende di prenotazione, ha ridimensionato

il fenomeno delle liste d'attesa, stratificandolo e ottimizzandolo sulla base delle scelte del medico prescrittore .

Visti i risultati positivi riguardanti il miglioramento dell'appropriatezza e l'ottimizzazione del consumo delle risorse sull'attività di specialistica ambulatoriale, conseguente all'adozione di questo approccio metodologico, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei medici prescrittori ed erogatori, si è ritenuto di trasferirlo ed estenderlo a livello di Bacino territoriale. E' stato scelto il Bacino territoriale orientale, dove insiste l'ASP di Ragusa.

E' stato pertanto istituito un tavolo tecnico interaziendale con tutti i Direttori Generali delle ASP del Bacino orientale (Messina, Catania, Ragusa, Enna, Siracusa) con il compito di predisporre i Raggruppamenti di Attesa Omogenei di Bacino. Sono stati attivati 14 tavoli tecnici, uno per ogni branca specialistica, coordinati dai componenti del tavolo tecnico interaziendale, più un tavolo tecnico per la pediatria, ciascuno costituito da medici di medicina generale, specialisti ambulatoriali territoriali (sia interni che privati accreditati) e specialisti ospedalieri (sia dei presidi aziendali sia delle aziende ospedaliere).

I risultati del lavoro dei 14 tavoli tecnici hanno dato luogo all'elaborazione dei RAO per il bacino orientale, presentati il 2 maggio 2011, e si è avviato di conseguenza il processo di implementazione. In accordo con questo processo è in fase di predisposizione un tavolo tecnico regionale per la configurazione di un ulteriore perfezionamento del percorso di adozione di tale metodologia a tutto il territorio regionale.

## **5. Il CUP centralizzato regionale**

Nell'ambito del percorso di innovazione tecnologica del Servizio Sanitario Regionale e al fine di garantire una migliore gestione delle attività erogate sul territorio ed un più agevole accesso ai servizi, la Regione Siciliana ha programmato l'attivazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale on line. Il progetto prevede un forte impegno della Regione nel dotare di un sistema completo e moderno le Aziende che ne fossero sprovviste e nell'integrare tutti i sistemi validi già esistenti in un sovra CUP, garantendo la possibilità di monitoraggio delle attività a livello regionale.

L'impegno regionale è stato tradotto come preciso obiettivo del Programma Operativo Regionale 2010-2012, con le peculiarità di un centro di prenotazione intra ed interaziendale, che al contempo sia strumento utile ai fini del monitoraggio delle liste d'attesa, dell'appropriatezza prescrittiva e dei percorsi diagnostici.

Finalità del progetto è l'integrazione delle componenti organizzative con le componenti tecnologiche dell'offerta e della prestazione sanitaria, nella prospettiva di coinvolgere nel processo di prenotazione anche le farmacie private, i MMG e i PLS.

Con il sistema "CUP on line" la Regione Sicilia si è voluta dotare di un sistema a supporto delle prenotazioni delle prestazioni che tutte le Aziende del SSR possono condividere, in modo da poter :

- monitorare sia i tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni in accordo con i criteri clinico diagnostici e di scorrimento temporale fissati nei Livelli Essenziali di Assistenza ( LEA)
- programmare l'offerta sul territorio e governare la domanda nell'ottica di una maggiore efficacia ed efficienza dei processi di cura
- limitare fenomeni gestionali anomali, quali i mancati effetti delle prenotazioni per l'eccessiva dilazione dei tempi d'attesa e le prenotazioni incrociate da parte degli utenti su agende di differenti strutture eroganti, in grado di determinare una pianificazione dei processi assistenziali non in linea con la domanda effettiva di prestazioni ambulatoriali
- definire un modello comune organizzativo su base regionale e aziendale, in grado di recepire pienamente, per quanto attiene l'area assistenziale della specialistica ambulatoriale , le direttive della Legge Regionale 5 del 2009.

Nel Programma Operativo dell'Assessorato Regionale della Salute per il 2010-2012 all'interno dell'Intervento n. 5: Potenziamento del Territorio, l'Azione 5.7 prevede l'attivazione del CUP regionale secondo il seguente cronoprogramma:

- 1) l'elaborazione di un piano d'azione per ogni Azienda (30-11-2010),
- 2) l'attivazione del CUP regionale in tre aziende ( 31-03-2011)
- 3) l'attivazione del CUP regionale in tutte le aziende della Sicilia ( 30-06-2012):

Allo stato attuale è stato effettuato presso ogni Azienda, un assessment o check-up dei sistemi informatici correlati al CUP, laddove esistenti, utile a individuare un Piano delle azioni, con relativa tempistica , che ogni azienda dovrà compiere per superare i punti critici rilevati. Già nei primi mesi del 2011, a partire da una ASP pilota (Trapani), sono iniziate le operazioni di configurazione o integrazione/adattamento dei CUP in tutte le aziende, attraverso un allineamento ed un collegamento in rete dei diversi sistemi informatici delle diverse strutture sanitarie presenti nelle Aziende.

## 6. Tempi d'Attesa e Information Tecnology Comunication ( ITC)

Lo sviluppo delle tecnologie informatiche si presenta sul territorio regionale ancora fortemente eterogeneo e a macchia di leopardo: Aziende con servizi e reparti ben informatizzati coesistono accanto a strutture molto carenti, determinando il disequilibrio nelle opportunità di servizio e di accesso all'offerta sanitaria da parte dei cittadini.

La diffusione dell'innovazione tecnologica è stata individuata quale leva decisiva di miglioramento del sistema sanitario regionale in termini di modernizzazione e di crescita della qualità.

Per tale obiettivo è stata adottata la strategia di una forte governance regionale e di un approccio integrato alle problematiche di accessibilità/ non accessibilità alle tecnologie informatiche (digital divide) tra Aziende-Regione e Regione-MdS/MEF individuando obiettivi comuni e soluzioni tecnologiche interoperabili all'interno del Sistema e tra tutte le aziende, da affiancare alla riforma strutturale definita dalla legge regionale 5/2009 ed alla costruzione di Reti interaziendali per specifiche patologie, secondo il modello hub&spoke.

Si è pervenuti alla elaborazione di un Programma di Innovazione Digitale per la Sanità ( prot.n.3554 del 30 aprile 2010), cui dedicare in maniera integrata programmazione ed investimenti delle risorse disponibili: POR 2000-2006, APQ S.I. 2005, PO FESR 2007-2013 etc.. e con l'obiettivo generale di costruire il progetto cornice Sistema Informativo Sanitario Regionale ( SIS), che comprende gli obiettivi di settore e le relative componenti applicative.

Gli obiettivi chiave posti alla base della realizzazione del Programma sono:

- l'interoperabilità tecnologica per assicurare la massima efficacia degli applicativi e la salvaguardia degli investimenti aziendali.
- l'aderenza alle direttive/linee guida nazionali per garantire il rispetto dei debiti informativi e le soluzioni più avanzate
- l'adozione di modelli tecnologici-organizzativi idonei per l'avanzamento dell'intero SSR e pari opportunità in tutto il territorio regionale
- la verifica delle possibilità di riuso di sistemi e soluzioni sperimentati in altre Regioni
- la forte regia regionale nel processo di definizione, attuazione ed avvio dei nuovi applicativi
- l'integrazione tra gli applicativi realizzati, al fine di capitalizzare gli investimenti
- la stringente attribuzione di responsabilità ai diversi livelli istituzionali.

*Dr. Dr.* *PC*

Questi i punti focali e lo stato di realizzazione del Programma:

- Dal 2009 sono a regime i nuovi sistemi gestionali in materia di anagrafe assistiti e emolumenti dei medici di base e dei PLS.

-Sono in sperimentazione i servizi applicativi del sistema di emergenza urgenza presso 3 delle 4 Centrali Operative del Servizio 118 con l'obiettivo di creare un network di comunicazione con base comune per la gestione del territorio, attraverso gli strumenti della cartografia e i sistemi di comunicazione

-E' stato realizzato il collegamento in rete delle 27 strutture trasfusionali della regione con i 4 Centri NAT ( centri di validazione del Sangue ).

Con il progetto SETT componente Teleformazione è stata realizzata la piattaforma regionale di e-learning , dotata di un sistema di reportistica avanzata. L'attività di e-learning è stata accompagnata da formazione residenziale su informatica di base ed utilizzo della stessa piattaforma per circa 800 operatori privi di adeguate competenze.

-Con la componente SETT-TELEMEDICINA è stato realizzato il progetto pilota di teleradiologia, per l'erogazione, in fase di avvio, di un servizio di teleconsulto radiologico di second opinion tra 2 centri di riferimento regionali CRIF presso le AOUP di Catania e di Palermo, dotati di HW e SW per gli archivi legali e 12 strutture sanitarie periferiche (SSP) individuate presso alcune Unità Operative di radiologia delle 9 ASP.

-E' in fase di studio e di analisi di contesto il progetto E-SETT archivi legali – cartella clinica ospedaliera informatizzata: l'applicativo garantirà il confronto tra gli specialisti di settore ai fini del miglioramento dell'attività diagnostica, attraverso la creazione di un network di specialisti del settore, nonché l'archiviazione legale dell'iconografia radiologica e dei relativi referti, sia ai fini diagnostici che di costruzione di banca dati specifica per patologie, da dedicare alla crescita professionale del network e alle attività di studio e ricerca.

-E' in fase di studio e di analisi di contesto il Sistema Informativo Direzionale ( SID) componente tecnologica integrata con Programma art 79 L.133/08 dedicato al miglioramento della governance regionale e aziendale, attraverso la reingegnerizzazione ed ottimizzazione dei flussi informativi gestionali economici e di performance. Il Progetto SID inoltre realizzerà il Cruscotto regionale per Screening, il Registro Tumori, il Registro Fragilità ( Paziente Cronico, Trapianti, Malattie Rare, Disabili, Dipendenze e Salute Mentale), la creazione del SIAD – monitoraggio assistenza domiciliare, il flusso FAR per l'assistenza residenziale e semiresidenziale.

-E' in fase di avvio la sperimentazione dell'applicativo FSE – Fascicolo Sanitario Elettronico.

-Ulteriori progetti di interesse: Cartella Clinica per MMG/PLS; Ricetta Elettronica SAR; Integrazione ADT; Integrazione RIS; Integrazione LIS; E-RMMG e RMMG ( aziende di PA e CT).

## **7. La Comunicazione sui Tempi d'Attesa tramite i siti WEB**

La Regione è impegnata a dare omogeneità alle forme attraverso le quali si realizza la comunicazione pubblica e istituzionale all'interno dei servizi sanitari (carte dei servizi, siti WEB, URP, uffici stampa..) con particolare riferimento all'organizzazione della comunicazione ai cittadini attraverso i siti web aziendali .

Per quanto riguarda il tema delle liste d'attesa l'ultima indagine nazionale ( 4° Rapporto Nazionale) sull'utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi di attesa nei siti web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale pubblicato nel Febbraio 2011, documenta una scarsa presenza a livello nazionale dei siti web regionali e fra questi risulta manchevole anche la Regione Sicilia; migliore e soddisfacente è la situazione regionale per quanto riguarda i siti aziendali, con una copertura dei siti web attorno all'87% ( 89 % ASP; 83 % A.O) con un trend negli ultimi anni in netta crescita.

Si ritiene però opportuno, considerata la disomogeneità, rispetto al format adottato e alla tipologia dei dati presenti sui siti aziendali, riconsiderare il tema dell'utilizzo di Internet e dei siti WEB aziendali come strumento di comunicazione dei dati sui tempi d'attesa, all'interno di un più ampio programma regionale di ridefinizione della comunicazione con i cittadini, collegato anche allo sviluppo del CUP regionale e del progetto già avviato sulla customer satisfaction.

In questa prospettiva, entro il 2011, sarà strutturata sul sito della Regione Sicilia una apposita sezione dedicata alla comunicazione con i cittadini sul governo dei tempi d'attesa, mentre per quanto riguarda le aziende sanitarie, queste dovranno procedere ad una autovalutazione dell'efficacia dell'informazione offerta attraverso i propri siti web aziendali tenendo conto delle "Linee guida per la comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute" prodotte nell'ambito del progetto " potenziamento della comunicazione on line del Ministero della Salute e del SSN e progettazione di un canale telematico per i cittadini" voluto e sostenuto dal Ministero della salute, Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali .

## **8. Tempi d'Attesa e Percorsi Diagnostici Terapeutici (PDT)**

La tempestività d'azione in ambito sanitario, si è già detto, è un importante elemento per l'efficacia di risultato delle cure, ma risulta fondamentale in alcune specifiche aree specialistiche. Le malattie del sistema cardiocircolatorio ed i tumori, in ragione dei dati di prevalenza e di mortalità, devono essere considerate delle aree prioritarie sulle quali intervenire in termini di miglioramento della tempestività sia sul piano dell'inquadramento diagnostico che sul piano delle terapie, all'interno di appropriati percorsi assistenziali.

Il PNGLA 2010-2012 individua le aree cardiovascolare ed oncologica quali aree prioritarie per una attività di monitoraggio dei tempi d'attesa all'interno di definiti percorsi diagnostico-terapeutici e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività di diagnosi e trattamento. Viene prevista una particolare metodologia, quale strumento per verificare e misurare quanto sia garantita una adeguata tempistica nell'erogazione delle prestazioni, nell'ambito di specificamente definiti percorsi diagnostico terapeutici ( PDT).

Con il presente PRGTA la Regione Sicilia fa proprie le indicazioni nazionali e si impegna a sviluppare ulteriormente la riorganizzazione dei servizi sanitari secondo una logica di processo e di percorso assistenziale, implementando modelli di integrazione ospedale-territorio, per favorire la definizione e la messa in opera di contestualizzati percorsi diagnostico-terapeutici; si impegna inoltre a rivolgere una particolare attenzione, rispetto alle iniziative in atto presenti sul governo dei tempi d'attesa, verso l'area oncologica e l'area cardiovascolare, anche per rispondere positivamente alla prevista attività di monitoraggio su base nazionale dei tempi d'attesa dei relativi PDT. L'attività di definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assieme alla produzione di linee guida , nel senso di adozione contestualizzata delle stesse per una conseguente piena implementazione, dovrà sempre più costituire una attività sistematica, all'interno del processo di miglioramento continuo della qualità assistenziale. Pur utilizzando quanto già prodotto nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida o altra produzione evidence based, e/o valutazione HTA, il grande impegno è quello di rendere possibile la praticabilità reale del percorso assistenziale prefigurato, verificandola attraverso una metodologia di monitoraggio della effettiva implementazione .

La Regione Sicilia , in coerenza con quanto rappresentato nella Legge di riordino del SSR (L.R. n.5 del 14 aprile 2009) in questi ultimi anni si è mossa, per favorire la definizione e l'implementazione di contestualizzati e condivisi percorsi assistenziali, configurando una organizzazione dei servizi in un'ottica di rete integrata, costituendo dei gruppi di lavoro ad hoc su specifiche problematiche assistenziali e mettendo insieme le varie professioni cointeressate, in una prospettiva multidisciplinare e multiprofessionale.

Il Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute" 2011-2013 individua le aree oncologica e cardiologica come aree di interesse prioritario sul piano del miglioramento dei percorsi assistenziali. Soprattutto per l'area oncologica si prevede una serie di interventi che vanno dal potenziamento della sorveglianza epidemiologica, al miglioramento dell'attività di screening, all'arricchimento delle strumentazioni di diagnostica di alta tecnologia, di diagnostica per immagini, al potenziamento dei servizi di anatomia patologica e di medicina nucleare, di radioterapia, con un miglioramento in generale della rete oncologica e la creazione di centri di elevata specializzazione

per la cura dei tumori. Risulta infatti necessario sviluppare un'assistenza in rete del malato oncologico che investa non solo la diagnosi ed il percorso di cura nei day hospital o day surgery, ma che comprenda anche un coordinamento con i servizi territoriali: assistenza domiciliare, riabilitazione, cure palliative.

Nello specifico: per quanto riguarda l'attività di sorveglianza epidemiologica, si è realizzata, assieme ad un potenziamento dei registri tumori sul territorio regionale, l'istituzione della Rete siciliana territoriale della registrazione dei tumori; sono in corso iniziative atte al miglioramento dell'attività di prevenzione, con un potenziamento della comunicazione ed informazione dei cittadini, tendente anche a realizzare una maggiore adesione ai programmi di screening, soprattutto per il carcinoma del colon retto; è stata anche istituita e avviata, presso l'Assessorato, la Rete Oncologica della Regione Siciliana, che si pone come obiettivo quello di conseguire la sicurezza e la qualità delle cure, l'equità dell'accesso alle cure stesse, in un'ottica di sostenibilità economica delle scelte. Ci si propone, in particolare, di predisporre, in chiave di multiprofessionalità e multidisciplinarietà, una adeguata presa in carico del paziente oncologico, configurando degli specifici Percorsi Diagnostico Terapeutici, secondo il modello organizzativo della simultaneous care e continuous care.

La Regione Sicilia ha inteso conferire un respiro più ampio al processo di strutturazione in rete sottoscrivendo con le Regioni Campania, Puglia, Calabria, Basilicata, in data 4 settembre 2009, un protocollo di intesa dal titolo "Equo accesso alle cure oncologiche e di alta specialità" con la finalità di garantire ad ogni cittadino la possibilità di ricevere nei tempi e nelle modalità adeguate il massimo in termini di diagnosi e di cura attualmente messo a disposizione dalla best practice in ognuna delle fasi che caratterizzano la malattia cancro secondo un modello di "continuous care" (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, follow-up, cure palliative).

Anche per quanto riguarda l'area cardiologica sono state avviate iniziative atte a sviluppare un'assistenza in rete per il paziente cardiopatico (che preveda collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento specializzati e che comprenda un'integrazione con i servizi di emergenza, con le strutture riabilitative e di lungodegenze) attraverso l'utilizzo di specifici protocolli operativi.

Il nuovo Piano Sanitario Regionale 20011-2013 pone una particolare attenzione al capitolo delle emergenze cardiologiche. In tale ottica di recente l'Assessorato della Salute, ha formalmente (D.A. n.1063 del 9-6-2011) istituito la "Rete per l'infarto miocardico acuto in Sicilia" che ha come obiettivo di sviluppare su tutto il territorio regionale un sistema strutturato, coerente e innovativo, per la gestione delle cardiopatie ischemiche acute, tenendo insieme contestualizzazione ed uniformità della pratica clinica secondo EBM. Il documento di istituzione, frutto del lavoro di

esperti del settore, di referenti siciliani delle Società Scientifiche cardiologiche e dei Servizi competenti dell'Assessorato della Salute, in linea con le indicazioni scientifiche internazionali e con il progetto "Stent for Life", nasce con l'obiettivo di garantire l'assistenza "in rete" ai pazienti colpiti da Infarto Miocardico Acuto, offrendo uguale accesso alle cure per tale patologia, indipendentemente dalla loro collocazione geografica e dalla distanza dal centro più idoneo al trattamento. Particolare interesse in questo settore riveste lo sviluppo dei sistemi di comunicazione a distanza come innovativo strumento per migliorare la tempestività degli interventi di diagnosi e cura per le emergenze cardiologiche. La telemedicina, infatti, consente di attivare protocolli di gestione pre-ospedalieri dei percorsi diagnostico-terapeutici dell'infarto miocardio acuto, attraverso la trasmissione a distanza dell'elettrocardiogramma e dei parametri essenziali, dai mezzi di soccorso del 118 alle cardiologie degli ospedali di riferimento. Secondo un modello di rete "Hub e Spoke" si cercherà di guidare il percorso del paziente rispetto ai diversi livelli d'intensità di cura, presso le strutture più appropriate. Tale modello organizzativo consente la velocizzazione dei percorsi terapeutici ed una significativa riduzione della mortalità.

Ma le problematiche cardiologiche sono al centro di altrettante importanti iniziative sul piano della gestione dei pazienti cronici con scompenso cardiaco sul territorio o sul piano delle condotte mediche in tema di terapia farmacologica: con DDG 591 del 6/4/2011 sono state adottate le "Linee Guida per la prevenzione di antiipertensivi e statine"

E' in corso ad es. un processo di riqualificazione e riorganizzazione della specialistica ambulatoriale con particolare riferimento all'integrazione ospedale /territorio, che sta predisponendo l'avvio di una gestione specialistica integrata, con particolare riferimento ai target di pazienti prioritari dimessi dagli ospedali afferenti alla ASP e dalle aziende ospedaliere insistenti sul territorio provinciale (ove presenti). I target prioritari per il 2011 sono rappresentati, per quanto riguarda l'area cardiologica, da pazienti con scompenso cardiaco e post infarto del miocardio.

In tema di miglioramento dei percorsi assistenziali, in ordine all'appropriatezza delle procedure (tipologia di intervento e tempestività) e all'applicazione delle linee guida, è previsto per il 2011 un preciso obiettivo per le aziende sanitarie, riferito al miglioramento della tempestività del trattamento con Angioplastica Coronarica Transluminale Percutanea (PTCA) in caso di infarto del miocardio che ne necessiti. Tale obiettivo supportato da un preciso protocollo operativo potrà integrare, in una lettura più ampia del trattamento dell'Infarto del Miocardio, il monitoraggio del PDT sul by pass aorto-coronarico.

## 9. I Programmi Attuativi Aziendali

Entro 60 giorni dall'adozione di questo Piano Regionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2011-2013 e pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia, le Aziende sanitarie dovranno adottare un Programma Attuativo Aziendale (PAA) in coerenza con quanto definito in ambito regionale. Il PAA provvede a recepire l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero, considerate critiche e oggetto di monitoraggio, ed i tempi massimi d'attesa individuati per le stesse prestazioni dalla Regione, in accordo con quanto previsto dal PNGLA 2010-2012.

I PAA devono essere trasmessi alla struttura dell'Assessorato per la Salute, dedicata al governo dei tempi d'attesa, presso il DASOE ( Servizio 5 " Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti"). Fermo restando il principio della libera scelta del cittadino di non avvalersi della prenotazione c.d. garantita, relativamente all'erogazione della prestazione entro appropriati tempi massimi d'attesa, in ordine alla classe di priorità clinica indicata dal medico curante, le Aziende devono pianificare la loro offerta sanitaria, individuando le strutture che possono assicurare il rispetto dei tempi massimi d'attesa secondo priorità clinica e garantire un coerente ed un efficiente aggiornamento delle procedure per la gestione dei registri e delle agende di prenotazione, da collegare operativamente al sistema centralizzato di prenotazione (CUP). Il PNGLA 2010-2012 indica come obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi d'Attesa": Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

Nel PAA occorre individuare, secondo una precisa pianificazione, le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate nell'ambito delle quali può essere garantito, per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, c.d. critiche , identificate in questo Piano, il rispetto dei tempi massimi d'attesa, tenendo conto dei codici di priorità clinica, ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti.

Occorrerà inoltre predisporre opportune misure di promozione e di controllo per governare la corretta integrazione compilativa , già posta come obbligatoria da recenti norme regionali (D.A. 12 agosto 2010 e D.A. 9 agosto 2010) e ulteriormente definita dal PNGLA 2010-2012, riguardante le prescrizioni su ricettario unico regionale e la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO), per consentire un monitoraggio adeguato e puntuale dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero, sia per il controllo di gestione aziendale sia per rispondere al debito informativo attraverso i flussi regionali e ministeriali, come previsto dal PNGLA 2010-2012.

Per le province di Palermo, Catania e Messina, le Aziende sanitarie provinciali, le Aziende Ospedaliere (AO) e Ospedaliere Universitarie (AOU) devono predisporre un unico piano operativo

ospedale-territorio, con il coinvolgimento anche degli IRCSS e delle sperimentazioni gestionali, che individuino le strategie e le modalità attuative, in coerenza con quanto indicato da questo Piano regionale, per controllare e garantire a livello provinciale il rispetto dei tempi d'attesa, ponendo particolare attenzione a quelle prestazioni che per il maggior contenuto tecnologico o il livello assistenziale di più alta complessità trovano come più appropriato riferimento la struttura ospedaliera.

Dovranno essere inoltre rappresentate le iniziative, dirette a favorire, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello stato, lo svolgimento degli accertamenti ambulatoriali, prevalentemente di diagnostica strumentale, in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana (Art.52, comma 4, lettera c della legge 289/2002) .

Le Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), già chiamate dalla legge di riordino del SSR (L.R. n.5 del 14 aprile 2009) ad assumere un pieno ruolo di governo dell'offerta assistenziale, per rispondere adeguatamente ed in modo soddisfacente, alla domanda di salute e alle aspettative dei cittadini appartenenti allo stesso territorio provinciale, attraverso una opportuna pianificazione e programmazione dei servizi assistenziali, devono indicare nel PAA i c.d. "ambiti territoriali di garanzia", cioè l'ambito territoriale dove le strutture sanitarie, pubbliche e private accreditate con il SSN, opportunamente individuate nello stesso PAA, possano garantire la tempestività dell'intervento sanitario, nel rispetto dei tempi massimi d'attesa, secondo l'appropriata priorità clinica indicata, almeno per le prestazioni indicate come critiche dal PNGLA 2010-2012 e per il 90% dei richiedenti, considerando anche l'accessibilità territoriale alle prestazioni, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio. In questa prospettiva vanno favorite le iniziative atte ad una riqualificazione della specialistica ambulatoriale con particolare riferimento alla integrazione ospedale-territorio, creando le premesse per una gestione unitaria della specialistica territoriale ed ospedaliera, in cui le ASP esercitino il ruolo di committenza definendo i fabbisogni per le diverse tipologie di prestazioni .

Il Programma Attuativo Aziendale dovrà inoltre prevedere, per tutte le Aziende Sanitarie, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa ( ticket).

In accordo con il PNGLA 2010-2012, viene indicata anche la possibilità, nell'ambito del governo delle liste d'attesa, di considerare l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti (ALPI) da effettuarsi all'interno dell'azienda. L'utilizzo di questa possibilità deve essere correlata ad un puntuale monitoraggio dell'ALPI, per verificare il rispetto dell'equilibrio

previsto tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e quelle rese in regime di libera professione intramuraria. Le aziende che, non essendo in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi d'attesa ad almeno il 90% dei propri assistiti attraverso l'offerta assistenziale istituzionale erogata dalle proprie strutture, volessero utilizzare l'ALPI, dovranno darne informazione alla struttura dell'Assessorato per la Salute, dedicata al governo dei tempi d'attesa, presso il DASOE ( Servizio 5 “ Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti”).

Il PAA deve inoltre indicare le forme e gli strumenti attraverso i quali assicurare la comunicazione ai cittadini sulle iniziative aziendali relativamente al governo dei tempi d'attesa, prevedendo le modalità di diffusione e di accesso a tali informazioni, dedicando particolare attenzione alle nuove forme di comunicazione attraverso i siti web aziendali .

### **9.1 Definizione, verifica e riprogrammazione degli ambiti territoriali di garanzia**

Il concetto di ambito territoriale di garanzia è ampiamente rappresentato nella legge di riforma del SSR. ( L.R. n.5 del 14 aprile 2009) Si potrebbe dire che costituisce uno degli elementi fondanti l'assetto organizzativo scelto per il riordino del SSR.

L'art. 2 della legge precisa infatti che “il SSR garantisce attraverso le ASP, le AO e le AOU, nonché le strutture pubbliche e private accreditate, i LEA previsti negli atti di programmazione tendenti ad assicurare l'autosufficienza su base provinciale; rimuove le cause strutturali di inadeguatezza al fine di garantire che l'erogazione dei LEA sia uniforme, efficace, appropriata ed omogenea in tutto il territorio regionale. L'art. 5 prevede che sono atti della programmazione sanitaria locale i piani attuativi delle ASP e delle Aziende Ospedaliere e i programmi definiti a livello di bacino.

Le ASP, le AO e le AOU concorrono allo sviluppo a rete del SSR attraverso la programmazione interaziendale di bacino finalizzata all'integrazione ottimale delle attività sanitarie delle Aziende facenti parte del medesimo bacino in relazione ai fabbisogni sanitari accertati e alle esigenze sociosanitarie.

Inoltre il D.A. del 17 novembre 2009 “ Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali” ha già previsto per le ASP di dover articolare un proprio piano sull'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali, redatto in accordo con i “ provider” pubblici ( aziende ospedaliere) secondo le indicazioni del programma.

Appare quindi coerente con tali precedenti determinazioni chiedere alle ASP di perfezionare ed aggiornare la già richiamata attività di pianificazione e di programmazione dell'offerta assistenziale

sul proprio territorio in ragione delle nuove indicazioni del presente Piano Regionale di Governo dei tempi d'attesa in accordo con quanto previsto nel PNGLA 2010-2012.

La definizione degli ambiti territoriali di garanzia sarà differente nelle varie ASP, in ragione della diversa estensione del territorio in cui insistono, considerando anche la presenza nelle tre province (PA, ME, CT) con assetto metropolitano, della ricca offerta ospedaliera di alta specializzazione rappresentata dalle Aziende Ospedaliere e dalle Aziende Ospedaliero-Universitarie. E' d'altra parte verosimile che alcune ASP più piccole e meno attrezzate sul piano soprattutto dell'offerta ospedaliera possano aver necessità di estendere il proprio ambito territoriale di garanzia oltre i confini provinciali.

Conoscere i bisogni assistenziali e la domanda della popolazione di riferimento è il presupposto fondamentale per poter programmare in modo attento e realmente calibrato i percorsi sanitari. Dovrà essere fatta una distinzione tra prestazioni di base, da garantire indicativamente a livello distrettuale, e prestazioni più specifiche, ad ampio bacino d'utenza, che possono essere garantite sia in un'area territoriale più vasta ovvero a livelli assistenziali di più elevata complessità. Si dovrà inoltre tener conto delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche ed orogeografiche del territorio, delle caratteristiche della rete viaria, dei collegamenti pubblici esistenti.

L'individuazione degli ambiti territoriali dovrebbe dunque tener innanzitutto conto dei seguenti elementi:

- distribuzione sul territorio aziendale delle strutture erogatrici
- densità abitativa del territorio aziendale
- accessibilità delle strutture
- offerta prestazioni esistente sul territorio
- domanda dell'utenza

Gli ambiti territoriali di garanzia saranno oggetto di revisioni periodiche in ragione a specifici monitoraggi ex post della reale erogazione delle prestazioni all'interno dei tempi massimi definiti, sia a carico delle strutture erogatrici proprie all'ASL sia nei riguardi dei provider. A tali revisioni si accompagnano di regola programmi di riorganizzazione delle attività di erogazione delle prestazioni

Le strutture eroganti potrebbero essere totalmente appartenenti alla stessa ASP in una condizione quindi di autosufficienza, oppure comprendere anche Aziende Ospedaliere (provider pubblici) che insistono al di fuori del territorio dell'ASP, determinando così un ambito territoriale di garanzia esteso oltre il territorio provinciale.

Occorrerà prevedere quindi in caso di insufficienza da parte delle strutture erogatrici proprie dell'ASP su alcune prestazioni, generalmente di tipo ospedaliero, la possibilità, attraverso specifici accordi interaziendali, di “acquistare” prestazioni da Aziende Ospedaliere (provider pubblici), che insistono nel territorio nell'ASP o nei territori provinciali confinanti.

## **10. Reporting e Programmazione Sanitaria**

Per configurare un efficace governo dei tempi d'attesa, con le finalità che abbiamo rappresentato, è fondamentale strutturare un accurato sistema di reporting, puntuale e dettagliato, oltretutto informatizzato, che renda possibile, da una parte, tenere sotto controllo, soprattutto a livello aziendale e regionale, il sistema della domanda e dell'offerta sanitaria, consentendo di garantire la tempestività assistenziale e una facile accessibilità ai servizi e dall'altra di debito adempiere agli obblighi informativi nei riguardi dei Ministeri della Salute e dell'Economia, attraverso i flussi di monitoraggio previsti dal PNGLA. Si tratta quindi di predisporre una efficace banca dati che permetta di leggere dentro le dinamiche organizzative, consentendo di intervenire poi, con evidenze, sul versante della programmazione dei servizi sanitari sul territorio.

E' obiettivo strategico del Piano Regionale, in accordo con la legge regionale di riordino del SSR (L.R. n. 5 del 14 Aprile 2009) sviluppare pienamente le attività di controllo e di monitoraggio delle attività sanitarie, configurando un adeguato sistema di reporting per una efficace ed efficiente attività di controllo di gestione e di programmazione .

A livello regionale, tale attività è stata prevista all'interno dell'assetto organizzativo e funzionale dell'Assessorato alla Salute, all'Area Interdipartimentale 4 “Sistemi Informativi – statistiche-monitoraggi” cui è affidato il compito di gestione dei flussi informativi e di realizzazione del sistema di reporting, secondo un raccordo processuale, alle altre attività di programmazione ospedaliera, territoriale e di governo clinico.

Nella prospettiva dell'implementazione del sistema di governo dei tempi di attesa, occorrerà, costituire, anche in questo caso, un sistema a rete, attivando in tutte le aziende sanitarie pubbliche una funzione aziendale dedicata alla gestione delle liste d'attesa, coinvolgendo i referenti aziendali che sono stati selezionati e formati nel 2009 nell'ambito del programma di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in ALPI, e prefigurando a livello regionale una “ cabina di regia” quale centro di coordinamento delle attività, per una regolare analisi delle informazioni desunte dal monitoraggio e per la proposizione di iniziative di miglioramento e di supporto per la programmazione regionale.

In linea con il D.A. 17 novembre 2009, la legge regionale 11/2010 e il D.A. 12 agosto 2010 e in relazione a quanto previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, che ha aggiornato l'elenco delle prestazioni sanitarie critiche e che ha reso obbligatoria l'indicazione, oltre al codice di priorità, del tipo di accesso e della garanzia dei tempi massimi, che devono essere recepite come tali nel tracciato dati per le ricette specialistiche riferito al flusso ex art 50 – progetto Tessera Sanitaria, si prevede la progressiva costruzione, nel 2011, di un sistema integrato di monitoraggio e di valutazione ex post dell'attività prescrittiva della specialistica ambulatoriale, finalizzata ad un migliore governo dei tempi d'attesa e ad un conseguente riordino dell'offerta sul territorio.

## **11. Il programma di monitoraggio: i flussi ministeriali**

Risulta sempre più evidente l'esigenza rappresentata a livello ministeriale, di raccogliere una puntuale informazione sulle attività sanitarie, attraverso i flussi regionali.

In questa prospettiva sono in via di continuo sviluppo e perfezionamento, all'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che ha come obiettivo di costituire un sistema puntuale ed aggiornato di raccolta dati per poter conoscere e misurare le performance, le dinamiche ed i risultati delle attività intraprese a livello regionale in campo sanitario, una serie di specifici flussi informativi per il monitoraggio ed il governo del fenomeno delle liste d'attesa.

In particolare il nuovo PNGLA per il 2010-2012 prevede:

- **il monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali**
- **il monitoraggio dei ricoveri ospedalieri ( ex post)**
- **il monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali**
- **il monitoraggio delle prestazioni erogate in ALPI ( ex ante)**
- **il monitoraggio della sospensione delle attività di erogazione da parte delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere**
- **il monitoraggio dei PDT**

Tutte le dettagliate informazioni riguardanti il monitoraggio dei tempi d'attesa attraverso i flussi ministeriali sono opportunamente precisate nelle "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa" come da Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 sul Piano Nazionale di Governo dei tempi d'attesa ( PNGLA 2010-2012) emanate dal Ministero della Salute il 30 dicembre 2010.

## **11.1 Prestazioni ambulatoriali**

In questa prima fase il monitoraggio nazionale sulla garanzia dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali entro i tempi massimi d'attesa, riguarda le prestazioni codificate in relazione alla priorità clinica come B (breve) e D (differibile) e solo il primo accesso, presupponendo una adeguata presa in carico del paziente nel successivo percorso assistenziale specialistico; in questo senso è d'obbligo, l'indicazione sulla ricetta di prescrizione medica, se trattasi di prima visita o controllo. In seguito sarà utile prevedere per poter avere un inquadramento più completo delle fasi del processo assistenziale diagnostico terapeutico e del rispetto della tempestività operativa, di monitorare e tenere sotto controllo tutto l'iter clinico, considerando quindi anche i momenti di approfondimento e di controllo. Per tali obiettivi occorrerà necessariamente investire ancora sullo sviluppo del sistema di informatizzazione per la gestione dei processi di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale e contestualmente promuovere l'integrazione informativa della prescrizione su ricettario unico regionale, soprattutto per quanto riguarda i nuovi campi riguardanti il tipo di accesso, la codifica per priorità clinica e la garanzia dei tempi massimi, predisponendo la revisione e l'aggiornamento delle agende di prenotazione delle strutture eroganti per renderle congrue rispetto la codifica delle classi di priorità clinica, e di conseguenza anche i CUP aziendali.

### ***11.1.1 Monitoraggio ex post dei Tempi d'Attesa per le prestazioni ambulatoriali***

Il monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi d'attesa in coerenza con quanto previsto al punto e) dell'art.1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266 ed è stato, pertanto implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. Attraverso i campi del flusso informativo, previsti come obbligatori, riguardanti la data di prenotazione e la data di erogazione, è già stato possibile iniziare a configurare un monitoraggio per i tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali. Il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi d'Attesa 2006-2008 ( PNCTA) aveva già previsto infatti l'istituzione di un flusso informativo relativo alla raccolta trimestrale dei dati sulle prestazioni, di cui al paragrafo 3 dello stesso PNCTA, erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali, con la rilevazione, per le strutture coinvolte e per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di attesa superiore al massimo stabilito. (Monitoraggio specifico). Il PNGLA 2010-2012 ha previsto l'obbligatorietà della compilazione di altri campi, sempre relativamente al flusso ex art.50, riferiti al primo accesso, per differenziare le prestazioni rispetto ai successivi controlli, alla classe di priorità e alla garanzia dei tempi massimi d'attesa, che

permette di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia del rispetto dei tempi massimi d'attesa e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità a lui offerta come garantita. Considerando in aggiunta il codice della struttura che ha evaso la prestazione, già in precedenza obbligatorio, si configura un preciso flusso informativo sui tempi d'attesa della specialistica ambulatoriale che consentirà un più completo monitoraggio ex post.

La struttura dell'Assessorato alla Salute a cui è affidata la gestione di questo flusso informativo è l'Area Interdipartimentale 4 "Sistemi Informativi, statistiche, monitoraggi". Questa struttura regionale avrà cura di trasmettere il flusso con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione al Ministero dell'Economia e Finanza.

Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvederà a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute, entro la fine del mese successivo a quello della rilevazione.

I dati raccolti sono relativi alle prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012 e richiamati nel presente documento. Oggetto del monitoraggio dei tempi d'attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D. Si precisa che la valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso ( nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti), la valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Parallelamente alla strutturazione del flusso art. 50 della legge 326/2003, a livello regionale, sono stati perfezionati degli specifici flussi informativi regionali riguardanti l'attività specialistica ambulatoriale delle Aziende sanitarie della Regione Sicilia ( flusso C e flusso M). Anche nel disciplinare tecnico relativo a tali flussi, per quanto attiene ai tempi d'attesa, sono previsti i campi inerenti alla data di prenotazione e alla data di erogazione della prestazione ambulatoriale specialistica. Il Decreto dell'Assessore regionale per la Salute del 12 Agosto 2010 "Regolamento di gestione delle prescrizioni" ha inoltre introdotto come obbligatoria nell'ambito dell'attività di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale su ricettario unico regionale: a) la formulazione del quesito diagnostico, b) la specifica indicazione relativa al livello di priorità clinica (secondo la codifica U – urgente; B – breve; D – differibile; P - programmabile) c) l'indicazione se trattasi di prescrizione suggerita dallo specialista. Considerando per ultimo l'indicazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, che ha reso, come già detto, obbligatoria l'indicazione, oltre al codice di priorità, del tipo di accesso e della garanzia dei tempi massimi, con riferimento al flusso ex art. 50, si ritiene necessario, e costituisce pertanto preciso impegno regionale, integrare e ricostruire entro il 2011, un sistema regionale di monitoraggio e di valutazione

ex post dell'attività prescrittiva della specialistica ambulatoriale, finalizzata ad un migliore governo dei tempi d'attesa e ad un conseguente riordino dell'offerta sul territorio.

### **11.1.2 Monitoraggio dei Tempi d'Attesa per le prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante**

Il PNGLA 2010-2012 prevede una modalità di monitoraggio dei tempi d'attesa attraverso il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale. Il flusso ex ante permette di stabilire la congruità del sistema di prenotazione rispetto ai tempi dei codici di priorità indicati sulle ricette. Per il 2011 il monitoraggio si riferisce a 7 prestazioni di diagnostica strumentale e a 14 visite ambulatoriali, di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012, rappresentato come tale in questo Piano regionale, per il 2012 il numero delle prestazioni da monitorare sarà incrementato.

Il monitoraggio è coordinato per il Ministero della Salute dall'AgeNaS, secondo un preciso disciplinare tecnico. Si tratta di registrare le prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali riferite al primo accesso e verificare se queste rispondono alla correlata prescrizione secondo i codici di priorità (il monitoraggio riguarda solo il primo accesso e le prestazioni codificate come B -breve e D- differibile).

Questo monitoraggio presuppone che i vari CUP aziendali debbano registrare nel periodo indice le prenotazioni rispetto ad alcune prestazioni, come già detto, prescelte all'interno dell'elenco delle prestazioni cd. critiche identificate dal PNGLA 2010-2012. Tali informazioni dovranno poi essere restituite agli uffici dell'Assessorato, perché possano poi, dopo validazione, essere trasmesse nel formato "excel" indicato dalle "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa", entro il mese successivo rispetto quello in cui insiste la settimana indice, attraverso l'AgeNaS, al Ministero della Salute .

Per questa attività saranno coinvolti i referenti aziendali che sono stati selezionati e formati nel 2009 nell'ambito del programma di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali in ALPI.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio il tempo massimo d'attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA) .

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

### **11.1.3 Monitoraggio dei Tempi d'Attesa per l'Attività Libero-Professionale Intramuraria (ALPI)**

Il PNGLA promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa; prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e in ALPI; promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in ALPI anche in osservanza con le linee guida nazionali sul sistema CUP ( paragrafo 2.3 punto 2.3.2)

Nel 2009 e nel 2010 la Regione Siciliana ha partecipato al monitoraggio dei tempi d'attesa, con modalità ex ante, relativamente ad alcune prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria ed intramuraria allargata, secondo il programma ministeriale coordinato da AgeNaS. Alle prestazioni già oggetto di monitoraggio nel 2009 ( RM Colonna vertebrale, RM Cervello e tronco encefalico, TAC del capo, TAC dell'addome superiore, inferiore e completo, visita ortopedica, visita oculistica e visita cardiologica) è stata aggiunta, per il 2010, su indicazione del Gruppo Tecnico istituito ad hoc presso AgeNaS, anche la visita otorinolaringoiatrica. Per la rilevazione si è utilizzata la procedura indicata da AgeNaS, prendendo in considerazione un periodo indice di 5 giornate continuative ( nel 2010 dal 13 al 17 dicembre ) e sono stati coinvolti il gruppo di "referenti aziendali per la gestione dei tempi d'attesa", specificamente individuati e formati nel 2009. La "relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria" relativa all'anno 2009, predisposta dall'Osservatorio nazionale per l'attività libero professionale e pubblicata il 14 settembre 2010, riporta anche i risultati della rilevazione nazionale sui tempi d'attesa dell'attività ALPI dell'ottobre 2009 . Per quanto riguarda la Regione Siciliana, in generale l'ALPI non risulta significativamente espressa all'interno dell'offerta sanitaria regionale complessiva; per quanto riguarda la spesa pro capite per prestazioni in ALPI, il valore è quasi la metà rispetto alla media nazionale, mentre rispetto al rapporto costi/ricavo la Sicilia si pone in linea con le altre regioni. Riguardo specificamente i tempi d'attesa le prestazioni di diagnostica strumentale monitorate ( TAC addome; TAC capo; RM cerebrale; RM colonna) risulterebbero tutte prenotate entro 30 giorni ( di cui il 90% entro 15 giorni); anche per quanto riguarda le visite ambulatoriali ( ortopedica, oculistica , cardiologia) più del 90 % sono prenotate entro 15 giorni e solo una minima quota ( <5 % dopo il 30giorno).

In considerazione di quanto previsto dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012, per consentire anche una maggiore valutazione sulla regolarità e la correttezza dell'ALPI

rispetto all'attività istituzionale, la prossima attività di monitoraggio ex ante dell'attività ALPI sarà resa quanto più omogenea ed allineata temporalmente all'attività di monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali istituzionali.

### **11.2 Monitoraggio tempi d'attesa per le attività di ricovero**

Il D.M. 8 luglio 2010 ha previsto l'inserimento nella SDO, della data di prenotazione e della classe di priorità quale preciso adempimento, anche ai fini dell'accesso ai finanziamenti integrativi a carico dello Stato.

Con Decreto regionale dell'Assessorato per la Salute del 9 Agosto 2010, le cui disposizioni sono entrate in vigore a decorrere dal 1 gennaio 2011, è stato approvato il nuovo disciplinare tecnico con tracciato record sulla compilazione della SDO, contenente i nuovi campi aggiunti dal D.M. 8 luglio 2010. Il dato di monitoraggio per il primo trimestre per il 2011 ha evidenziato una scarsa adesione a questa disposta integrazione compilativa della SDO e con D.A. dell'11 Aprile 2011 "aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella SDO" si è ulteriormente ridefinito il disciplinare tecnico. Inoltre, con il D.A. 1 aprile 2011 "Aggiornamento delle Linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti nella SDO" sono state adottate le linee guida per la codifica delle informazioni cliniche presenti sulla SDO, di cui all'allegato 1 dell'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010

### **11.3 Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni**

Un importante elemento di garanzia della efficacia ed efficienza del SSR, a garanzia del cittadino, è costituito dalla regolarità che deve avere lo svolgimento dell'attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, senza incorrere in sospensioni tranne che per motivi tecnico-organizzativi imprevedibili ed eccezionali. L'art. 1 comma 282 della legge 266/ 2005 (legge finanziaria 2006) nel quadro degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito per le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, di cui al DPCM 29 novembre 2001, disponendo che le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano sono tenute ad adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n.206, misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione può essere ammessa, perché legata a motivi tecnici, dandone informazione semestrale al Ministero della Salute, secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 Aprile 2002, pubblicato sulla GURI n.122 del 27 maggio 2002.

Il Ministero della Salute rileva attraverso un flusso informativo trasmesso dalle Regioni semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni e rende disponibili i relativi risultati. La rilevazione afferisce alle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Viene considerata ammissibile la sospensione che riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, cioè nel caso non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendone così il servizio. Non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Il nuovo PNGLA 2010-2012 ha rivisto le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, come indicate al paragrafo 3.1, anche per quanto riguarda le sospensioni ad esse relative, erogate presso tutte le strutture regionali. Si considerano, come già detto, le situazioni in cui la sospensione riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendone così il servizio, aventi durata superiore ad un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Per quanto riguarda la modalità di trasmissione dei dati, ai fini del successivo flusso ministeriale, occorre utilizzare da parte delle aziende un preciso format ( vedi "linee guida nazionali sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa" emanate il 30-12 2010) dove sono precisati gli specifici contenuti informativi.

Tali dati devono poi essere trasmessi da parte delle Regioni al NSIS , con cadenza semestrale , entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi, attraverso un formato excel (vedi allegato 5 linee guida) a partire dal 1 gennaio 2011.

Il metodo di monitoraggio per il primo semestre 2011 è quello attualmente in uso, mentre a partire dal secondo semestre 2011 si prevede di effettuare una sperimentazione per individuare un sistema di monitoraggio più efficace.

Nel documento "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti regionali sui tempi d'attesa" approvato dal Comitato LEA nel dicembre 2006, è disposta l'adozione delle specifiche "Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e/o di ricovero", presente nello stesso documento in allegato, prodotte all'interno del Progetto Mattone "Tempi d'attesa". In accordo con queste Linee Guida può essere ammessa la sospensione dell'erogazione quando essa è legata a motivi tecnici.

Ev. Dr. Jkh

Nel Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008 è stato già previsto nell'allegato parte 4) "Modalità per regolare la sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", l'adozione delle sovraccitate Linee Guida per la sospensione delle attività di erogazione e vengono esplicitate le relative disposizioni per le Aziende Sanitarie.

In ragione dell'esperienza già consolidata su questa attività di monitoraggio, si confermano in questo PRGLA 2011-2013 le indicazioni previste nel precedente Piano Regionale, secondo le quali:

- l'Azienda sanitaria deve regolamentare l'eventuale sospensione delle attività di prenotazione di una prestazione, per gravi ed eccezionali motivi, con specifici atti, da comunicare alla Regione, previa consultazione con i rappresentanti degli utenti.
- le Aziende possono eccezionalmente trovarsi in situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione delle prestazioni (quali ad esempio il guasto macchina o la momentanea e improvvisa assenza di personale), ma tali situazioni devono essere analizzate nell'ambito delle attività di riduzione del rischio di interruzione dell'attività assistenziale e devono essere tenute presenti in particolare nella definizione dei contratti di manutenzione delle apparecchiature tecniche.
- le Aziende predispongono opportune procedure in caso di impreviste sospensioni dell'erogazione delle prestazioni, soprattutto in caso di media-lunga durata > 10 giorni.
- devono essere previste modalità di recupero delle prestazioni prenotate e non erogate, anche attraverso, ove possibile, l'incremento dell'attività nei giorni immediatamente successivi l'interruzione o, ancor meglio, attraverso la stipula di accordi con altre strutture sanitarie pubbliche e private presenti nel territorio. La messa in opera del CUP regionale potrà utilmente facilitare queste modalità di recupero delle prestazioni prenotate.
- le soluzioni individuate devono in ogni caso ridurre al massimo il disagio per gli assistiti.
- di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il Direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la Direzione Aziendale.
- le sospensioni dell'attività di prenotazione non possono avvenire infatti senza l'autorizzazione del direttore sanitario aziendale.
- la Direzione Aziendale dovrà informare la Regione di ogni sospensione avvenuta e tali informazioni dovranno essere inviate al Ministero della Salute.

- ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni: tipologia di prestazione sospesa, motivazione della sospensione, durata della stessa, azioni intraprese per evitarla .
- in caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione per gravi ed eccezionali motivi, il direttore sanitario aziendale attiverà ogni idonea procedura atta a garantire l'erogazione della prestazione a favore dei pazienti già inseriti nella relativa lista.
- in particolare deve essere valutata la possibilità di riprogrammare il paziente anche in sovrannumero nei giorni immediatamente successivi alla ripresa dell'erogazione delle prestazioni , calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione, di tale riprogrammazione dovrà essere data tempestivamente comunicazione al paziente .
- nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'azienda disporrà per i nuovi utenti dei pre-appuntamenti, ovvero può indicare un periodo di massima nel quale potrà essere erogata la prestazione.
- la data precisa della prestazione dovrà essere successivamente comunicata dall'azienda, che contatterà direttamente l'utente, oppure essere ottenuta dall'utente mediante una telefonata ad un numero indicato dall'azienda stessa, numero che dovrà essere con certezza disponibile in un determinato orario.
- in ogni caso, per il calcolo dei tempi d'attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento ( primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

Al fine di evitare l'eventuale comportamento opportunistico della dichiarazione per motivi tecnici della sospensione della erogazione della prestazione delle attività, con chiusura temporanea delle Agende di prenotazione, e successiva riapertura, difficili con conseguenti refluenze negative sui controlli e sulle verifiche in merito all'allunghezza delle liste d'attesa saranno devono essere previste delle azioni, da parte degli uffici dell'Assessorato Regionale, di vigilanza sistematica e controlli a campione sulla correttezza degli adempimenti.

In data 16 ottobre 2009, l'Assessorato ha provveduto con propria direttiva (prot/Area Int.2/ n.560) indirizzata alle Aziende Sanitarie, a definire le modalità di attuazione del monitoraggio delle sospensioni, attraverso un sistema di rilevazione informatizzato denominato "Rilevazione sospensione delle attività di erogazione" reso operativo a decorrere dal 1 gennaio 2010.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi di decorrenza per la suddetta rilevazione in tutto il territorio siciliano, è stata avviata una attività di accompagnamento delle azioni connesse alla messa a sistema

di questo specifico monitoraggio. Le risultanze di tale monitoraggio sono state puntualmente trasmesse al tavolo Tecnico ministeriale congiunto con il Comitato LEA per la verifica degli adempimenti regionali. I dati di ritorno di tale specifica attività confluiscono in atto alla competente Area “Sistemi Informativi , Statistica e Monitoraggi” presso la quale è stata prevista l’implementazione di un data base per la raccolta sistematica delle relative informazioni e per il governo delle relative procedure.

#### **11.4 - Programma di Monitoraggio dei tempi d’attesa per i PDT**

Il PNGLA 2010-2012 prevede la strutturazione di un nuovo flusso informativo configurato per il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici.

Il monitoraggio nazionale sui tempi d’attesa ha fino adesso riguardato solo alcune fasi del percorso assistenziale, considerandole fra l’altro in modo separato, da una parte le prestazioni ambulatoriali e dall’altra il ricovero ospedaliero. Lo stesso monitoraggio qui rappresentato per le prestazioni ambulatoriali, indicato nel PNGLA 2010-2012, pur riguardando le prestazioni codificate in relazione alla priorità clinica come B (breve) e D (differibile), considera solo il primo accesso, presupponendo una adeguata presa in carico del paziente nel successivo percorso assistenziale specialistico. Per queste ragioni è necessario quindi praticare una nuova forma di monitoraggio che fa riferimento ad alcuni specifici Percorsi Diagnostico-Terapeutici, per poter tentare di avere un inquadramento più completo delle fasi del processo assistenziale diagnostico-terapeutico e del rispetto della tempestività operativa, di monitorare e tenere sotto controllo tutto l’iter clinico, considerando quindi anche i momenti di approfondimento e di controllo.

- Il PNGLA 2010-2012 individua le aree cardiovascolare ed oncologica quali aree prioritarie per una attività di monitoraggio dei tempi d’attesa all’interno di definiti percorsi diagnostico-terapeutici e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività di diagnosi e trattamento. Per tale particolare attività di verifica e misura di quanto sia garantita una adeguata tempistica nell’erogazione delle prestazioni, nell’ambito di condivisi percorsi diagnostico terapeutici ( PDT), l’AgeNaS in collaborazione e condivisione con le Regioni, le Province Autonome ed il Ministero della Salute, come previsto dal punto 3.3 del PNGLA 2010-2012., ha messo a punto una particolare metodologia (“Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi”) che prevede una ricostruzione retrospettiva del percorso assistenziale del paziente, verificando i tempi d’attesa nelle fasi diagnostica e terapeutica attraverso la tracciabilità della documentazione clinica dalla iniziale visita specialistica, sulla base di un sospetto di patologia, fino alla SDO collegata all’intervento terapeutico. Attraverso questo monitoraggio potrà essere letta la capacità

*Dr. Dr.* *flu*

d'insieme del SSR di rispondere al bisogno di salute dei cittadini, soprattutto riguardo problematiche particolarmente delicate, dove la tempestività d'azione gioca un ruolo non indifferente. Si potrà valutare anche la capacità del SSR di rispondere in maniera accessibile e completa, lungo il percorso assistenziale del paziente. Si potrà così valutare anche la mobilità interprovinciale dei pazienti, collegata spesso alla carenza di strutture diagnostiche o terapeutiche sul proprio territorio.

Questo monitoraggio, in atto in fase sperimentale, potrà essere perfezionato in seguito, sia a livello nazionale, sia a livello regionale, per poter leggere alcuni specifici aspetti assistenziali e facilitare il benchmarking fra le regioni. Sarà quindi necessario sviluppare una positiva sinergia operativa fra l'Area Interdipartimentale 4 "Sistemi Informativi statistiche monitoraggi" specificamente interessata ed i Servizi Regionali coinvolti sul piano della Programmazione Ospedaliera e Territoriale, assieme a quella del Governo Clinico.

Oltre all'ormai noto documento collegato al progetto Mattoni sul monitoraggio dei percorsi complessi, molto interessante risulta, per valutare anche le prospettive di questo nuovo monitoraggio, il documento "Linee guida per la verifica dell'Appropriatezza e del rispetto dei tempi d'attesa dei percorsi complessi" pubblicato recentemente, sempre a cura dell'AgeNaS.

Il metodo proposto per il monitoraggio dei PDT utilizza esclusivamente i flussi informativi istituzionali, fondamentalmente il flusso dei ricoveri ospedalieri, attraverso le SDO, e il flusso delle prestazioni ambulatoriali, attraverso le ricette del ricettario unico regionale. Essendo una ricostruzione retrospettiva si tratta di dati istituzionali per così dire archiviati e come tali disponibili. La tracciabilità dei dati ed il loro collegamento ai fini del monitoraggio del PDT potrà avvenire attraverso il codice identificativo del paziente o attraverso il codice fiscale dello stesso.

La metodologia cerca di verificare in che proporzione (n° casi / popolazione regionale) quel percorso diagnostico terapeutico, preso in considerazione come standard di riferimento, soprattutto sul piano della tempistica, è processato correttamente. Si tratta quindi, probabilmente, di valutare inizialmente solo una piccola parte della popolazione residente che sta dentro il PDT.

Per essere applicabile a tutte le Regioni, infatti, considerando la variabilità organizzativa e le differenze in termini di efficienza e adeguatezza dei sistemi sanitari regionali, il target di pazienti prescelti per il monitoraggio è stato molto ristretto, con l'esclusione ad es. dei cittadini residenti fuori Regione e delle prestazioni erogate in attività libero professionale intramoenia.

Di fatto il metodo di analisi proposto esamina solamente l'autoconsumo, cioè i casi processati all'interno della Regione per i pazienti residenti nella stessa regione.

In questa sede, si può precisare che è previsto un tempo complessivo per tutto il PDT di 180 giorni, a partire retrospettivamente dalla data di ricovero (data di dimissione) presente sulla SDO riferita all'intervento terapeutico. All'interno di questi 180 giorni si prevede debba essere compresa, come standard ottimale, una fase diagnostica complessivamente di 30 giorni, che va dalla prima visita, su un fondato sospetto diagnostico, fino all'esame di laboratorio ( in genere istopatologico) o strumentale che conclude l'iter diagnostico e suggerisce il possibile trattamento, ed una fase terapeutica, sempre di 30 giorni complessivi, che va dalla prenotazione per il ricovero e la data di ricovero stesso finalizzato al trattamento della patologia.

E' previsto anche un tempo intermedio, di latenza, fra le due fasi, diagnostica e terapeutica, c.d. "di riflessione" per il paziente, che, informato sulla patologia e sull'iter terapeutico indicato dallo specialista potrebbe ad es , prima di iniziare il trattamento, voler ascoltare altri pareri specialistici.

Al riguardo sono stati indicati dal PNGLA 2010-2012, tre PDT oncologici, riguardanti il Carcinoma della Mammella, il Carcinoma del Polmone e il Carcinoma del Colon Retto e un PDT cardiovascolare, riguardante l'intervento di By-Pass Aorto-Coronarico per il trattamento dell'ischemia cardiaca.

Scopo del monitoraggio è verificare quanti pazienti residenti nella Regione, riescono a iniziare e finire l'iter diagnostico e terapeutico entro la tempistica prevista come standard di riferimento dal PNGLA 2010-2012. L'obiettivo è garantire il rispetto dei congrui tempi d'attesa all'interno del PDT almeno al 90% dei pazienti residenti.

Le scadenze per i primi report rispetto ai dati del 2010 sono:

- Ca Mammella :Ottobre 2011
- Ca Polmone ; Ca Colon-Retto ; ByPass Aorto-Coronarico : Dicembre 2011

Per quanto riguarda il periodo di riferimento rispetto la raccolta dati per il monitoraggio, per il 2010 si considerano solo le SDO riferite ai ricoveri del secondo semestre 2010 ( data di dimissione compresa tra il 1° luglio e il 31 dicembre 2010). Per gli anni successivi il periodo comprenderà l'intero anno precedente la presentazione dei report di monitoraggio.

