

SERVIZIO SANITARIO

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2**  
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° 647 DEL 20-03-2012

**OGGETTO:** Adozione del "Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa. Triennio 2010-2012".

L'anno ~~duecentobedici~~ addì Dieci del mese di Marzo

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

**IL DIRETTORE GENERALE**

*Dott. GIOVANNI ANTONIO FADDA*

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Giorgio Tidore

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Maria Serena Fenu

**PREMESSO** che il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA) approvato con l'Intesa tra Stato, Regioni, e P.A. di Trento e Bolzano del 28 ottobre 2010 prevede, da parte delle Regioni, il recepimento dell'Intesa e l'adozione di un Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA);

**ESAMINATA** la DGR n. 46/44 del 27.12.2010 con cui sono state indicate delle azioni generali di intervento e destinate risorse economiche a favore delle Aziende Sanitarie della Regione, finalizzate al perseguimento degli obiettivi definiti nella citata Intesa, in attesa dell'adozione del PRGLA;

**PRESO ATTO** che la L.R. n. 1 del 19.01.2011 all'art.13, comma 1, ha autorizzato la spesa complessiva di € 21.000.000 per la riduzione delle liste d'attesa ;

**VISTA** la DGR n. 20/3 del 26.04.2011 con la quale la RAS ha recepito l'Intesa Stato-Regioni e P.A. di Trento e Bolzano del 28.10.2010 e dato attuazione a quanto previsto dalla citata L.R. 1/2011 ;

**PRESO ATTO** che, ai sensi della suddetta deliberazione, le Aziende Sanitarie devono predisporre un proprio Piano Aziendale contenente una indicazione dei tempi di attesa attuali per le prestazioni indicate nel programma degli interventi, una descrizione delle criticità e, per ciascuna macroarea di intervento, le azioni che si intendono porre in essere assieme ad un piano finanziario di previsione delle risorse necessarie per la loro realizzazione;

**CONSIDERATO** che, in coerenza con le disposizioni della DGR 20/03 del 26.04.2011, l'Azienda ha predisposto un Piano Aziendale trasmesso all'Assessorato alla Sanità con nota prot.30719 del 27.05.2011;

**DATO ATTO** che con successiva DGR n. 39/57 del 23.09.2011 la Regione ha disposto l'approvazione in via definitiva del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 e dato disposizioni affinché ciascuna Azienda adotti un proprio Piano Attuativo Aziendale(PAA) ;

**ACCERTATO** che alla Asl 2 di Olbia, ai sensi dell'allegato n.2 alla suddetta DGR, vengono assegnate dalla Giunta Regionale risorse finanziarie per un totale di € 1.319.870 ;

**RITENUTO** di procedere alla predisposizione del Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa. Anni 2010-2012;

**VISTO** il D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502 e smi ;

**VISTA** la L.R. 28 luglio 2006 n. 10;

**VISTA** la L.R. 7 agosto 2009 n. 3;

per le motivazioni esposte in premessa,

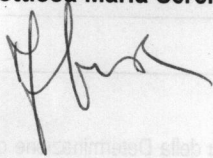
**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2**

**DELIBERA**

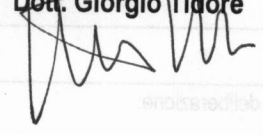
1. di adottare il "Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa. Triennio 2010-2012", che si allega al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale (allegato 1);
2. di trasmettere copia del presente provvedimento alla Direzione Generale Sanità della Regione Autonoma della Sardegna che ne valuterà la congruenza rispetto alle indicazioni contenute nel PRGLA;
3. di disporre l'invio della presente deliberazione ai Settori ed agli Uffici interessati;

Letto, confermato e sottoscritto

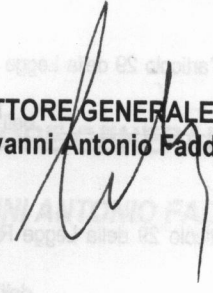
**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**Dott.ssa Maria Serena Fenu**



**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**Dott. Giorgio Tidore**

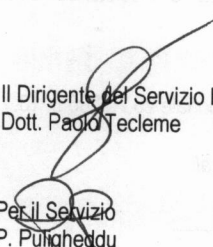


**IL DIRETTORE GENERALE**  
**Dott. Giovanni Antonio Fadda**



Il Dirigente del Servizio Programmazione, Controllo e Committenza  
Dott. Paolo Tecleme

Per il Servizio  
P. Puligheddu



(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO / STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(luogo e data) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1, lettere a), b), c), della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n.

10

Il Responsabile del Servizio/Struttura: *Dott. Paolo Tecleme*

(firma) \_\_\_\_\_

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 di Olbia

dal 23/03/2012, e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

con lettera in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, protocollo n. \_\_\_\_\_, è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per il controllo di cui all'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, 23/03/2012

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio \_\_\_\_\_ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

Olbia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n. 2, per uso

Olbia, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

***Piano Attuativo Aziendale  
di Governo  
delle Liste d'Attesa  
Triennio 2010-2012***



**REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**



# INDICE

<b>PREMESSA</b>	
<b>1. FINALITA' DEL PIANO</b>	4
<b>2. RECEPIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA</b>	6
2.1 Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica	6
2.2 Prestazioni di ricovero	8
<b>3. AZIONI INTRAPRESE</b>	10
3.1 Sistema di prenotazione vigente	10
3.2 Differenziazione tra agende di primo accesso e accessi successivi	11
3.3 Gestione delle disdette	11
3.4 Percorsi diagnostico-Terapeutici (PDT)	12
3.4.1 Area Cardiovascolare	12
3.4.2 Area Oncologica	13
<b>4. SITUAZIONE ATTUALE DEI TEMPI DI ATTESA</b>	14
4.1 Tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e delle prestazioni strumentali	14
4.2 Tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri	18
<b>5. AZIONI DA INTRAPRENDERE</b>	20
<b>5.1 Azioni per la razionalizzazione della domanda</b>	20
5.1.1 Riduzione della domanda inappropriata	20
5.1.2 Attivazione dei codici di priorità	21
<b>5.2 Azioni sul governo dell'offerta</b>	22
5.2.1 Riorganizzazione del sistema di prenotazione e gestione del sistema degli accessi	22
5.2.2 Gestione del "drop-out" e prenotazione con il sistema dell'overbooking	22
5.2.3 Ampliamento dell'offerta	23
5.2.3.1 Analisi dell'offerta attuale	23
5.2.3.2 Incremento dell'offerta pubblica	28
5.2.3.2 a) Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica	28
5.2.3.2 b) Prestazioni di ricovero	29
5.2.3.3 Integrazione tra offerta pubblica e privata	31
<b>6. GESTIONE E MONITORAGGIO DELLE LISTE D'ATTESA</b>	32
<b>7. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AI CITTADINI</b>	33
<b>8. PIANO AZIENDALE DI RAZIONALIZZAZIONE E MANUTENZIONE APPARECCHIATURE</b>	35
<b>9. PIANO FINANZIARIO DI PREVISIONE DELLE SPESE</b>	36

## PREMESSA

Il formarsi di liste di attesa, che è in una certa misura connaturato e quasi fisiologico ai sistemi sanitari pubblici dei paesi occidentali, presenta caratteristiche di elevata complessità e imprevedibilità ed è influenzato dall'interazione di diversi fattori relativi sia alla domanda che all'offerta.

Le liste di attesa non si autoregolano, né si abbattano con il mero aumento dell'offerta, ma devono essere governate con interventi di razionalizzazione dell'accesso, per fare fronte al cronico eccesso di domanda ed al fatto che i cittadini percepiscono le lunghe attese come un importante disservizio.

L'esperienza internazionale ha, infatti, dimostrato che il semplice aumento dell'offerta non costituisce una soluzione definitiva al problema determinando, nel breve periodo, una riduzione dei tempi di attesa e, nel tempo, un aumento della domanda.

Appare, pertanto, evidente che il problema si deve affrontare mettendo in campo, oltre ad un mirato incremento dell'offerta, anche la capacità di selezione della domanda, per tutelare un pronto accesso alle prestazioni per i pazienti che ne hanno più bisogno e che possono più opportunamente trarne beneficio, attraverso l'implementazione di azioni organizzative che aumentino equità, adeguatezza, appropriatezza ed efficienza della risposta.

La sfida posta dal problema delle liste d'attesa si riassume nell'obiettivo di fare in modo che le risorse mobilitate producano miglioramenti reali, tempestivi e non transitori, nel grado di risposta alla domanda espressa, scongiurando di subire quei costi politici evitabili con un organico piano di intervento che contenga azioni sull'appropriatezza del consumo, azioni sull'efficienza del sistema di produzione e sulla produttività delle risorse.

L'azione di governo coinvolge l'organizzazione delle attività sanitarie, in quanto deve ricercare l'aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse disponibili e la maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema:

- gli **utenti**, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso alle prestazioni;
- i **medici prescrittori**, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza;
- i **soggetti erogatori**, che devono sviluppare una capacità produttiva in linea con una domanda appropriata.

## **1. FINALITA' DEL PIANO**

Il presente Piano intende focalizzare l'attenzione verso azioni di miglioramento dell'offerta e razionalizzazione della domanda alla luce del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012 approvato con l'Intesa tra Stato, Regioni e Province Autonome del 28 ottobre 2010 e recepito dalla Regione Sardegna con delibera n. 20/3 del 26.04.2011.

A seguito di codesta deliberazione, avente ad oggetto "Programma degli interventi per la definizione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2010-2012", la nostra Azienda ha predisposto una proposta di Piano, trasmesso all'Assessorato con nota prot. 30719 del 27.05.2011, con indicazione:

- dei tempi di attesa attuali riferibili alle prestazioni oggetto del programma degli interventi
- delle principali criticità riscontrate
- dei provvedimenti da adottare per ciascuna macroarea di intervento
- del piano finanziario di previsione delle risorse necessarie per la loro realizzazione

Allo scopo di recepire le indicazioni contenute nella D.G.R. n. 39/57 del 23.09.2011, che approva definitivamente il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 ed in cui vengono date disposizioni alle singole Aziende Sanitarie affinché adottino un proprio Piano Attuativo Aziendale, il presente documento rappresenta il Piano di intervento che la nostra Azienda formula, per le aree di maggiore criticità e nel rispetto delle indicazioni contenute nello stesso Piano Regionale, relativamente alle problematiche legate alla gestione delle liste d'attesa.

L'obiettivo è quello di individuare gli interventi finalizzati a garantire congrui tempi di attesa agli assistiti, mediante una maggiore appropriatezza della domanda ed una migliore organizzazione dell'apparato dell'offerta.

L'attenzione viene focalizzata sul governo dei processi organizzativi che possono influenzare l'andamento della erogazione delle prestazioni in rapporto ai bisogni, permettendo di agire nel meccanismo di generazione dell'attesa e delle relative liste.

Limitare, infatti, il concetto di "governance" alle sole liste d'attesa sarebbe riduttivo, poiché, come già accennato in premessa, il tempo di attesa è un epifenomeno risultante dal governo del rapporto tra bisogno espresso, appropriato o meno, di prestazioni sanitarie e la capacità di offerta, opportunamente modulata con sistemi di "regolazione



fine", sia del volume di prestazioni offerte e dell'accessibilità delle stesse (schermatura CUP).

La regionalizzazione delle agende e delle prenotazioni permette ad un numero, sempre in aumento, di non residenti nel territorio della nostra ASL di saturare agende (slot) per le quali l'attesa è più bassa che in altri territori.

Questo fenomeno, largamente prevedibile, poiché ad oggi il sistema è un "sistema di vasi comunicanti", necessita anche di una funzione di monitoraggio e governo che sia al di sopra delle Aziende e stabilmente allocata a livello regionale.

5

## 2. RECEPIMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Con il presente Piano Attuativo la ASL 2 recepisce i tempi massimi di attesa fissati dalla RAS per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera cui gli Erogatori del territorio dovranno attenersi e che saranno successivamente sottoposte a monitoraggio.

Nelle tabelle che seguono vengono riportate nel dettaglio:

- ▷ **Tabella 1 – Visite specialistiche**
- ▷ **Tabella 2 – Prestazioni Strumentali-Diagnostica per immagini**
- ▷ **Tabella 3 - Prestazioni Strumentali- Altri esami specialistici**
- ▷ **Tabella 4 - Prestazioni di ricovero in regime diurno (DH/DS)**
- ▷ **Tabella 5 – Prestazioni di ricovero in regime ordinari**

### 2.1 Prestazioni ambulatoriali e di diagnostica

Le prestazioni ambulatoriali monitorate sono complessivamente 43, di cui 14 per visite specialistiche e 29 di diagnostica per immagini.

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

Rif. Tab.1- Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA

<b>Tabella 2 PRESTAZIONI STRUMENTALI – DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>		
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</b>
15	Mammografia	87.37.1; 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41; 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2; 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4; 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6; 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03; 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2; 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1; 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4; 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1; 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93; 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1; 88.75.1; 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1; 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78; 88.78.2

Rif. Tab.1- Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA

<b>Tabella 3 PRESTAZIONI STRUMENTALI – ALTRI ESAMI SPECIALISTICI</b>		
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codice Nomenclatore</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

Rif. Tab.1- Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 del PNGLA

I tempi massimi di attesa per tali prestazioni sono fissati in base a **classi di priorità**:

- ▶ **U (URGENTE)** da eseguire al massimo **entro le 72 ore**
- ▶ **B (BREVE)** da eseguire al massimo **entro 10 giorni**
- ▶ **D (DIFFERIBILE)** da eseguire entro **30 gg** per le visite e **60 gg** per gli accertamenti diagnostici
- ▶ **P (PROGRAMMATA)**

e per le **classi B e D vanno garantite al 90% degli utenti** che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici indicate nel presente Piano.

## 2.2 Prestazioni di ricovero

Le prestazioni di ricovero individuate sono 15, di cui 5 erogate in regime prevalentemente diurno e 10 in regime ordinario.

<b>Tabella 4 PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME DIURNO (DH/DS)</b>			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.11
45	Coronarografia	88.55; 88.56; 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46- 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

Rif. Tab.2- Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.2 del PNGLA

<b>Tabella 5 PRESTAZIONI DI RICOVERO IN REGIME ORDINARIO</b>			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	85.4x	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	Categoria 185
51	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7x ;45.8; 48.5 ; 48.6x	Categorie 153-154
52	Interventi chirurgici per tumori dell'utero	68.3x	Categoria 182
53	By Pass Aorto Coronario (BPAC)	36.1x	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	36.0x	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53	
57	Interventi chirurgici per tumore del Polmone	32.3; 32.4; 32.5; 32.9	Categoria 162
58	Tonsillectomia	28.2; 28.3	

Rif. Tab.2- Elenco prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.2 del PNGLA

Le prestazioni di ricovero adotteranno le seguenti **classi di priorità**:

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

Tali criteri, comunicati ai prescrittori, saranno utilizzati per indicare, obbligatoriamente, sulla prescrizione, all'atto della richiesta di prestazione, la classe di priorità clinica attribuita al paziente nello stato di sofferenza considerato.

Il livello di priorità prescelto sarà comunicato all'erogatore barrando le apposite caselle previste nel nuovo ricettario standardizzato per il SSN.

### 3. AZIONI INTRAPRESE

Il principale strumento su cui l'azienda ha fondato la razionalizzazione dell'offerta è il **sistema di prenotazione**, che copre tutto il territorio provinciale e consente una distribuzione della domanda che viene in parte mantenuta nei tempi massimi definiti. Questo risultato è stato raggiunto anche grazie all'attivazione di provvedimenti volti alla **razionalizzazione ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate**, alla **distinzione tra primo accesso e accessi successivi**, alla **gestione delle disdette**, **all'attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici nelle aree cardiovascolare ed oncologica** nonché al **ricorso all'attività libero professionale per conto dell'azienda** utilizzata prevalentemente per la riduzione dei tempi di attesa di prestazioni di Radiologia e di Chirurgia in regime di ricovero per le quali si sono registrate elevate attese ed alti indici di mobilità passiva (Protesi d'anca e di ginocchio; RMN; Ecografie)

#### 3.1 Sistema di prenotazione vigente

Attualmente la stragrande maggioranza delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (circa il 95%) è inserito nel circuito informatizzato di prenotazione SGP (CUP regionale), tramite cui gli operatori aziendali possono anche interagire sulle strutture extra asl e viceversa, che permette di prenotare e accedere all'offerta attraverso:

- **prenotazione diretta**, attraverso i 6 sportelli CUP dislocati su buona parte del territorio in particolare ad Olbia (2), Tempio Pausania, Arzachena, La Maddalena e Santa Teresa.
- **prenotazione telefonica**, tramite il Call Center regionale (numero verde 1533) oppure il numero aziendale 552.422
- **prenotazione on-line**, tramite invio di una mail all'indirizzo di posta elettronica [cup@aslolbia.it](mailto:cup@aslolbia.it)

Il sistema automatizzato ha portato notevoli benefici agli utenti che, da qualunque sede, possono in tempo reale prenotare le prestazioni ambulatoriali su qualunque agenda e conoscere l'intera offerta a disposizione.

I risultati immediatamente tangibili sono stati un abbattimento delle liste d'attesa ed il superamento dei disagi dovuti all'ampiezza del territorio ed alla bassa densità di popolazione.

Le prestazioni di laboratorio, e poche altre altra specialità, sono rimaste escluse dal registro informatizzato CUP e gestite con agende cartacee per la motivazione che riescono a soddisfare tutta la domanda senza alcuna attesa.

A completamento delle attività di prenotazione si accompagna quella di rendicontazione delle prestazioni realmente erogate attraverso la gestione del "retrosportello" (Back Office) che permette di integrare le informazioni sulle prenotazioni con il loro esito.

L'avvio del sistema CUP ha rappresentato un forte strumento organizzativo sia per il governo dell'offerta che per quello della domanda, secondo il principio che l'appropriatezza temporale nella erogazione della prestazione si persegue attraverso il rispetto delle diverse esigenze cliniche più che nella regolazione generica dei tempi d'attesa.

### **3.2 Differenziazione tra agende di primo accesso e accessi successivi**

Il nostro sistema CUP gestisce in maniera distinta le agende di prima visita dai controlli. Ciò ha una valenza strategica fondamentale in quanto garantisce all'utenza un'appropriata prescrizione e permette di individuare le prestazioni per le quali si sono fissati i tempi massimi di attesa.

La prima visita specialistica (codice nomenclatore 89.7) è quella che rappresenta il primo contatto del paziente con il sistema sanitario.

Le visite di controllo successive sono prescritte direttamente dallo specialista utilizzando il proprio ricettario SSN e indicando l'arco temporale entro cui intende rivedere il paziente. Analogamente si richiedono direttamente gli ulteriori accertamenti, gli esami di laboratorio, strumentali e le consulenze specialistiche (da considerare prime visite in quanto mirate a chiarire il quesito diagnostico) che ritiene necessari.

La gestione separata dei percorsi di primo accesso dai controlli è funzionale, inoltre, al monitoraggio dell'attività e dei tempi d'attesa ed alla chiarezza degli impegni del SSN nei confronti del cittadino.

### **3.3 Gestione delle disdette**

Rappresenta un utile strumento per l'ottimizzazione delle agende. L'utente è adeguatamente informato, all'atto della prenotazione, che nel caso in cui sia impossibilitato a presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire in tempo utile (almeno 72 ore prima), al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo nuovamente disponibile.

L'Azienda favorisce l'accessibilità ai servizi di disdetta attraverso diverse modalità:

- **diretta** attraverso gli sportelli CUP

- **telefonica** chiamando il numero aziendale dedicato
- **on-line** tramite invio di una mail all'indirizzo di posta elettronica [cup@aslolbia.it](mailto:cup@aslolbia.it)

Nonostante le azioni intraprese, la "disdetta" è ad oggi poco utilizzata dall'utente con la conseguenza che in alcune branche si raggiungono numeri elevatissimi di mancata presentazione alla visita (es. ambulatorio di ortopedia del Distretto di Olbia pari al 21% dei pazienti prenotati), tanto che l'Azienda ha predisposto lo studio di efficaci correttivi.

### **3.4 PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI (PDT)**

#### **3.4.1 Area Cardiovascolare**

Le prestazioni di **Cardiologia di II livello** rappresentano, con l'invecchiamento della popolazione, un richiesta di prestazioni molto rappresentata. La ASL 2 interpreta questo bisogno non solo come necessità di risposta e di contenimento dei tempi di attesa ma, coerentemente con gli Atti di Indirizzo Nazionali e Regionali, come presa in carico dei soggetti con patologie cardiache croniche, superando il solo approccio prestazionale.

A tal fine sono attivi in Azienda, e in via di potenziamento, due percorsi operativi paralleli e sinergici.

Il primo è il "**Laboratorio per lo Scompenso Cardiaco**" che attualmente opera nel solo Distretto di Olbia con un numero rilevante, circa 600, di pazienti con scompenso cardiaco per i quali è stato ridotto in modo significativo sia il ricorso a prestazioni ambulatoriali al di fuori del percorso assistenziale che il ricovero ospedaliero determinando, nel Presidio di Olbia, una riduzione dei ricoveri per DRG 127.

Il secondo è rappresentato dal "**Percorso Territoriale di Diagnostica Cardiovascolare, Cardioncologia e Gestione Sincope**" dove si è previsto un incremento di tutte le prestazioni di Diagnostica Cardiologica di II livello.

Entrambi i percorsi hanno in dotazione la strumentazione diagnostica necessaria per eseguire prestazioni di II livello e contribuiscono ad aumentare in maniera rilevante l'offerta di prestazioni dell'azienda (Watt test; Holter; Ecocardiogramma).

Questi percorsi aziendali partecipano, unitamente ai servizi Cardiologici Ospedalieri ed agli altri servizi Distrettuali, alla definizione dei P.D.T. di competenza cardiologica e, congiuntamente al Dipartimento di Prevenzione, alla predisposizione delle campagne di prevenzione per la promozione di migliori stili di vita e del rischio cardiovascolare.



### **3.4.2 Area Oncologica**

Nella nostra realtà aziendale l'assistenza Oncologica presenta una organizzazione dalle caratteristiche originali ed innovative. Vi è infatti una presa in carico precoce del paziente da parte del servizio Aziendale di Oncologia, struttura che opera in maniera unitaria ed integrata a tutti i livelli del percorso diagnostico assistenziale del paziente oncologico, sia che la presa in carico derivi da un'attività di screening sia che derivi dalla fase di diagnostica ospedaliera.

Il servizio Aziendale di Oncologia segue il paziente nella fase acuta di ricovero ordinario, nella fase della terapia in DH e della eventuale terapia ambulatoriale, curando altresì la programmazione e prenotazione con "Fast Track" (Corsia Veloce) di tutte le procedure diagnostiche che si dovessero rendere necessarie.

A completamento di questo iter, il paziente viene seguito prospetticamente anche nella fase di Follow Up o nella fase di Cure Palliative Oncologiche Domiciliari e, in assenza di posti letto di Hospice, le cure palliative oncologiche sono estese alle strutture private accreditate di Residenzialità Assistita.

Per questi ordini di motivi nella nostra Azienda esiste, ad oggi, un percorso assistenziale Oncologico definito e caratterizzato dalla presa in carico globale dei pazienti per l'intero percorso e intera durata della patologia, con conseguente assenza di tempi di attesa di rilievo.

## **4. SITUAZIONE ATTUALE DEI TEMPI DI ATTESA**

### **4.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale e prestazioni strumentali**

Il sistema di prenotazione delle prestazioni di medicina specialistica ambulatoriale in uso nella nostra azienda non prevede l'assegnazione dei posti disponibili nelle agende in base alle classi di priorità suesposte, con la conseguenza che i tempi di attesa reali rilevati non sono completamente comparabili con quelli fissati dal piano.

Al momento attuale le priorità di assegnazione delle prenotazioni tengono conto delle urgenze, che vengono generalmente evase in giornata (per le branche nelle quali lo specialista è presente tutti i giorni), delle prime visite e delle visite di controllo.

Le valutazioni esposte di seguito si basano prevalentemente sui tempi rilevati per le prime visite che, a mero scopo esemplificativo, possono essere assimilate alla priorità D (differibile) del PRGLA

I tempi d'attesa riportati nella tabella che segue sono quelli emersi dall'ultima rilevazione disponibile fornita dal CUP aziendale (gennaio 2012):

<b>Tabella 6 TEMPI MEDI D'ATTESA AZIENDALI</b>	
<b>Prestazione</b>	<b>Tempo medio attesa (GG)</b>
Visita cardiologica	58
Visita chirurgia vascolare	29
Visita endocrinologica	119
Visita neurologica	10
Visita oculistica	71
Visita ortopedica	46
Visita ginecologica	40
Visita otorinolaringoiatrica	25
Visita urologica	90
Visita dermatologica	12
Visita fisiatrice	25
Visita gastroenterologica	63
Visita oncologica	/
Visita pneumologica	23
Mammografia	31
TC senza e con contrasto Torace	28
TC senza e con contrasto Addome superiore	28
TC senza e con contrasto Addome inferiore	28
TC senza e con contrasto Addome completo	28
TC senza e con contrasto Capo	28
TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	28
TC senza e con contrasto Bacino	28
RMN Cervello e tronco encefalico	78
RMN Pelvi, prostata e vescica	78
RMN Muscoloscheletrica	78
RMN Colonna vertebrale	78
Ecografia Capo e collo	51
Ecocolordoppler cardiaca	99
Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	47
Ecocolordoppler dei vasi periferici	47
Ecografia Addome	49
Ecografia Mammella	52
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	46
Colonscopia	42
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	42
Esofagogastroduodenoscopia	49
Elettrocardiogramma	58
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	68
Elettrocardiogramma da sforzo	28
Audiometria	25
Spirometria	23
Fondo Oculare	71
Elettromiografia	66

Fonte dati CUP Aziendale

Dall'analisi della tabella si evince che i tempi di attesa che mostrano criticità nelle diverse specialità e diverse sedi sono le seguenti:

#### a) **Area Territoriale**

- **Branca di Cardiologia:** tutte le sedi aziendali, ad eccezione di La Maddalena, presentano criticità nei tempi massimi di attesa. Tale problematica è in parte determinata dal fatto che le prestazioni diagnostiche di primo livello programmate sono erogate esclusivamente nei presidi territoriali.
- **Branca di Oculistica:** sia per quanto concerne la prima visita che l'esame del fondo oculare in tutte le sedi, ad eccezione di La Maddalena, vengono superati i limiti di attesa previsti. Per quanto riguarda lo studio del fondo oculare, i dati rilevati non danno un'informazione corretta in quanto esiste una collaborazione tra l'U.O. di Diabetologia e Distretti per la quale sono stabilite corsie preferenziali per i pazienti diabetici che rappresentano la principale categoria per la quale è necessaria tale prestazione diagnostica. Per questi pazienti la prestazione viene pianificata in accordo con i diabetologi ed eseguita nei tempi corretti.
- **Branca di Endocrinologia:** risulta la disciplina più critica, in cui le cui prestazioni sono sempre più richieste visto l'elevato numero di patologie autoimmuni, registrando in tutte le sedi un importante superamento del periodo massimo di attesa.
- **Branca di Ortopedia:** in alcune sedi sono presenti criticità nei tempi massimi di attesa (109 giorni nel Distretto di Olbia). Presso il poliambulatorio di Olbia sono appena state assegnate altre 6 ore di attività ambulatoriale che dovrebbero consentire una modesta riduzione dei tempi d'attesa.
- **Branca di Neurologia,** si registrano elevati tempi d'attesa per l'esame di Elettromiografia (EMG) metodica diagnostica che, permettendo di studiare il sistema nervoso periferico dal punto di vista funzionale, è di supporto nell'inquadramento diagnostico e terapeutico di molte malattie neurologiche.
- **Branca di Urologia,** per questa specialità si intende fronteggiare la carenza soprattutto per gli esami strumentali che vengono eseguiti esclusivamente presso il Distretto di Tempio
- **Oncologia,** non sono stati riportati i tempi d'attesa perché la prestazione viene erogata quasi in tempo reale

## **b) Area Ospedaliera**

- Radiodiagnostica per immagini**, in particolare la **RM**, esame di elezione di fronte a determinati quesiti diagnostici. E', altresì, necessario aumentare l'offerta delle **TC** e delle **Indagini Ecografiche**, in particolare gli **Ecocolordoppler** relativi alle diverse zone corporee.
- Ginecologia**, presso il PO di Olbia si è registrato negli ultimi cinque anni un trend di crescita del 20% dell'attività complessiva che ha determinato un innalzamento delle attese per le prime visite e per la ecografia ginecologica.
- Endoscopia digestiva**, esami quali l'**EGDS** e la **Colonscopia** che, pur essendo comunque invasivi, sono quasi di routine sia nell'ambito meramente diagnostico che di monitoraggio delle patologie croniche dell'intestino.
- Gastroenterologia**, dove si riscontrano tempi d'attesa in aumento per le prime visite
- Ortopedia**, presso il PO di Tempio sono presenti criticità nei tempi massimi di attesa
- Chirurgia Vascolare**, le richieste sono superiori alla capacità di erogare prestazioni nei PP.OO di Olbia e Tempio

I periodi d'attesa relativi alla stessa visita possono cambiare radicalmente, nell'ambito dello stesso territorio, a seconda della struttura erogatrice. E' il caso, ad esempio, della visita ortopedica che presso il PO di Tempio presenta 113 giorni di attesa a fronte dei 7 del PO di Olbia (*fonte dati: CUP aziendale, riferimento ottobre 2011*).

Le **cause** degli elevati tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e delle prestazioni strumentali sono riconducibili a diversi ordini di motivi:

- ⊙ **carezza di personale** medico e/o infermieristico e **ottimizzazione dell'uso delle risorse umane presenti** che limita la capacità produttiva di alcuni servizi (es. endocrinologia, endoscopia digestiva, ortopedia ospedaliera, etc)
- ⊙ elevato fenomeno di "**drop out**" (ortopedia distrettuale, diagnostica vascolare non invasiva)
- ⊙ frequenti "**fermo macchina**" (radiologia tradizionale e TAC)
- ⊙ **apparecchiature insufficienti** e talvolta obsolete
- ⊙ alcune prestazioni che richiedono manovre invasive e complesse con l'ausilio di strumentazione sono **erogate unicamente nelle strutture ospedaliere** (TC, endoscopia digestiva, etc) che, dovendo soddisfare prioritariamente la domanda proveniente dai reparti, vedono limitata l'attività da rivolgere agli utenti esterni.

## 4.2 Tempi attesa ricoveri ospedalieri

Il monitoraggio del tempo intercorrente tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno e quello dell'effettivo ricovero nei tre Presidi Ospedalieri di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena viene attualmente gestito dalle singole UU.OO., in raccordo con le Direzioni di Presidio, attraverso modalità non omogenee e con l'ausilio di agende cartacee.

Per tale motivo si accompagna l'indicazione dei tempi d'attesa delle specialità erogate nei Presidi del nostro territorio all'analisi dei bisogni, relativi alle attività monitorate per il governo delle liste d'attesa, tramite il File A - mobilità per ricovero ospedaliero- dei residenti della ASL 2 con riferimento agli ultimi dati disponibili, riferiti all'anno 2010.

**Tabella 7 MOBILITA' PASSIVA – ANNO 2010**

DRG	DESCRIZIONE DRG	Indice di Fuga
<b>Ginecologia</b>		
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	47,7%
353	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	57,1%
357	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio e degli annessi senza CC	21,4%
<b>Chirurgia Generale/Urologia</b>		
290	Interventi sulla tiroide	85,3%
260	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	75,7%
258	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	66,7%
337	Prostatectomia transuretrale senza CC	49,0%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età >17 anni senza CC	28,6%
315	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	87,9%
119	Legatura e stripping di vene	40,8%
<b>Ortopedia e Traumatologia</b>		
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	80,6%
232	Artroscopia	96,0%
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	42,5%
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	33,6%
225	Interventi sul piede	42,7%
<b>Otorinolaringoiatria</b>		
55	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	62,0%
59/60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni - < 18 anni	12,0%

Fonte dati : Area PCC

Dall'analisi dei dati emerge che le strutture aziendali, ad oggi, non riescono a soddisfare la richiesta complessiva di ricoveri chirurgici programmati nelle specialità oggetto di monitoraggio e relative sia al ricovero ordinario che al day hospital con conseguente fuga di prestazioni, sia per quelle di alta che di bassa complessità, verso altre strutture ospedaliere.

Il fenomeno nei reparti chirurgici come la Chirurgia, l'Ortopedia, la Ginecologia, l'Otorino è da ascrivere alla scarsa disponibilità delle sedute operatorie di elezione, con conseguente allungamento dei tempi di attesa, che induce la fuga rilevata. Infatti, per la momentanea carenza di organico, nel PO di Olbia operano 4 sale su 8 disponibili e nel PO di Tempio 3 su 4, non riuscendo ad attivare un turno pomeridiano per il programmato ma solo per le urgenze ed, in alcuni casi, con personale in reperibilità.

Ulteriore motivo è legato **all'incremento della domanda** cui, non sempre, l'ampliamento dell'offerta è stato in grado di rispondere pienamente.

Altra causa che contribuisce a saturare le agende ed allungare l'attesa e che riguarda nel PO di Olbia prevalentemente l'UO di Ortopedia e Traumatologia che presenta un **rilevante indice di attrazione** che si attesta intorno al 28,4 %, indicativo del fatto che la qualità della prestazione erogata è riconosciuta anche al fuori dell'ambito aziendale, che il PO di Tempio nel cui bacino di riferimento vi sono stabilmente i territori dell'alta Valle del Coghinas che fanno parte della ASL 1 di Sassari.

## 5. AZIONI DA INTRAPRENDERE

### 5.1 AZIONI PER LA RAZIONALIZZAZIONE DELLA DOMANDA

Per controllare la domanda, oltre le azioni già poste in essere, occorre intervenire su percorsi di **miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva** e di **gestione delle priorità cliniche**.

Si tratta di avviare un vero e proprio cambiamento culturale che deve interessare tutte le componenti del sistema, dai pazienti ai medici prescrittori, dagli specialisti alle strutture erogatrici oltre che i sistemi di prenotazione CUP.

Saranno, pertanto, messe in atto misure in grado di garantire:

- L'accesso a tutte le informazioni sulla disponibilità delle prestazioni, nonché un più facile accesso alla prenotazione.
- L'ampliamento della capacità produttiva delle Aziende erogatrici, in particolare per quanto riguarda le visite/prestazioni necessarie ad emettere la diagnosi ("prime visite").
- La riduzione della domanda inappropriata
- Azioni di informazione e comunicazione ai cittadini

#### 5.1.1 Riduzione domanda inappropriata

L'appropriatezza, nel caso delle prescrizioni mediche, è una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema: un appropriato ricorso alle prestazioni comporta un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) e consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica), andando ad influire positivamente, quindi, anche sulle liste d'attesa e sull'economicità del sistema in genere.

L'Azienda intende migliorare questo aspetto attraverso l'informazione continua dei medici sulle corrette modalità prescrittive attivando una serie di **corsi di formazione** riguardanti l'appropriata prescrizione, la corretta compilazione della nuova ricetta medica, la esatta codifica delle esenzioni per patologia, le limitazioni imposte dai LEA per la prescrizione di alcune prestazioni, le modifiche apportate alle note AIFA, il corretto utilizzo delle risorse e la corretta applicazione del dettato contrattuale. In seconda battuta l'Azienda predisporrà **richiami personalizzati** per coloro che non si attengono alle disposizioni (distinzione tra prima visita e visita di controllo, indicazione del quesito diagnostico, indicazione della classe di priorità, ecc.) sulla base delle segnalazioni degli erogatori e degli errori rilevati in sede di inserimento delle impegnative nei sistemi informatici.



Saranno adottate e diffuse **linee guida**, in particolare per le prestazioni a più alto impatto economico e che evidenziano maggiori criticità (es. TC, RM, ecocolordoppler TSA e arti inf./sup.).

Nell'ambito delle iniziative di promozione del governo clinico, da verificare con i MMG, si sta organizzando un **percorso formativo**, in modo da intercettare le migliori strategie per ridurre le inappropriate richieste dei cittadini spesso legate più all'influenza esercitata dagli organi di informazione che ad una reale esigenza di salute.

### **5.1.2 Attivazione dei codice di priorità**

L'Azienda, al fine di attribuire al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza compromettere la diagnosi e la qualità della vita, ha recepito le classi di priorità così come indicate nel PRGLA.

Sarà attivata la possibilità di fissare la prenotazione, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per quelle erogate in regime di ricovero programmato, in base ai criteri clinici di priorità prima esposti che consentono di garantire una risposta sollecita, nonché la tempestiva esecuzione di prestazioni che possono condizionare la prognosi a breve del soggetto o, più in generale, influenzare il suo stato di benessere.

In ambito specialistico, il medico prescrittore indica il livello di urgenza e il sistema CUP, relativamente solo al primo accesso, inserisce la prenotazione nella specifica agenda. In assenza di tale indicazione la prestazione si intende programmata (P). Non possono essere prescritte sulla stessa impegnativa due prestazioni della stessa branca con priorità di accesso diverse.

In ambito ospedaliero l'indicazione della classe di priorità riguarda solo i ricoveri programmati, programmati con pre-ospedalizzazione e tutti i ricoveri diurni.

La richiesta di prenotazione non accompagnata dall'impegnativa del medico non sarà accettata.

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

## 5.2 AZIONI SUL GOVERNO DELL'OFFERTA

### 5.2.1 Riorganizzazione del sistema di prenotazione e gestione del sistema degli accessi.

Il Servizio aziendale CUP, oltre avere già distinto le agende tra primo accesso e successivi, sta procedendo all'abolizione delle residue agende cartacee di prenotazione per prestazioni specialistiche con creazione di agende inserite nel sistema informatico ed alla messa a punto di agende separate per classi di priorità, tipologia, struttura di erogazione (pubblico o privato accreditato).

L'offerta pubblica, specie nelle aree di maggiore criticità, sarà incrementata con il ricorso all'attività del privato accreditato, che deve essere tracciabile dentro il CUP regionale. Anche in questo caso, per alcune strutture accreditate insistenti nell'ambito territoriale della nostra ASL, si prevede il graduale avvio dell'attività di registrazione degli appuntamenti (prenotazione/disdette) nonché la gestione di attività di coordinamento quali la creazione e gestione di agende e l'attivazione di adeguati flussi di comunicazione.

Saranno caricate sul sistema CUP regionale anche le agende dedicate all'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) che andranno differenziate da quelle attivate in regime di SSN e dotate di un diverso canale di accesso (numero telefonico, sportello dedicato e diversa modalità di compartecipazione alla spesa).

Queste attività garantiranno una razionalizzazione e un sensibile miglioramento dei tempi d'attesa di tutte le prestazioni e consentiranno, altresì, di rilevare quelle oggetto di monitoraggio secondo le indicazioni del PRGLA.

Strettamente legata al CUP WEB, si sta consolidando l'ipotesi della prenotazione direttamente dallo studio del MMG/PLS che consente una responsabilizzazione del medico prescrittore rispetto alle indicazioni di visite/prestazioni, nonché un migliore livello di servizio all'Utenza.

### 5.2.2 Gestione del "drop out" e prenotazione con il sistema dell'overbooking

La nostra azienda ha intenzione di affrontare responsabilmente la gestione del fenomeno del "drop-out", cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire la prenotazione, attivando una serie di correttivi in grado di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo:

- **servizio di "recall" telefonico**, gestito e coordinato dal servizio CUP, relativamente alle prestazioni critiche, ovvero fuori standard regionali. Nel caso in cui i tempi d'attesa superino i 60 giorni, sarà avviato un sistema di verifica periodica con lo scopo di recuperare i posti liberi in caso di rinuncia

- "**overbooking**", cioè un numero di prenotazioni superiore rispetto alle disponibilità effettive dichiarate dalla struttura, programmato e concordato tra gli specialisti e la Direzione della Macrostruttura aziendale interessata (Presidio o Distretto) da attivare sulla base delle esperienze locali e per le specifiche tipologie di prestazioni

- **campagne di sensibilizzazione**

- **attivazione di meccanismi di rivalsa**, in ultima analisi, nei confronti degli utenti scorretti, previa armonizzazione delle metodologie concertate con l'Assessorato Regionale alla Sanità.

### **5.2.3 Ampliamento dell'offerta**

#### **5.2.3.1 Analisi del territorio**

Nell'ambito territoriale della Provincia di Olbia-Tempio le prestazioni di ricovero vengono erogate da una sola struttura pubblica, l'Azienda Sanitaria n°2 di Olbia, con i tre presidi ospedalieri di Olbia, Tempio Pausania e La Maddalena (tot 355 posti letto di cui 323 ordinari e 32 di day hospital) e nessuna struttura privata di ricovero. Si era ipotizzata la presenza della Fondazione Centro San Raffaele del Monte Tabor, delle dimensioni di circa 250 posti letto assegnati in convenzione dalla Regione, strettamente integrata con l'offerta ospedaliera pubblica e operante nell'area medica, chirurgica e della riabilitazione. La presenza di questa struttura avrebbe dovuto completare l'offerta ospedaliera del territorio e contribuire al contenimento dei tempi d'attesa e della mobilità passiva regionale ed extraregionale, in termini di spesa e di attività.

Le recenti vicende giudiziarie che hanno coinvolto la Fondazione hanno creato un clima di incertezza intorno al destino dell'Ospedale San Raffaele di Olbia. L'unica certezza è che, ad oggi, la struttura non è funzionante, cosa che genera una sempre crescente pressione di domanda sulla nostra ASL che è chiamata a sopperire e garantire il vuoto della sanità privata. Ed è per tali motivazioni che i finanziamenti regionali all'uopo destinati, vengono legittimamente avvocati alla nostra Azienda.

Negli anni sono state messe in atto azioni di miglioramento volte al contenimento dei tempi di attesa, attraverso l'ottimizzazione dell'accessibilità da parte degli utenti, l'aumento del numero degli ambulatori dislocati sul territorio ed il rafforzamento dell'offerta pubblica.

Le prestazioni legate alle visite specialistiche sono offerte capillarmente nel territorio, soprattutto nei Poliambulatori dei due Distretti di Olbia e Tempio. Si aggiunge inoltre l'attività prestata dal privato accreditato e l'attività intramoenia che supporta l'offerta pubblica.

Le prestazioni di diagnostica per immagini e gli esami specialistici sono garantiti dai Presidi Ospedalieri, in particolare dal PO "Giovanni Paolo II" di Olbia, oltre che dai privati accreditati.

Nelle tabelle che seguono si dettaglia l'attività pubblica di specialistica ambulatoriale e le prestazioni strumentali erogate nell'anno 2011, distinte per struttura pubblica erogante:

**Tabella 8 VISITE SPECIALISTICHE EROGATE NEL CORSO DEL 2011**

N°	Prestazione	Cod. Nomenclatore	Distretto Olbia	Distretto Tempio	Presidio Olbia	Presidio Tempio	Presidio La Madd.	Totale Azienda
1	Visita cardiologica	89.7	5.650	2.008	911	1.855	928	11.352
2	Visita chirurgia vascolare	89.7			110	200		310
3	Visita endocrinologica	89.7	1.168	1.037	452	223		2.880
4	Visita neurologica	89.13	1.718	1.163	2.805			5.686
5	Visita oculistica	95.02	6.335	3.653				9.988
6	Visita ortopedica	89.7	2.540		5.647	1.828		10.015
7	Visita ginecologica	89.26	9		1.734	665	676	3.084
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	2.946			4.080	2	7.028
9	Visita urologica	89.7		682	1.458		101	2.241
10	Visita dermatologica	89.7	3.314	907				4.221
11	Visita fisiatrica	89.7	1.372			1.928	635	3.935
12	Visita gastroenterologica	89.7			1.246	28		1.274
13	Visita oncologica	89.7			1.864	809	328	3.001
14	Visita pneumologica	89.7	859	228	1	275		1.363
	<b>Totale</b>		<b>25.911</b>	<b>9.678</b>	<b>16.228</b>	<b>11.891</b>	<b>2.670</b>	<b>66.378</b>

Fonte dati - Area PCC su base dati CUP

**Tabella 9 PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI EROGATE NEL 2011**

N°	Prestazione	Codice Nomencl.	Presidio Olbia	Presidio Tempio	Presidio La Madd.	Totale complessivo
15	Mammografia	87.37.1	2.485	1.339	444	4.268
15	Mammografia	87.37.2	146	66	9	221
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41	156	191	33	380
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41.1	908	537	101	1.546
17	TC senza e con contrasto Addome supe.	88.01.1	20	6		26
17	TC senza e con contrasto Addome supe.	88.01.2	45	44	7	96
18	TC senza e con contrasto Addome infer.	88.01.3	18	2	1	21
18	TC senza e con contrasto Addome infer.	88.01.4	39	10	6	55
19	TC senza e con contrasto Addome compl	88.01.5	68	15	11	94
19	TC senza e con contrasto Addome compl	88.01.6	869	465	98	1.432
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03	236	177	79	492
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03.1	917	435	114	1.466
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.1	81	115	111	307
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2	27	18	1	46
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5	24	12	2	38
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1	205			205
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.2	887			887
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4	19			19
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.5	69			69
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1	866			866
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.2	69			69
26	RMN Colonna vertebrale	88.93	1.325			1.325
26	RMN Colonna vertebrale	88.93.1	416			416
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4	1.353	1.030	246	2.629
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3*	1.339	994	150	2.483
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	1.165	1.335	217	2.717
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	653	1.162	151	1.966
31	Ecografia Addome	88.74.1	1.369	746	283	2.398
31	Ecografia Addome	88.75.1	240	156	48	444
31	Ecografia Addome	88.76.1	1.482	929	474	2.885
32	Ecografia Mammella	88.73.1	1.734	490	514	2.738
32	Ecografia Mammella	88.73.2	93	36	12	141
33	Ecografia Ostetrica - Gineco	88.78	2.724	554	226	3.504
33	Ecografia Ostetrica - Gineco	88.78.2	476	284	80	840
<b>* considerata somma di 88.72.1-2-3</b>			<b>22.523</b>	<b>11.148</b>	<b>3.418</b>	<b>37.089</b>

Fonte dati - Area PCC su base dati CUP

**Tabella 10 ALTRE PRESTAZIONI STRUMENTALI EROGATE NEL CORSO DEL 2011**

N°	Prestazione	Cod. Nomencl.	Distretto Olbia	Distretto Tempio	Presidio Olbia	Presidio Tempio	Presidio La Madd.	Totale Azienda
34	Colonscopia	45.23*			544	201		745
34	Colonscopia	45.25-45.42						0
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24						0
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13			998	317		1.315
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.16			145			145
37	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50			419	198	60	677
38	Elettrocardiogramma	89.52	6.256	2.146	896	2.159	943	12.400
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41			16	6		22
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.43			190	283		473
40	Audiometria	95.41.1	534			1.076		1.610
41	Spirometria	89.37.1	203	30		189		422
41	Spirometria	89.37.2	85	1		3	2	91
42	Fondo Oculare	95.09.1	1.090	656				1.746
43	Elettromiografia	93.08.1			115			115
	<b>* considerata somma di 45.23 e 45.23.1</b>		<b>8.168</b>	<b>2.833</b>	<b>3.208</b>	<b>4.432</b>	<b>1.005</b>	<b>19.646</b>

Fonte dati - Area PCC su base dati CUP

Viene riportato in appresso l'elenco completo di tutte le Strutture Sanitarie Private Accreditate, site nel territorio della ASL di Olbia, che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale, andando ad integrare l'offerta della nostra Azienda.

**Tabella 11 ELENCO DELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE**

<b>Denominazione</b>	<b>Ubicazione</b>	<b>Tipologia attività sanitaria</b>
Studio F.K.T. Dr Mele SRL	Olbia	Ambulatorio medico fisiokinesiterapia
Studio Associato 3B riabilitazione di Diakic e Tamponi	Oschiri	Ambulatorio medico fisiokinesiterapia
TRC SRL	Olbia	Laboratorio analisi e radiologia medica
LAB 10 Laboratorio Analisi Biologiche	Buddusò	Laboratorio analisi
Laboratorio Analisi	Arzachena	Laboratorio analisi
Istituto Analisi Mediche SRL	Budoni	Laboratorio analisi
LAO SRL	Olbia	Laboratorio analisi
Centro FKT Dr Mele SRL	La Maddalena	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Centro FKT Dr Mele SRL	Budoni	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Centro AIAS	Buddusò	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Nuovo Centro FKT SRL	Arzachena	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Centro AIAS	Berchidda	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Centro AIAS	Tempio	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Tamponi FKT Gallura SRL	Olbia	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Tamponi FKT Gallura SRL	Arzachena	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
Studio F.K.T. Dr Mele SRL	Olbia	Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare
RSA "Sole di Gallura"	Olbia	Residenza Sanitaria
RSA "Smeralda" di Padru	Padru	Residenza Sanitaria
Comunità Arcobaleno	Olbia	Struttura residenziale per tossicodipendenti
Città di Olbia	Olbia	Ambulatorio di oculistica, odontoiatria e chirurgia plastica

Fonte dati - Area PCC

### 5.2.3.2 Incremento dell'Offerta Pubblica

Lo strumento cui l'Azienda ricorrerà per incrementare il volume delle prestazioni sarà quello dell'attività svolta dai dipendenti in regime libero professionale per l'azienda, come previsto dall'art. 55 c. 2 del CCNL della Dirigenza Medica e Veterinaria del 08.06.2000 integrato dagli artt. 14 c.6 e 18 CCNL del 03.11.2005, dal CCNL Area del Comparto e dagli accordi integrativi aziendali.

Questo istituto contrattuale, premettendo che lo svolgimento dell'attività è organizzata in modo tale da garantire la piena funzionalità dei servizi, consente alla ASL di offrire in regime libero professionale le prestazioni erogabili dal S.S.N.

Si considera simile all'ALPI, e riconosciuto quale strumento per il governo dei tempi d'attesa, l'attività del professionista o dell'équipe svolta su richiesta dell'Azienda in situazioni eccezionali in quanto contribuisce ad aumentare la capacità di erogazione delle prestazioni, allorquando la ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale mette a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Con tale istituto si intende razionalizzare le liste di attesa per il rispetto degli standard prefissati dalla Giunta Regionale garantendo, comunque, il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale.

L'attivazione di **progetti specifici** per potenziare le sedute operatorie, la risonanza magnetica, per le indagini ecografiche e TC e di **sedute aggiuntive** per le attività ambulatoriali e di ricovero con periodi di attesa critici, consentirà un intervento correttivo immediato per fronteggiare nel breve periodo l'aumento della domanda.

#### a) Specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda le branche a visita l'Azienda, nell'ambito delle macrostrutture interessate, intende ampliare le prestazioni di specialistica ambulatoriale per un totale di 109 ore settimanali da eseguirsi in un arco di tempo di 40 settimane circa e in regime di attività libero professionale per l'azienda ed incremento delle ore di specialistica ambulatoriale distrettuale, nelle diverse specialità, come di seguito specificato:

- Cardiologia:** si ipotizza un incremento totale orario di 6 ore settimanali che genereranno un costo presunto totale di € 12.803.
- Oculistica:** si prevede un aumento totale orario di 16 ore settimanali che originerà un costo totale di € 34.751.
- Endocrinologia:** si presume un potenziamento dell'attività pari a 22 ore settimanali per un costo totale di € 49.383.
- Ortopedia:** si amplierà l'apertura di 8 ore settimanali per una spesa complessiva di € 18.290.



- **Neurologia:** si prevede un aumento totale orario di 4 ore settimanali che originerà un costo totale di € 9.145
- **Ginecologia:** si erogheranno 18 ore settimanali aggiuntive che comporteranno una spesa totale orientativa di € 43.896
- **Urologia:** si ritiene necessario un incremento settimanale delle ore di attività ambulatoriale pari a 6 per un costo totale di 13.967
- **Visita Gastroenterologica:** si erogheranno 5 ore settimanali aggiuntive che comporteranno una spesa totale orientativa di € 11.972
- **Endoscopia Digestiva:** si ritiene necessario potenziare le ore di attività ambulatoriale per 14 ore settimanali per un costo totale di 33.920
- **Visita Fisiatrica:** si amplierà l'apertura di 4 ore settimanali per una spesa complessiva di € 9.976.
- **Chirurgia Vascolare:** si erogheranno 4 ore settimanali aggiuntive che comporteranno una spesa totale di € 9.976.

□ **Diagnostica per immagini** Per fronteggiare le criticità legate ai tempi d'attesa relativi alla Diagnostica per Immagini l'Azienda intende procedere all'incremento dell'offerta pubblica al fine di garantire ulteriori prestazioni di RM del rachide smc, RM del muscolo scheletrico, RM con mdc, indagini ecografiche, TC, con un impegno orario totale annuo di 1.500 ore.

Il Costo annuo presunto per l'erogazione delle suddette prestazioni è di € 133.200.

Si procederà poi ad acquisire prestazioni di radiologia tradizionale dall'unico privato accreditato presente nel nostro territorio, al fine di poter dedicare il personale medico-tecnico dei presidi pubblici all'utilizzo delle apparecchiature pesanti (TC, RM) con notevole risparmio economico e migliore qualità diagnostica, considerate le potenzialità del nostro parco tecnologico.

## **b) Prestazioni di ricovero**

La ripartizione dei fondi per l'incremento delle prestazioni svolte in regime di ricovero, Ordinario e di DH, è prevalentemente orientato alle prestazioni oggetto di monitoraggio secondo il PRGLA, nonché a quelle prestazioni per le quali è presente in azienda una elevata mobilità passiva. Si tratta non solo di prestazioni di elevata complessità che tendono naturalmente a concentrarsi in strutture di II livello ma anche di bassa o media complessità che trovano risposta al di fuori della nostra Azienda a causa degli elevati tempi di attesa.

Le risorse si concentrano, quindi, su **prestazioni di tipo chirurgico** perseguendo l'obiettivo di aumentare il numero dei DRG chirurgici ed il Tasso di Operatività dei reparti

favorendo, in coerenza con la programmazione aziendale, l'implementazione di percorsi deospedalizzanti così come previsto dagli allegati A e B del Patto per la Salute 2009-2012.

### Ripartizione risorse per prestazioni di ricovero

Branca	Importo
Interventi chirurgici tumore Mammella	€ 63.732
Interventi chirurgici tumore Prostata	€ 25.493
Interventi chirurgici tumore Colon Retto	€ 50.985
Interventi chirurgici tumore Utero	€ 76.478
Angioplastica coronarica	€ 38.239
Intervento Protesi d'Anca	€ 205.655
Tonsillectomia	€ 24.883
Coronografia	€ 47.500
Emorroidectomia	€ 22.500
Riparazione ernia inguinale	€ 23.750
Biopsia percutanea del fegato	€ 6.250
<b>TOTALE</b>	<b>€ 585.465</b>

L'Azienda intende, altresì, fronteggiare le liste d'attesa ponendo in essere anche le seguenti azioni:

- definizione di **agende di prenotazione dei ricoveri** gestite con modalità informatizzata nell'ambito del sistema informativo ospedaliero (SIO)
- l'**utilizzo sistematico dei campi "data di prenotazione" e "classe di priorità"** da inserire nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)
- **monitoraggio delle liste d'attesa** per le tipologie di ricovero individuate dalla RAS e verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati

### **5.2.3.3 Integrazione tra offerta pubblica e privata**

Come precedentemente descritto, non esistono nel nostro territorio strutture di ricovero private né, vista la distanza fisica tra il territorio della ASL e le altre strutture esistenti nel territorio regionale, è ipotizzabile che vengano ad esse destinate le risorse attribuite a tal fine (peraltro esplicitamente non richieste nella proposta di piano trasmesso all'Assessorato con nota protocollo PG/2011/30719 del 27.05.2011).

Per tale motivo la pressione della domanda ricade in modo esclusivo sulle strutture ospedaliere della nostra ASL, dove è notoriamente presente una inadeguata dotazione di posti letto per abitante.

Saranno favoriti processi di committenza di attività erogate dal privato in favore di prestazioni di sola specialistica ambulatoriale privilegiando le prestazioni di diagnostica ed in particolare quelle ad alto contenuto diagnostico.

L'offerta pubblica, specie nelle aree di maggiore criticità della diagnostica strumentale, si integrerà con il ricorso all'attività della struttura privata **TRC Srl di Olbia**. Il Privato Accreditato, all'interno della gamma di prestazioni oggetto di monitoraggio, offrirà principalmente prestazioni di radiologia tradizionale ed ecografia e di RM articolari e della colonna.

Questa scelta trae giustificazione dal fatto che, decongestionando la radiologia tradizionale nella struttura pubblica, si potrà incrementare l'attività delle attrezzature del Dipartimento Diagnostico per prestazioni che per loro natura sono prevalentemente ospedaliere (ad es. esami con mezzo di contrasto endovenoso, come TC ed RM cmc) contribuendo ad abbattere le attese per queste prestazioni.

## 6. GESTIONE E MONITORAGGIO LISTE D'ATTESA

L'Azienda ha individuato quali responsabili della gestione e del monitoraggio istituzionale delle liste d'attesa i Direttori delle Macrostrutture Aziendali che formeranno un "Gruppo di lavoro" composto dai Direttori di Presidio, dai Direttori di Distretto e dal Responsabile del CUP che, utilizzando la metodologia del coinvolgimento partecipativo e della verifica e miglioramento continuo dei risultati, orienterà la propria attività sui seguenti aspetti:

- analisi dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie;
- individuazione, definizione e promozione di correttivi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste d'attesa
- governo complessivo dell'offerta di prestazioni e del rispetto dei tempi d'attesa concordati

Questo "Gruppo di lavoro" costituirà una vera e propria Cabina di Regia che, secondo le indicazioni della Direzione Aziendale, avrà il compito di espletare tutte le funzioni di supporto e promozione della attività di informatizzazione delle agende e del rispetto dei tempi massimi previsti per le prestazioni soggette a monitoraggio.

In raccordo con la cabina di regia regionale andrà a costituire il vero e proprio terminale del Governo delle Liste d'Attesa che, una volta a regime, dovrà intervenire sui processi, monitorarne l'attività e valutarne il risultato.

L'Azienda, oltre a ciò, effettuerà periodicamente la rilevazione delle liste d'attesa reali utilizzando il disciplinare tecnico nazionale e regionale fornito. La rilevazione sarà indirizzata prioritariamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio individuate nel piano programmatico aziendale. Le modalità di monitoraggio saranno prontamente adeguate a seguito di notifica del provvedimento assessoriale all'uopo approvato.

## 7. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE AI CITTADINI

Al fine di promuovere l'informazione ai cittadini circa l'accessibilità, l'offerta e le diverse sedi di erogazione delle prestazioni, i Servizi offerti, i criteri di accesso alle prestazioni si rende necessario un coinvolgimento attivo di tutte le professionalità ASL che operano a tutela del cittadino. Si provvederà perciò ad una divulgazione del Piano attuativo all'interno dell'ASL ai diversi Uffici, Servizi, Dipartimenti e Distretti, URP e Call Center, sia per porre il personale a conoscenza del documento stesso, sia per consentirne la divulgazione al pubblico.

Contemporaneamente si prevede il diretto coinvolgimento delle Strutture sanitarie erogatrici con le loro carte dei Servizi, CUP e note informative nei punti di prenotazione e di erogazione.

Al fine di divulgare capillarmente il presente programma attuativo, rivolgendosi nel modo più trasparente ed appropriato ai diversi livelli interessati, l'informazione e la comunicazione verso il cittadino saranno realizzate attraverso:

- ▶ specifiche **campagne informative**,
- ▶ gli **URP aziendali**,
- ▶ la **Carta dei Servizi**
- ▶ i **siti web**, aziendale e regionale.

e riguarderanno, in particolare, l'offerta dei servizi socio-sanitari sul territorio ed i percorsi semplificati di accesso agli stessi.

Il sito web della nostra ASL costituisce il principale strumento informativo da cui si possono evincere tutte le informazioni legate alle modalità e sedi di prenotazione ed entro breve, con la messa a regime del nuovo portale aziendale, la pubblicazione dei report di monitoraggio dei tempi massimi delle prestazioni indicate dal presente Piano Aziendale, le strutture sanitarie in cui tali tempi devono essere garantiti nonché le informazioni relative alle garanzie fornite ai Cittadini in tema di fruizione delle prestazioni nei tempi previsti.

Data l'importanza, il sito verrà aggiornato tempestivamente.

E' inoltre prevista la diffusione di appositi **opuscoli informativi** contenenti tutte le informazioni utili inclusi i doveri che gli utenti sono tenuti a rispettare quali la disdetta della prenotazione valutando anche la possibilità, previa concertazione con l'Assessorato alla Sanità, che nel caso di impossibilità a presentarsi o in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro 30 giorni scatta l'obbligo del pagamento dell'intero costo della prestazione ottenuta. Tale indicazione potrebbe essere anche inserita nello stampato rilasciato al paziente al momento della prenotazione che recherà tutte le indicazioni circa le modalità di disdetta entro le 48 antecedenti la visita.

Per sviluppare ulteriormente l'informazione e comunicazione ai Cittadini, oltre al coinvolgimento dei medici dell'assistenza primaria ed alla predisposizione di campagne informative ad hoc, sarà opportuno il **coinvolgimento di Enti** quali Comuni e Province e associazioni dei cittadini pazienti e dei consumatori che, tramite i propri organi di informazione, possono ulteriormente diffondere la conoscenza delle regole di sistema.

## 8. PIANO AZIENDALE RAZIONALIZZAZIONE E MANUTENZIONE APPARECCHIATURE

Il Servizio Provveditorato aziendale ha eseguito di recente una ricognizione del parco elettro-biomedicale della nostra Azienda ed ha attivato, in collaborazione con i competenti Servizi dell'Assessorato alla Sanità ed all'AGENAS, uno specifico programma di ricerca finalizzato ad acquisire elementi oggettivi nell'attività di pianificazione e programmazione degli investimenti in tecnologie.

35

Al fine di avere nozione circa la capacità di offrire prestazioni si sta provvedendo a monitorare l'utilizzo degli spazi ambulatoriali e delle varie apparecchiature ed a valutare il numero di prestazioni erogate, così da razionalizzare l'offerta sul territorio cercando di rispondere alle diverse esigenze degli utenti distribuiti su un territorio vasto e con diversa densità abitativa. Relativamente al piano aziendale di manutenzione delle attrezzature, l'Azienda ha attivato un **servizio di assistenza tecnica globale o "global service"**, che assicura una manutenzione preventiva o "a forfait" sulle manutenzioni periodiche di tutte le apparecchiature e, nei tempi concordati in gara, le manutenzioni correttive nel caso di guasti accidentali.

Poiché le tecnologie non solo "assorbono" le risorse nella gestione corrente ma "immobilizzano", anche per lunghi periodi, ingenti investimenti in termini di capitali finanziari, l'Azienda intende costituire al suo interno un Team che opererà secondo la logica multidisciplinare e multidimensionale dell'Health Technology Assessment Team (HTAT) che permetterà di valutare l'impatto che la scelta ed il successivo utilizzo delle tecnologie ha sulla qualità delle prestazioni erogate nonché sulla produttività delle risorse impiegate e, quindi, se l'introduzione di una tecnologia possa essere o meno vantaggiosa per la nostra Azienda.

## 9. PIANO FINANZIARIO DI PREVISIONE DELLE SPESE

La Legge Regionale n.1 del 19 gennaio 2011, all'art.13, comma 1 "ha autorizzato la spesa complessiva di € 21.000.000 con lo scopo di ridurre le liste d'attesa di cui:

- € 9.000.000 per le prestazioni in regime di ricovero ripartite in € 6.000.000 al settore pubblico ed € 3.000.000 al settore privato
- € 12.000.000 per le prestazioni a carattere ambulatoriale e/o strumentale equamente ripartite tra pubblico e privato."

36

Con la DGR n. 39/57 del 23.09.2011, allegato 2, la Regione ha assegnato alla ASL di Olbia risorse finanziarie per un totale di € 1.319.870 di cui si riporta di seguito l'articolazione della spesa.

Si evidenzia che, allo stato attuale, non esistono nel nostro territorio strutture di ricovero private e pertanto non è ipotizzabile che vengano ad esse destinate le risorse attribuite. Pertanto, i finanziamenti regionali destinati alla ospedalità privata sono stati avocati alla nostra Azienda e sommati nella quota destinata alle strutture ospedaliere pubbliche.

L'autorizzazione all'utilizzo delle risorse, come ripartite nelle tabelle sottostanti, sarà di volta in volta formalizzato con atto specifico in cui l'accesso alle somme sarà ancorato:

- ✓ al numero di prestazioni da erogare/produrre,
- ✓ alla dettagliata definizione delle figure professionali che possono accedervi,
- ✓ al volume orario (prestazione equivalente),
- ✓ alla Macrostruttura Aziendale deputata alla rendicontazione analitica delle prestazioni che andranno, ovviamente, differenziate da quelle relative all'attività ordinaria.

*Risorse destinate all'abbattimento dei tempi d'attesa per prestazioni di Specialistica Ambulatoriale da Pubblico*

<b>Prestazioni</b>	<b>Importo</b>
Visita cardiologica	€ 12.803
Visita chirurgia vascolare	€ 9.976
Visita endocrinologica	€ 49.383
Visita neurologica/Elettromiografia	€ 9.145
Visita oculistica	€ 34.751
Visita ortopedica	€ 18.290
Visita ginecologica	€ 43.896
Visita urologica	€ 13.967
Visita fisiatrica	€ 9.976
Visita gastroenterologica	€ 11.972
Endoscopia digestiva	€ 33.920
Diagnostica per immagini	€ 133.200
<b>TOTALE</b>	<b>€ 381.279</b>



*Risorse destinate all'abbattimento dei tempi d'attesa per prestazioni di Diagnostica strumentale da Privato Accreditato*

<b>Prestazioni</b>	<b>Importo</b>
Radiologia Tradizionale RX	€ 34.092
Ecografia ed EcocolorDoppler	€ 60.544
RM Articolare e Colonna	€ 208.490
<b>TOTALE</b>	<b>€ 303.126</b>

37

*Risorse destinate all'abbattimento dei tempi d'attesa per prestazioni di ricovero in regime ordinario da Pubblico*

<b>Prestazioni</b>	<b>Importo</b>
Interventi chirurgici tumore Mammella	€ 63.732
Interventi chirurgici tumore Prostata	€ 25.493
Interventi chirurgici tumore Colon Retto	€ 50.985
Interventi chirurgici tumore Utero	€ 76.478
Angioplastica coronarica	€ 38.239
Intervento Protesi d'Anca	€ 205.655
Tonsillectomia	€ 24.883
<b>TOTALE</b>	<b>€ 485.465</b>

*Risorse destinate all'abbattimento dei tempi d'attesa per prestazioni di ricovero in day hospital da Pubblico*

<b>Prestazioni</b>	<b>Importo</b>
Coronografia	€ 47.500
Emorroidectomia	€ 22.500
Riparazione ernia inguinale	€ 23.750
Biopsia percutanea del fegato	€ 6.250
<b>TOTALE</b>	<b>€ 100.000</b>

Risorse destinate ad altre azioni attinte dai fondi delle attività di ricovero da Pubblico

<b>Attività Complementari</b>	<b>Importo</b>
Organizzazione di percorsi di formazione rivolti ai prescrittori	€ 15.000
Realizzazione di campagne di informazione e comunicazione	€ 20.000
Supporto alle attività CUP e Gruppo di Lavoro	€ 15.000
<b>TOTALE</b>	<b>€ 50.000</b>

38

### RIEPILOGO RIPARTIZIONE FONDI

<b>Tipologia Attività</b>	<b>Importo</b>
Attività in regime di ricovero da pubblico	€ 635.465
Attività di specialistica ambulatoriale da pubblico	€ 381.279
Attività di specialistica ambulatoriale da privato accreditato	€ 303.126
<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.319.870</b>

