

Allegato A)

Piano Aziendale di Governo delle Liste di Attesa ATS Sardegna

Triennio 2019-2021

(secondo quanto previsto dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa approvato con Delibera di Giunta Regionale n.62/24 del 04.12.2020)

Approvato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. XXXX del xx/xx/2021

Adottato con Deliberazione del Commissario Straordinario n. XXXX del xx/xx/2021

INDICE

1	Introduzione.....	3
1.1	Premessa.....	3
1.2	Programmi Attuativi Aziendali (PAGLA)	3
1.3	Il contesto aziendale	4
2	Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali	6
2.1	Strategia di contenimento dei tempi di attesa.....	6
2.2	Governo della domanda	8
2.2.1	Applicazione delle regole prescrittive	8
2.2.2	La ricetta elettronica dematerializzata	10
2.2.3	La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico	12
2.2.4	Gestione del paziente cronico	14
2.2.5	Pianificazione dell'offerta	16
2.2.6	Potenziamento dell'offerta di prestazioni.....	23
2.2.7	Utilizzo delle grandi apparecchiature	25
2.2.8	Telemedicina.....	29
2.2.9	Definizione dei "percorsi di tutela"	31
2.2.10	Attività libero professionale intramuraria (ALPI)	32
2.3	Sistemi di prenotazione e presa in carico	33
2.3.1	La presa in carico del paziente	33
2.3.2	Il servizio CUP	35
2.3.3	La rete dei punti di prenotazione	36
2.3.4	Gestione delle disdette	39
3	Linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero ospedaliero	40
3.1	Programmazione attività di ricovero	40
3.2	Uso sistematico delle classi di priorità	43
4	Monitoraggio per il governo delle liste di attesa	44
4.1	Strumenti per il monitoraggio.....	44
4.2	Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio.....	45
4.3	Prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di monitoraggio.....	47
4.4	Monitoraggio dei tempi di attesa e relativi flussi informativi	48
5	Trasparenza e comunicazione istituzionale.....	48
6	Disposizioni Transitorie.....	50

1 INTRODUZIONE

1.1 PREMESSA

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 21/24 del 04.06.2019 è stata recepita l'Intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2019 – 2021, di cui all'art. 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, del 21 febbraio 2019.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 62/24 del 04.12.2020 è stato approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) secondo quanto previsto dal PNGLA per il triennio 2019-2021 con l'obiettivo di individuare le azioni per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. L'applicazione delle linee di intervento specificate nel Piano, oltre a rendere più efficace ed efficiente l'erogazione delle prestazioni specialistiche ed ospedaliere, ha l'obiettivo di razionalizzare ed ridurre le liste d'attesa.

Il PRGLA prevede che, entro 60 giorni dall'adozione, le Aziende del SSR adottino un Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa (PAGLA), ovvero aggiornano quello in uso. La proposta di PAGLA, eventualmente condivisa anche con le parti sociali e gli stakeholder istituzionali, è inviata agli uffici competenti della Direzione Generale della Sanità per una preventiva valutazione della coerenza con le previsioni del PRGLA, prima dell'adozione formale da parte dell'Azienda.

1.2 PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI (PAGLA)

Il presente PAGLA 2019-2021 recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021 e dal PRGLA 2019-2021, e contiene le azioni richieste per attuare le linee di intervento per il governo delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri. Inoltre, contempla le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Ad ogni modo, le misure adottate devono essere tali da garantire l'equilibrio economico-finanziario dell'Azienda e risultare conformi alle disposizioni nazionali in materia di ALPI ed accordi contrattuali con erogatori privati.

Le linee di intervento che l'ATS Sardegna si impegna a realizzare con il presente Piano sono;

- Rispetto dei tempi massimi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che di ricovero ospedaliero;
- Garantire l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia in ambito istituzionale che con prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55 comma 2 del CCNL 08.05.2000 dell'Area della Dirigenza medica, veterinaria e dell'Area della Dirigenza Sanitaria;
- Garantire il rispetto degli ambiti di garanzia per le prestazioni di primo accesso e qualora la prestazione non venga erogata, garantire un percorso di garanzia (Azienda più vicina, privati ecc) al fine di garantire l'accesso a tutela dell'utente nel rispetto dei tempi massimi previsti dalla normativa in vigore;
- Utilizzo delle grandi apparecchiature per l'80% della loro capacità produttiva provvedendo alla predisposizione del piano di utilizzo delle grandi attrezzature contenente i protocolli operativi per i fermo macchina per guasto o manutenzione straordinaria non programmata;
- Realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli orientati alla responsabilizzazione della struttura che ha in carico il paziente affinché provveda alla prenotazione di tutte le prestazioni successive alla prima in agende di controllo dedicate;
- Governare il fenomeno della prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente sia in maniera attiva tramite recall, sms, app ecc, che attraverso la previsione di richiami/sanzioni a carico dell'utente in caso di mancato preavviso (se non per eventi eccezionali non prevedibili);

- Predisposizione, verifica e trasmissione sistematica dei flussi informativi dei Monitoraggi di cui al punto 5.4 del PRGLA 2109-2021, quale obbligo informativo verso le istituzioni competenti;
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi o degli ambiti di garanzia, sui diritti e doveri attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web ATS, campagne informative, URP, Carte dei Servizi e la partecipazione di utenti e associazioni di volontariato, per favorire la diffusione massima delle informazioni;
- Sviluppo di un sistema CUP Web aggiornato in tempo reale che consenta:
 - Consultazione in tempo reale dell'attesa per prestazione per classe di priorità sull'intero territorio regionale;
 - Annullamento della prenotazione fatta attraverso qualsiasi canale;
 - Pagamento on line del ticket;
 - Visualizzazione on line di tutti gli appuntamenti prenotati ed eseguiti o da eseguire;
 - Ristampare il promemoria dell'appuntamento non eseguito comprensivo del costo della prestazione;
- Vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da art. 1 commi 282 e 284 della Legge 266/2005;
- Vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e chiusura delle agende;
- Coinvolgere le organizzazioni di tutela e garanzia del diritto alla salute.

1.3 IL CONTESTO AZIENDALE

La Legge Regionale 27 luglio 2016, n. 17 ha profondamente modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda per la Tutela della Salute (ATS). L'ATS nasce dalla fusione per incorporazione delle sette ASL nell'azienda incorporante di Sassari, sulla base degli atti di indirizzo deliberati dalla Giunta regionale e dalle direttive dell'Assessorato competente in materia di sanità.

Le Aree Socio-Sanitarie Locali costituiscono articolazioni organizzative dell'ATS, e gli ambiti territoriali delle Aree Socio-Sanitarie Locali coincidono con quelli delle ex otto aziende sanitarie locali oggetto di incorporazione.

Le Aree Socio-Sanitarie Locali sono dotate di autonomia gestionale secondo gli indirizzi strategici aziendali e, sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti, svolgono funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione socio-sanitaria nel territorio di riferimento.

In tale contesto, l'Azienda per la Tutela della Salute ha come missione quella di garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Sardegna. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di rendere l'offerta dei servizi sanitari e sociosanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di fornire risposte appropriate su più livelli di complessità.

Considerato che l'emergenza Covid-19 ha condizionato fortemente l'andamento delle attività sanitarie e sociosanitarie nell'anno 2020, si è utilizzato l'anno 2019 come anno base di riferimento per la valutazione dell'offerta di Servizi. Questo ha consentito di effettuare delle stime di fabbisogno partendo da un anno rappresentativo dei livelli di servizio.

La popolazione del territorio di competenza della ATS Sardegna al **01.01.2020** ammonta a 1.639.591 residenti.

La Sardegna, nell'arco di dieci anni ha visto diminuire la popolazione residente di 31.410 individui. I flussi migratori non riescono più a compensare il calo demografico dovuto

alla dinamica naturale: il saldo migratorio totale infatti ha assunto valori negativi già da alcuni anni.

Analizzando i dati per aree socio sanitarie, Olbia-Tempio è l'unico territorio dove si registra, per il periodo 2010-2019, un incremento della popolazione di 3.501 abitanti.

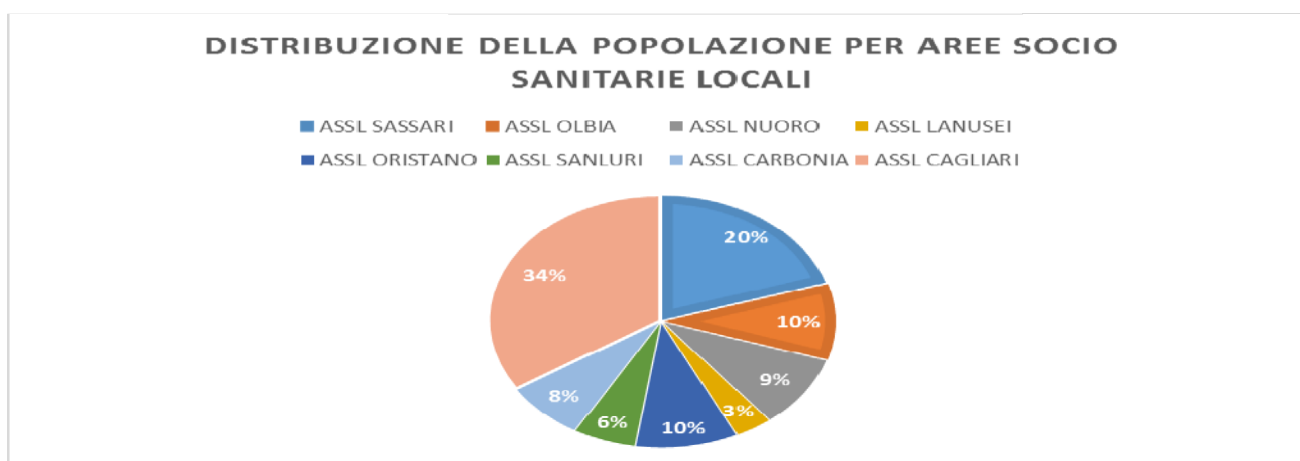
Si riporta di seguito, la distribuzione della popolazione residente della Regione distinta per ASSL e per classi di età.

Tabella 1: Distribuzione popolazione per ASSL e per classi d'età

	< 1	1 - 4	5 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	> 75	Totale
ASSL SASSARI	1.882	8.660	26.584	29.819	80.695	104.380	39.639	38.552	330.211
ASSL OLBIA	1.067	4.913	14.510	14.095	42.531	50.514	17.802	15.928	161.360
ASSL NUORO	914	4.023	12.836	14.875	36.062	47.290	18.373	19.075	153.448
ASSL LANUSEI	360	1.656	4.785	5.307	13.444	17.323	6.550	6.937	56.362
ASSL ORISTANO	817	3.726	11.444	13.751	37.351	49.390	20.518	21.516	158.513
ASSL SANLURI	514	2.332	7.349	8.318	23.333	30.162	12.421	12.345	96.774
ASSL CARBONIA	605	2.739	8.672	10.063	29.628	39.601	17.802	15.129	124.239
ASSL CAGLIARI	3.132	14.981	45.300	48.650	140.137	179.457	65.404	61.623	558.684
ATS	9.291	43.030	131.480	144.878	403.181	518.117	198.509	191.105	1.639.591

Dati ISTAT 2019

La distribuzione nei territori delle otto Aree Socio Sanitarie Locali è fortemente disomogenea con le aree più popolate al sud ed al nord (Cagliari e Sassari), rispettivamente col 34% e 20% della popolazione, tre territori pressoché equivalenti (Olbia-Tempio, Nuoro e Oristano) con circa il 10% della popolazione ciascuno ed un'area particolarmente piccola (Ogliastra), col 3,4%.



L'analisi degli indicatori di struttura demografica mostra una popolazione (caratterizzata da una diminuzione delle classi più giovani (0-14 anni e 15-39) e un aumento delle classi più adulte ad iniziare dalla classe 40-64 anni. I residenti in età compresa tra i 15 e 39 anni corrispondono al 25,7% della popolazione regionale. La percentuale di popolazione di 65 anni e più è al 23,8%, la popolazione di 75 anni e oltre ha raggiunto l'12% e anche i "grandi vecchi", ovvero gli ultra 85enni, incrementano il loro peso percentuale sul totale della popolazione residente con un 3,5% per l'anno 2019.

L'invecchiamento investe tutta la Regione. Al 1° gennaio 2020 solo l'area socio sanitaria locale di Olbia-Tempio, con un indice pari al 165,6 %, riesce a registrare un valore inferiore alla media regionale e nazionale, rispettivamente 212% e 173,1%. Mentre le Aree socio Sanitarie di Oristano, Carbonia-Iglesias e Medio Campidano hanno indici di vecchiaia superiori al 200%, rispettivamente 258,0%, 257,7% e 240,7%.

La tabella seguente evidenzia l'incidenza percentuale per classi d'età sul totale della popolazione regionale per ASSL e il relativo indice di vecchiaia.

INCIDENZA PERCENTUALE PER CLASSI DI ETA' E INDICE DI VECCHIAIA					
ASSL	CLASSI DI ETA'				Indice di Vecchiaia
	0-14	15-39	40-64	>65	
ASSL SASSARI	20,20%	20,21%	20,12%	20,07%	209,3
ASSL OLBIA	11,15%	10,18%	9,96%	8,66%	165,6
ASSL NUORO	9,67%	9,55%	8,99%	9,61%	207,1
ASSL LANUSEI	3,70%	3,47%	3,33%	3,46%	198,1
ASSL ORISTANO	8,70%	9,43%	9,42%	10,79%	258
ASSL SANLURI	5,55%	5,79%	5,80%	6,36%	240,07
ASSL CARBONIA	6,54%	7,24%	7,56%	8,45%	257,7
ASSL CAGLIARI	34,50%	34,13%	34,81%	32,60%	199,4
SARDEGNA	11,21%	25,79%	39,24%	23,76%	212
ITALIA	13,19%	26,79%	37,18%	22,84%	173.1

Dalla tabella di cui sopra appare evidente come la popolazione tra i 40 e i 64 anni rappresenti il principale target di indagine così come la popolazione >65 anni poiché l'invecchiamento della stessa, determinando un incremento di persone inattive, le espone fortemente al rischio di malattie croniche e degenerative.

2 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

2.1 STRATEGIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il problema delle liste di attesa è tra i più impegnativi per il Servizio Sanitario Regionale o quantomeno tra quelli che influenzano la percezione del cittadino rispetto al livello di qualità del servizio sanitario.

Ad oggi risulta essere una delle più importanti criticità nell'ambito della sanità pubblica per le rilevanti conseguenze sul piano clinico, economico e sociale.

La ragione di tale criticità risiede nel cronico eccesso di domanda rispetto all'offerta di prestazioni sanitarie, a fronte delle limitate risorse disponibili, mentre pazienti e cittadini percepiscono le lunghe liste di attesa come un importante disservizio.

Trovare un buon equilibrio tra domanda, offerta, aspettative della popolazione e risorse disponibili è una sfida molto complessa e rappresenta per i sistemi sanitari un importante obiettivo strategico. Questo fenomeno riveste particolare importanza per l'ATS Sardegna il cui obiettivo primario è quello di assicurare ad ogni cittadino prestazioni sanitarie appropriate rispetto al suo bisogno di salute, nel rispetto del diritto della persona, della tutela della salute e del principio di equità di accesso alle prestazioni.

È fondamentale pertanto coniugare questo diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda di prestazioni sanitarie, che devono intercettare il reale bisogno di salute della popolazione, ridurre l'inappropriatezza prescrittiva e rendere compatibili le risorse disponibili con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Queste strategie sono perseguibili anche attraverso un puntuale e costante monitoraggio dei tempi di attesa. Il governo delle liste di attesa deve pertanto affrontare le macro-aree di intervento:

- la crescente domanda di prestazioni sanitarie dovute all'invecchiamento della popolazione
- la potenziale inappropriatezza della selezione delle classi di priorità da parte dei Medici Prescrittori
- la congruità dell'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche
- la scelta dell'utente verso la struttura o il medico (rilevanza del rapporto di fiducia tra medico e paziente)
- l'insufficiente informazione/comunicazione al cittadino sulle modalità e finalità gestionali che governano i sistemi di prenotazione
- la gestione non sempre differenziata tra le prestazioni di controllo programmato e gli screening nonché tra le agende di prima visita e quelle di controllo
- la disponibilità di risorse umane e tecnologiche
- la mancata disdetta delle prenotazioni da parte del cittadino
- il costante monitoraggio dei tempi di attesa.

Fra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari fra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la carenza di personale medico e tecnico assistenziale sul mercato e le difficoltà organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili. E' necessario garantire sia un'adeguata e costante formazione dei medici in tema di appropriatezza che una continua sensibilizzazione e informazione dei cittadini, finalizzata ad una loro maggiore responsabilizzazione rispetto alla richiesta di prestazioni. Prerequisito per un ottimale governo dei tempi di attesa è l'informatizzazione del ciclo prescrizione/prenotazione/erogazione/refertazione, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi.

In quest'ottica il modello RAO (Raggruppamenti di attesa omogenei) per priorità clinica di attesa, costituisce una efficace strategia di governo delle liste di attesa adottata dalle più performanti regioni d'Italia.

Tale metodologia consente di assegnare tempistiche appropriate per l'erogazione di prestazioni specialistiche in ragione della gravità del paziente. La priorità clinica di attesa è l'indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica, attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi.

Il modello RAO parte dal principio che i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali devono essere differenziati e raggruppati in quattro classi di priorità (U, B, D, P), in relazione alle oggettive condizioni cliniche del paziente, già diagnosticate o sospette, in modo da poter assicurare la prestazione sanitaria in tempi congrui. Ad ogni classe di priorità corrisponde uno specifico tempo massimo di attesa diversificato in base a regole predefinite e condivise, coerenti con le indicazioni nazionali e regionali: la priorità U (Urgente) entro le 72 ore; la priorità B (Breve) entro 10 giorni; la priorità D (Differibile) entro 30 giorni se trattasi di visita specialistica ed entro 60 giorni in caso di prestazione di diagnostica strumentale; la priorità P (Programmata) entro 180 giorni, che dall'anno 2020 passa a 120 giorni. Le condizioni cliniche di urgenza- emergenza che impongono l'immediato invio del paziente al Pronto Soccorso, non rientrano nei RAO. Il medico, all'atto della prescrizione, deve obbligatoriamente provvedere a correlare il bisogno del paziente e la prestazione con il tempo ottimale entro cui la stessa deve essere effettuata mediante l'indicazione della classe di priorità appropriata. Le tabelle RAO contengono le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario. Le condizioni cliniche che nelle tabelle RAO sono associate alle diverse classi di priorità non esauriscono quelle potenzialmente associabili. La voce "Altro", nelle tabelle di priorità, dà modo al medico prescrittore di individuare altre condizioni che in base all'esperienza clinica possono/devono essere assegnate a quella specifica classe di priorità.

In ottemperanza alla Delibera ATS n. 826 del 26.06.2018 e della successiva DGR 59/5 del 04.12.2018 con nota Prot. Int. NP/2019/0005938, l'ATS Sardegna ha provveduto ad emanare Direttive sul Governo delle Agende delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e delle Liste d'Attesa nella quale si dava mandato ai Direttori ASSL e alle Segreterie CUP di eliminare definitivamente le agende cartacee e si ordinava la riorganizzazione delle agende informatizzate con previsione dinamica di percentuali di capienza delle stesse in rapporto ai codici di priorità U-B-D-P secondo le modalità dei RAO.

Allo stato attuale le agende si dividono in "Agende Pubbliche", destinate alle Prime Visite divise per codice di priorità (UBDP) e "Agende Esclusive" totalmente gestite dalle strutture eroganti e destinate alle Visite di Controllo successive alla prima visita.

Le agende sono state suddivise in slot di prestazioni sulla base di livelli di prestazioni erogate negli anni precedenti alla riorganizzazione delle stesse, per codici di priorità e specialistica ambulatoriale delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di ridurre al massimo i tempi di attesa dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ridurre il ricorso a prestazioni inappropriate. Sono stati attivati e portati avanti corsi di formazione per i medici prescrittori (PLS e MMG) anche nell'ottica di implementare una logica di appropriatezza prescrittiva basata sul quesito diagnostico e sulla corretta individuazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

Per il triennio 2019-2021 si confermano tutte le indicazioni contenute nelle delibere di giunta regionale n. 62/24 del 4.12.2020 con le integrazioni contenute nel presente Piano.

Si prevede di proseguire e sviluppare le azioni intraprese negli ultimi anni con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e alla revisione del "Piano di comunicazione 2019 ai sensi della legge n. 150 del 7 giugno 2000, approvato dal Direttore generale ATS Sardegna con Deliberazione n. 1242 del 28/12/2018, temi questi che dovranno essere approfonditi anche nella stesura dei Programmi attuativi aziendali delle istituende ASL sarde ai sensi della Legge n. 24 del 11/09/2020 di riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia.

2.2 GOVERNO DELLA DOMANDA

La razionalizzazione della domanda di prestazioni rappresenta un passaggio fondamentale affinché l'offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente e ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa (rispetto delle indicazioni cliniche, tempestività di erogazione dei servizi e adeguatezza del setting assistenziale).

Di seguito si riportano gli interventi previsti per ciò che concerne il "governo della domanda".

2.2.1 Applicazione delle regole prescrittive

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

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

Si precisa che tutte le prestazioni inserite in una prescrizione hanno il medesimo tipo di accesso, il medesimo quesito diagnostico, la medesima classe di priorità.

È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni:

- le informazioni anagrafiche del cittadino;
- le prestazioni prescritte;
- il quesito diagnostico;
- la tipologia di accesso ("*prima visita/esame/accesso*" oppure "*accesso successivo*");
- la classe di priorità con la specifica indicazione del codice di priorità (U,B,D,P) solo per la prima visita/esame/accesso. Si fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi

alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo “Classe di priorità” è obbligatoria solo per il primo accesso.

Si intende per “**primo accesso**”:

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

Si intende per “**accesso successivo al primo**”:

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

Le classi di priorità attribuibili alle prestazioni di primo accesso (prime visite o prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche) sono le seguenti:

PRIORITA'	TEMPO (In Giorni)	Valore Soglia
U (URGENTE)	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore	Il 100% delle prenotazioni
B (BREVE)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (DIFFERIBILE)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per le prestazioni strumentali	Almeno 90% delle prenotazioni
P (PROGRAMMATA)	da eseguire entro 120 giorni con decorrenza dal 01/01/2020 (precedentemente era valido il limite stabilito dal PNGLA di 180 giorni)	Almeno 90% delle prenotazioni dall'1/1/2020

Ai fini del monitoraggio dei tempi d’attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, secondo le modalità fissate dal PNGLA 2019-2021, sono state prese in considerazione esclusivamente le prestazioni di primo accesso.

Il sistema dell’offerta complessivo dell’ATS Sardegna (comprensivo di tutte le strutture private accreditate insistenti nel proprio territorio) assicura che le prestazioni siano erogate entro il tempo massimo di attesa

almeno per il 90% delle prenotazioni, per ciascuna delle classi di priorità oggetto di monitoraggio, e del 100% delle prestazioni con codice di priorità U (Urgente) nel rispetto degli Ambiti Territoriali di Garanzia così come individuati dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna con D.G.R. n. 59/5 del 4.12.2018 con la quale sono stati approvati il modello di raggruppamento di attesa omogenei (RAO) relativo alle 43 prestazioni soggette a monitoraggio e gli ambiti territoriali di garanzia entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità.

Il sistema basato sui Rao consentirà di ottimizzare le pratiche e ridurre gli sprechi, in termini di esami inutili, disincentivando il "consumismo sanitario". Un buon servizio sanitario non è quello che offre tutto e subito, ma quello che offre ciò che è appropriato in tempi appropriati. Tutti i soggetti interessati – cittadini, medici prescrittori, strutture sanitarie – sono chiamati a impegnarsi responsabilmente per raggiungere questo obiettivo, che significa anche salvaguardare la sostenibilità economica del servizio sanitario».

2.2.2 La ricetta elettronica dematerializzata

Nella Regione Sardegna la ricetta dematerializzata è stata introdotta con la Delibera n. 13/4 del 31 marzo 2015, in cui la Giunta regionale ha incaricato l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale di portare a compimento il progetto della ricetta medica dematerializzata. La Giunta ha anche stabilito il formato del promemoria per le prescrizioni di farmaci e di prestazioni specialistiche e stabilito le linee guida per il medico prescrittore e per l'erogatore farmacista.

Con successiva Delibera n. 32/51 del 8 agosto 2019 la Giunta ha approvato il Catalogo delle prestazioni specialistiche ed esami da utilizzare per le prescrizioni de materializzate che consente al medico di specificare con maggior dettaglio la prestazione che sta prescrivendo, agevolando in tal modo l'attività dell'erogatore e del sistema di prenotazione CUP. Le tariffe delle prestazioni e le regole di prescrivibilità restano inalterate e si applicano anche alla prescrizione con ricetta dematerializzata.

Infine con Delibera n. 42/35 del 22.10.2019 la Giunta ha approvato la messa a regime della ricetta dematerializzata ed ha emanato le linee guida regionali per i medici prescrittori e per le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate. Già al 31/12/2019, successivamente alla fase di sperimentazione e avvio della implementazione che ha avuto avvio nel settembre 2019, si è assistito ad una integrazione della procedura su circa il 45% del totale delle prescrizioni ambulatoriali come meglio sotto evidenziato.

La dematerializzazione della ricetta medica comporta innumerevoli vantaggi per il sistema sanitario in termini di efficienza, risparmio e diminuzione degli errori, senza generare disagi per il cittadino che, come di consueto, può andare in farmacia o nella struttura sanitaria con il promemoria insieme alla propria tessera sanitaria, così come faceva con la ricetta rossa, a ritirare il farmaco prescritto o ricevere la prestazione prescritta. Analogamente può utilizzarlo per prenotare al CUP di qualsiasi regione italiana essendo valido a livello nazionale.

L'utilizzo della ricetta dematerializzata sta contribuendo al processo di razionalizzazione della domanda e dell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie per il perseguimento dell'efficacia e della sostenibilità del SSN, incidendo sulla gestione delle liste di attesa e la diffusione controllata delle classi di priorità secondo il modello RAO

L'ATS Sardegna nel più breve tempo possibile ha avviato la formazione dei medici prescrittori e da gennaio 2020, si assiste ad un sostanziale incremento dell'utilizzo della ricetta dematerializzata che a dicembre dello stesso anno con un numero di ricette dematerializzate pari a 1.932.367 su un totale di ricette emesse pari a 3.025.835, copriva il 65% del totale delle prescrizioni fatte nell'anno, così come rappresentato nella tabella sotto riportata:

RAPPORTO PRESCRIZIONI CARTACEE DEMATERIALIZZATE SPECIALISTICA AMBULATORIALE			
	ANNO 2019	ANNO 2020	ANNO 2021 Primi 4 mesi

		PRESCRIZIONI	%	PRESCRIZIONI	%	PRESCRIZIONI	%
ASSL 1	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	600.671	67%	113.585	16%	31.415	9%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	290.938	33%	617.093	84%	316.326	91%
	- di cui specialistica ambulatoriale	31.409	4%	451.554	62%	245.384	71%
	- di cui specialistica ospedaliera	259.529	29%	165.539	23%	70.942	20%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	891.609	100%	730.678	100%	347.741	100%
ASSL 2	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	225.339	64%	27.280	8%	9.004	6%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	126.384	36%	296.545	92%	144.895	94%
	- di cui specialistica ambulatoriale	17.895	5%	226.037	70%	116.438	76%
	- di cui specialistica ospedaliera	108.489	31%	70.508	22%	28.457	18%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	351.723	100%	323.825	100%	153.899	100%
ASSL 3	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	268.723	54%	40.820	9%	8.717	4%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	232.399	46%	401.711	91%	185.390	96%
	- di cui specialistica ambulatoriale	14.994	3%	245.883	56%	126.367	65%
	- di cui specialistica ospedaliera	217.405	43%	155.828	35%	59.023	30%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	501.122	100%	442.531	100%	194.107	100%
ASSL 4	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	109.129	64%	33.973	24%	10.967	17%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	62.707	36%	106.320	76%	52.879	83%
	- di cui specialistica ambulatoriale	5.220	3%	61.868	44%	35.845	56%
	- di cui specialistica ospedaliera	57.487	33%	44.452	32%	17.034	27%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	171.836	100%	140.293	100%	63.846	100%
ASSL 5	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	299.063	60%	39.197	9%	9.072	4%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	196.112	40%	393.369	91%	195.082	96%
	- di cui specialistica ambulatoriale	24.528	5%	286.585	66%	143.010	70%
	- di cui specialistica ospedaliera	171.584	35%	106.784	25%	52.072	26%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	495.175	100%	432.566	100%	204.154	100%
ASSL 6	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	169.085	54%	32.272	12%	9.363	7%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	141.393	46%	243.631	88%	118.177	93%
	- di cui specialistica ambulatoriale	40.763	13%	173.502	63%	85.870	67%
	- di cui specialistica ospedaliera	100.630	32%	70.129	25%	32.307	25%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	310.478	100%	275.903	100%	127.540	100%
ASSL 7	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	251.819	67%	34.113	10%	9.106	6%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	122.079	33%	308.637	90%	141.042	94%
	- di cui specialistica ambulatoriale	12.085	3%	221.793	65%	106.254	71%
	- di cui specialistica ospedaliera	109.994	29%	86.844	25%	34.788	23%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	373.898	100%	342.750	100%	150.148	100%
ASSL 8	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	1.151.494	69%	169.808	11%	42.020	6%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	524.224	31%	1.386.848	89%	654.419	94%
	- di cui specialistica ambulatoriale	86.423	5%	1.099.762	71%	537.898	77%
	- di cui specialistica ospedaliera	437.801	26%	287.086	18%	116.521	17%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	1.675.718	100%	1.556.656	100%	696.439	100%
ATS	Prescrizioni Cartacee Spec. Amb	3.075.323	64%	491.048	12%	129.664	7%
	Prescrizioni Dematerializzate Spec. Amb.	1.696.236	36%	3.754.154	88%	1.808.210	93%
	- di cui specialistica ambulatoriale	233.317	5%	2.766.984	65%	1.397.066	72%
	- di cui specialistica ospedaliera	1.462.919	31%	987.170	23%	411.144	21%
	Totale Prescrizioni Spec. Amb.	4.771.559	100%	4.245.202	100%	1.937.874	100%

(Fonte Medir - servizi.medir.sardegna.salute.it)

Alla tabella di cui sopra si evince l'incremento nell'utilizzo delle ricette dematerializzate, relative alle prescrizioni di specialistica ambulatoriale e ospedaliera, dalla data di attivazione a fine 2019 fino ai primi quattro mesi dell'anno 2021. Il dato si riferisce al rapporto tra la statistica Medir – Invio Documenti Mensile per tipologia estratti per ASSL, la statistica DEMA – Invio Prescrizioni Dematerializzate mensile per ASSL

(Specialistica Ambulatoriale) e la statistica DEMA Ospedaliera – Invio Prescrizioni Dematerializzate mensile per ASSL (Specialistica Ospedaliera).

L'obiettivo dell'ATS Sardegna è quello di individuare i medici prescrittori che ad oggi non utilizzano le procedure informatiche per predisporre prescrizioni dematerializzate e, salvo casi particolari previsti dalla normativa vigente, riorientare il loro comportamento anche attraverso una reiterata e più specifica formazione, verso l'eliminazione delle prescrizioni cartacee e addivenire alla totale eliminazione delle stesse entro il 31/12/2021.

Lo strumento più idoneo per raggiungere lo scopo di ridurre/eliminare l'inappropriatezza prescrittiva è l'utilizzo di software che permettano l'analisi di dati strutturati e attraverso l'utilizzo di "motori semantici" anche di dati non strutturati che opportunamente analizzati tramite algoritmi di intelligenza artificiale permettano l'analisi puntuale, per singolo medico, dell'appropriatezza prescrittiva.

2.2.3 La Cartella delle cure primarie e il Fascicolo Sanitario Elettronico

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

Si sono valutate diverse opzioni possibili, alcune delle quali complementari. La più semplice, sarebbe stata quella di realizzare delle piattaforme software dedicate dove concentrare e gestire le informazioni da condividere, ad esempio la presa in carico dei pazienti, i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), le attività svolte. Medici di famiglia, specialisti del territorio e ospedalieri avrebbero utilizzato insieme la piattaforma, ciascuno in funzione del proprio ruolo. L'opzione, più avanzata invece, prevedeva l'uso, da parte dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta, di una cartella clinica elettronica, integrata con i sistemi territoriali e ospedalieri, come ad esempio il CUP, l'anagrafe vaccinale, il sistema di screening, il sistema di gestione delle cronicità. Dall'analisi dell'esperienza di altri sistemi sanitari, si è verificato infatti che, per quanto di più difficile attuazione, solo con la presenza di un unico sistema informativo, utilizzato sia della cure primarie, sia dagli ambulatori e gli ospedali che fanno parte della rete, si realizza la vera integrazione delle cure grazie alla cartella clinica integrata.

Nell'anno 2006 il Ministero per l'Innovazione e le Tecnologie presenta le linee di intervento del Piano di Sanità Elettronica, emesso dal Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica (TSE) nel marzo 2005, definendo le linee di intervento, le linee guida architettoniche e le specifiche tecniche alla base dello sviluppo e della diffusione dell'innovazione digitale nei processi socio sanitari.

Componente fondamentale della Strategia Architettonica per la Sanità Elettronica, è il Fascicolo Sanitario Elettronico a livello nazionale dove vengono raccolti tutti gli eventi sanitari dei cittadini nel rispetto della normativa sulla privacy

La Regione Sardegna, sin dal 2008, si è orientata alla ristrutturazione del sistema sanitario in un'ottica di standard internazionali e piattaforme aperte in informatica sanitaria con l'obiettivo di implementare nel sistema la cartella clinica elettronica integrata.

Nell'anno 2019 è stata firmata una convenzione tra l'ATS e la Regione Sardegna per la realizzazione del nuovo sistema informativo delle cure primarie che punta a riformare l'architettura informatica sul nuovo modello dell'assistenza territoriale, pensato per migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino in conformità con gli indirizzi della riforma sanitaria regionale, e a limitare gli interventi ospedalieri complessi. Il sistema consentirà una piena condivisione dei dati, delle informazioni e dei documenti non solo tra le diverse strutture sociosanitarie collocate su tutto il territorio regionale ma anche tra le diverse figure professionali che sono coinvolte nel percorso di assistenza territoriale.

Il progetto di digitalizzazione delle cure primarie, che prevede un investimento di poco superiore ai sei milioni di euro, di cui circa 4,2 milioni assegnati alla ATS, è stato suddiviso in due fasi ed è composto da numerosi interventi di informatizzazione, tra i quali: la creazione della cartella delle cure primarie, strumento imprescindibile per l'integrazione dei servizi sociosanitari locali; l'utilizzo della telemedicina per un monitoraggio costante dei valori del paziente anche da remoto; l'informatizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA).

La convenzione detta la linea anche per la nascita del nuovo modello informatico sperimentale di gestione della non emergenza, attraverso centrali operative delle cure primarie che risponderanno ad un numero verde unico (che in prospettiva diventerà il numero unico internazionale per la non emergenza 116 117).

Una volta completato il nuovo sistema informativo per le cure primarie, sarà introdotto nella piattaforma informatica sanitaria regionale e sarà capace di dialogare con l'anagrafe degli assistibili, i sistemi ospedalieri, territoriali e sociosanitari del SISaR e di altri sistemi applicativi regionali e aziendali, il Fascicolo Sanitario Elettronico ed il CUP Web.

Il sistema informativo delle cure primarie sarà introdotto nel sistema informativo sanitario regionale in maniera strettamente integrata con il fascicolo sanitario elettronico, la rete dei medici di medicina generale, la ricetta dematerializzata (componenti realizzate nell'ambito del progetto MEDIR), con i sistemi ospedalieri, territoriali, sociosanitari e con il CUP (componenti realizzate nell'ambito del progetto SISaR), nonché con l'anagrafica degli assistibili (componente realizzata nell'ambito del progetto ANAGS).

In Sardegna il fascicolo è attivo dal 2015 e ad oggi sono circa 75mila le persone che lo hanno attivato. Un risultato insoddisfacente per poter alleggerire il peso della burocrazia e rendere più efficiente il sistema sanitario.

Il fascicolo sanitario elettronico è strumento informatico che consente al cittadino di tracciare e consultare la propria storia sanitaria per poterla poi condividere con i professionisti che lo hanno in cura ma solo dal momento dell'attivazione il fascicolo inizierà a collezionare per conto del paziente i documenti (come prescrizioni, certificati medici, referti dei laboratori, schede di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso e referti della donazione sangue) provenienti dai medici e dalle strutture pubbliche di tutta la Sardegna e, nel caso di ricoveri fuori dall'Isola, anche il materiale prodotto nelle altre 17 regioni italiane in cui è attivo il servizio.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente, è un insieme di documenti sanitari firmati digitalmente, creati ad ogni accesso dell'Assistito al Servizio Sanitario Regionale e Nazionale. Attraverso il Fascicolo Sanitario Elettronico, ciascun medico curante, se autorizzato dal paziente, potrà consultare on-line tutti i documenti sanitari, compresi quelli prodotti dai colleghi durante i percorsi di diagnosi e cura, e potrà in tal modo assistere il paziente avendo a disposizione tutte le informazioni utili. Non sarà più necessario che il paziente porti con sé tutta la documentazione sanitaria in formato cartaceo.

Ciò significa, ad esempio, che il Medico di Medicina Generale avrà la possibilità di consultare tutta la storia sanitaria di un nuovo paziente precedentemente assistito da un altro Medico o Pediatra, e che i medici specialisti e ospedalieri potranno condividere con il Medico di Medicina Generale tutte le informazioni indispensabili per assicurare al Paziente la continuità dell'assistenza con elevati standard di qualità e di integrazione.

L'obiettivo dell'ATS Sardegna, è quello di rendere il più efficiente possibile il sistema integrato di sanità pubblica dell'Azienda portando avanti l'implementazione degli strumenti previsti con la Deliberazione del Direttore Generale ATS n. 183 del 06.02.2018, in collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità e che consentano agli operatori la condivisione delle informazioni sulla salute del paziente per rendere più efficienti i processi di diagnosi e cura dello stesso, nonché per ridurre i costi della spesa sanitaria derivanti dalla ripetizione di esami clinici o prestazioni già erogate.

Allo stato attuale il numero di Fascicoli Sanitari Elettronici attivati pari ad oltre un milione e mezzo nella Regione Sardegna evidenzia un'ampia adesione al sistema anche se il numero di quelli autorizzati alla consultazione rappresenta soltanto il 13% di quelli attivati, come da tabella sotto riportata:

INDICE DI ATTIVAZIONE DEL FSE				
DESCRIZIONE	ANNO 2019	ANNO 2020	PRIMI 4 MESI 2021	TOTALE
FSE Attivati	19.920	1.544.139	9.403	1.573.462
Consultabili	19.831	89.821	88.013	197.665

NON Consultabili	777	1.531.284	9.092	1.541.153
Pregresso Attivato	19.586	92.973	89.690	202.249
Pregresso NON attivato	147	3.150	3.594	6.891
Pregresso NON espresso	166	1.518.946	8.429	1.527.541
FSE Disattivati	22	23	-	45

(Fonte Medir - servizi medir.sardegna salute.it)

Le percentuali di consultazione dei documenti Digitali Medir da parte dei professionisti sanitari per ASSSL e degli utenti FSE, evidenziano un costante incremento con un dato complessivo che va dall'8% del 2019 al 55% dei primi mesi del 2021 con un trend di crescita del 47% in due anni:

DATI RELATIVI ALLE VISUALIZZAZIONI DOCUMENTI MEDIR							
Descrizione	Anno 2019	%	Anno 2020	%	Primi 4 mesi 2021	%	Totale
ASSSL 1	425	24%	712	40%	634	36%	1.771
ASSSL 2	368	11%	1.536	45%	1.485	44%	3.389
ASSSL 3	196	26%	237	31%	331	43%	764
ASSSL 4	130	51%	84	33%	39	15%	253
ASSSL 5	471	10%	1.515	32%	2.680	57%	4.666
ASSSL 6	1.456	15%	3.753	39%	4.411	46%	9.620
ASSSL 7	54	6%	264	28%	628	66%	946
ASSSL 8	2.916	7%	12.187	31%	23.901	61%	39.004
FSE	54.570	8%	238.719	37%	360.328	55%	653.617
TOTALE	60.586	8%	259.007	36%	394.437	55%	714.030

(Fonte Medir - servizi medir.sardegna salute.it)

Obiettivo dell'ATS è quello di, in Collaborazione con l'Assessorato Regionale alla Sanità della Regione Sardegna, ampliare sempre più la platea di utilizzatori del sistema Medi sia per l'alimentazione che la consultazione prevedendo:

- la richiesta di adesione all'integrazione dei Sistemi Informativi delle Strutture Sanitarie Private e delle Farmacie Accreditate con il Fascicolo Sanitario Elettronico della Sardegna.
- la formazione continua degli operatori sanitari nell'alimentazione, nell'utilizzo e consultazione dei documenti elettronici;
- la verifica che tutti i medici di famiglia abilitati, provvedano a registrare sul Fascicolo Sanitario Elettronico:
 - la Scheda Sanitaria Individuale
 - la Scheda individuale per le emergenze (l'Emergency Data Set (EDS)), documento, redatto e aggiornato dal medico di famiglia, che contiene informazioni indispensabili in caso di emergenza come, ad esempio, allergie, reazioni avverse ai farmaci, rischi immunitari, patologie gravi ecc.
- attivazione della Campagna di Comunicazione circa le modalità di adesione al sistema fornendo anche un supporto telefonico all'utenza.

2.2.4 Gestione del paziente cronico

I "Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali" ("PDTA") consistono in una serie di interventi clinici, caratterizzati da elevata complessità e multidisciplinarietà, rivolti in maniera speciale a determinate categorie di pazienti affetti da patologie croniche e/o complesse.

Questi pazienti, affetti da malattie con caratteristiche di tendenziale progressione clinica e di lunga durata necessitano:

- di molteplici prestazioni mirate e tra loro connesse (di diagnosi, di trattamento, di controllo e di riabilitazione);
- di assistenza continuativa, atta a garantire la successione degli interventi clinici secondo un *continuum* diagnostico e terapeutico che può articolarsi e svolgersi anche in contesti e luoghi di cura differenti (dall'ospedale al territorio).

Negli anni è progressivamente aumentata l'applicazione dei PDTA, ritenuti i più efficaci strumenti clinici finalizzati alla presa in carico globale del paziente cronico: la domanda di cure è, infatti, sempre più ampia e diversificata da parte dell'utenza che, vivendo più a lungo, presenta bisogni assistenziali crescenti da affrontarsi nell'ottica della multidisciplinarietà.

All'aumento della longevità dei pazienti corrisponde spesso l'aumento della presenza di "comorbidità" cui consegue, dunque, la necessità del ricorso a percorsi diagnostici e terapeutici caratterizzati da competenze specialistiche diversificate che devono essere integrate secondo modelli assistenziali multi-livello. Ciò presuppone, da una parte, l'affermazione di una visione "olistica" dello stato di salute della persona, che deve essere trattata nella sua totalità ed integrità psico-fisica mediante interventi che tengano conto dei diversi aspetti della cura (dalla diagnosi alla riabilitazione); dall'altra, lo sviluppo della medicina "*di iniziativa*", "*proattiva*" attraverso il potenziamento della rete dei servizi territoriali.

Ciò che contraddistingue i PDTA, infatti, è la molteplicità degli interventi assistenziali attuati secondo schemi standardizzati di cura basati sulle più rilevanti evidenze scientifiche nazionali ed internazionali in tema di patologie croniche ad alta diffusione e rilevanza clinica (scompenso cardiaco, diabete mellito, tumore della mammella, colon retto, polmone, ecc.)

Il sistema integrato di cure assicurato grazie alla rigorosa applicazione dei PDTA da parte del team multidisciplinare consente di garantire a ciascun paziente:

1. la **globalità** degli interventi specifici per la patologia riscontrata;
2. l'**appropriatezza** e la **qualità** delle prestazioni erogate;
3. la **continuità** delle cure nei diversi setting assistenziali;
4. la **riduzione della variabilità** nel trattamento tra diversi soggetti affetti dalla medesima patologia.

In quanto sistemi integrati di servizi e prestazioni erogati da équipe multidisciplinari operanti nei diversi ambiti organizzativi (realtà ospedaliera e territoriale), i PDTA mirano ad assicurare l'integrazione delle procedure e dei piani assistenziali.

La finalità dei PDTA è, infatti, quella di garantire al paziente cronico non solo il corretto trattamento della patologia, ma anche, per quanto possibile, il miglioramento del suo stato funzionale e la prevenzione delle ricadute, con positive ripercussioni sul benessere e la qualità della vita del soggetto.

In esecuzione delle direttive impartite dalla Regione Sardegna mediante specifici Documenti Tecnici e/o Linee Guida clinico-assistenziali, la ATS Sardegna ha approvato, negli ultimi anni, una serie di PDTA per le più importanti patologie.

Questi percorsi, che devono essere garantiti sul territorio in quanto sistemi integrati di prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza sono di volta approvati con appositi provvedimenti amministrativi di recepimento delle disposizioni nazionali e regionali tra cui spiccano:

- quelle già contenute nel **Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021** secondo cui i PDTA devono rappresentare un utile strumento di gestione del paziente cronico e/o complesso, in particolare per le patologie per le quali si registrano, all'interno di ciascuna Azienda, le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni;
- quelle previste nel nuovo **Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2019/2021** (approvato con Deliberazione di Giunta Regionale 62/24 del 04.12.2020) e confermate del precedente Piano, secondo cui si deve focalizzare l'attenzione sul rispetto dei tempi di attesa con specifico riferimento agli esami strumentali maggiormente richiesti dalla fascia di popolazione affetta da patologie croniche.

L'Azienda ha in questi anni sviluppato diversi PDTA volti alla presa in carico dei pazienti cronici.. Pur raggiungendo buoni risultati localmente, tali interventi ad oggi, forse anche a causa della non totale diffusione e applicazione in tutte le Aree Socio-sanitarie dell'ATS Sardegna, non si sono dimostrati idonei ad incidere sistematicamente sulla appropriatezza delle prestazioni erogate e, conseguentemente, sulla riduzione delle liste d'attesa.

Di seguito vengono riproposti alcuni dei PDTA adottati e attivati nell'ATS Sardegna anche se in maniera non omogenea, sulla base delle principali patologie croniche

- ***“Gestione Integrata del Paziente con Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva”***
- ***“Presa in carico del Paziente con Doppia Diagnosi”***
- ***“Gestione del paziente con frattura prossimale del femore”***
- ***“Percorso nascita”***
- ***“Piede Diabetico”***
- ***“Gestione del paziente con scompenso cardiaco”***
- ***“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale del paziente diabetico”***
- ***“Ictus Ischemico”***
- ***“Gestione delle meningite acute batteriche comunitarie”***
- ***“Gestione del paziente con Demenza”***
- ***“Carcinoma del Colon”***
- ***“Paziente affetto da carcinoma prostatico”***
- ***“Carcinoma Mammario”***
- ***Ecc.***

Il presente Piano, recependo quanto indicato dal PRGLA 2019-2021, stabilisce che il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, che verrà istituito presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria.

2.2.5 Pianificazione dell'offerta

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

Con ***Deliberazione del Commissario Straordinario dell'ATS n. 30 del 16/11/2020*** è stato approvato il ***“Piano Preventivo delle Attività 2021-2023”*** con il quale sono state determinate, per ciascun macro livello assistenziale e per ciascuna ASSL, le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da produrre direttamente, da acquistare dalle altre aziende pubbliche o dalle strutture private accreditate;

L'assistenza specialistica ambulatoriale, infatti, comprende tutte le prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, favorendo l'assistenza del paziente nel proprio luogo di vita, contribuendo alla deospedalizzazione, consentendo una ottimizzazione delle risorse e l'umanizzazione del rapporto assistenziale e una migliore presa in carico del paziente stesso.

Ai fini della valutazione dei fabbisogni di prestazioni di specialistica ambulatoriale e della relativa offerta sono state esaminate le prestazioni ambulatoriali erogate a favore dei residenti dell'ATS nell'anno 2019 (dato consolidato e riferimento attendibile in regime covi-19), erogate dalle Strutture a gestione diretta dell'ATS, da altre strutture pubbliche della Regione Sardegna, dalle strutture private accreditate e da altre strutture pubbliche e private delle altre regioni Italiane.

L'analisi dei fabbisogni di prestazioni in ambito territoriale ha necessariamente preso le mosse dalla verifica del numero delle strutture (rif. Codice Struttura STS11) che hanno erogato, nell'anno 2019, prestazioni specialistiche ambulatoriali, suddivise per tipologia di erogatore: ATS, Privato, Altre Strutture Pubbliche.

Distribuzione territoriale delle strutture

ASSL	ATS PUBBLICO	ATS PRIVATO	ALTRE STRUTTURE PUBBLICHE	TOTALE COMPLESSIVO	% per ASSL
ASSL SASSARI	29	24	2	55	14%
ASSL OLBIA	20	12		32	8%
ASSL NUORO	40	9		49	12%
ASSL LANUSEI	5	7		12	3%
ASSL ORISTANO	28	11		39	10%
ASSL SANLURI	9	18		27	7%
ASSL CARBONIA	16	13		29	7%
ASSL CAGLIARI	43	103	5	151	38%
ATS	197	190	7	394	

La distribuzione territoriale delle strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica risulta ancora disomogenea come si evince dalla tabella sopra riportata.

Suddivisione prestazioni per Aziende/Strutture eroganti - numero prestazioni

MACROAGGREGATO	AZIENDE OSPEDALIERE PUBBLICHE	ATS PUBBLICO	ATS PRIVATO	Totale complessivo
Radiologia	97.846	398.968	440.577	937.391
Medicina Nucleare	16.474	39	77	16.590
Radioterapia	206.983	57.015	0	263.998
RMN e TAC	52653	81.968	77.880	212.501
Diagnostica di laboratorio	2.630.740	6.493.061	3.138.918	12.262.719
FKT	63.502	441.577	1.435.271	1.940.350
Nefrologia e Dialisi	68.233	164.158	52.269	284.660
Visita	1.256.659	2.471.325	556.068	4.284.052
Day Service	3.332	7.706	13.060	24.098
Totale complessivo	4.396.422	10.115.817	5.714.120	20.226.359
% prestazioni per tipologia struttura erogante	22%	50%	28%	100%

Le Strutture dell'ATS forniscono il 50% del totale delle prestazioni, il 22% è prodotto da altre aziende pubbliche mentre i privati accreditati offrono il 28% del totale delle prestazioni. A causa di una eterogeneità dell'offerta di servizi nelle diverse Aree, si assiste ad una elevata "mobilità interna" di pazienti che effettuano visite o prestazioni specialistiche in altre aree del territorio. Il fenomeno pandemico da Sars-Cov 2 a partire da marzo 2020 ha inoltre inciso notevolmente sulle modalità e sulla tempistica di erogazione delle prestazioni, determinando un incremento dei tempi d'attesa, anche se parzialmente compensato da una diminuzione sensibile della domanda di prestazioni.

Al 31/12/2019 la ASSSL con maggior numero di prestazioni in attesa è la ASSSL di Cagliari con il 46,76% a seguito dell'elevatissimo numero di pazienti che richiedono prestazioni nella città metropolitana di Cagliari, seguita dalla ASSSL di Sassari con il 19,15% e di Oristano con il 12,35%. In questi ultimi due casi il fenomeno è però legato alla minore offerta dovuta alla carenza di personale medico e di attrezzature nelle branche specialistiche più critiche.

Utilizzando i tempi medi di prima disponibilità per le classi di priorità B (breve), D (differibili) e P (programmate), Dai dati del report "Cup Web" risultano le seguenti criticità:

- Visite di cardiologia (ASSSL Sassari e Carbonia)
- Visite di chirurgia vascolare (ASSSL Nuoro, Lanusei e Oristano)
- Visite endocrinologiche (ASSSL Sassari, Olbia, Lanusei e Cagliari)
- Visite gastroenterologiche (ASSSL Olbia, Lanusei, Oristano e Sanluri)
- Visite pneumologiche (ASSSL Lanusei e Olbia)
- Visite ORL (ASSSL Sanluri e Carbonia)
- Visite urologiche (ASSSL Sassari, Olbia, Oristano e Sanluri)

Per le prestazioni strumentali le criticità sono le seguenti:

- RMN/TAC (ASSSL di Sanluri, Carbonia, Sassari e Cagliari e Oristano per le RMN)
- Colonscopie: in tutto il territorio
- Eco – Ecodoppler (ASSSL di Oristano, Carbonia, Sassari e Lanusei)
- Elettromiografie (ASSSL di Sassari)
- Mammografie non screening (ASSSL di Carbonia)

Sulla base dei dati di cui sopra, dei consumi medi procapite per tipologia di prestazione, delle richieste dei Direttori di ASSSL che hanno rappresentato difficoltà nell'accessibilità e fruibilità di alcune tipologie di prestazioni, con particolare riferimento al macroaggregato "visite" ed in riferimento alle "prestazioni critiche", oggetto di monitoraggio da parte del Ministero, è stata fatta la stima del numero di prestazioni previste per il prossimo triennio. Si è tenuto conto che per altro, nel 2020 sono stati attivati progetti specifici per l'abbattimento dei tempi d'attesa (finanziati ad hoc e tuttora in corso) ma non per tutte le tipologie di prestazioni. In relazione a quest'ultimo punto si è stimata una quota aggiuntiva di fabbisogno necessario all'abbattimento dei tempi d'attesa.

Macro aggregato	ASSSL SASSARI	ASSSL OLBIA	ASSSL NUORO	ASSSL LANUSEI	ASSSL ORISTANO	ASSSL SANLURI	ASSSL CARBONIA	ASSSL CAGLIARI	ATS
Diagnostica di laboratorio	2.675.034	1.251.174	1.422.057	454.320	1.336.279	805.248	1.054.683	4.481.443	13.480.238
Radiologia	204.486	95.643	95.665	34.729	102.148	61.555	80.622	342.572	1.017.420
RMN e TAC	46.356	21.682	21.623	7.873	23.156	13.954	18.277	77.660	230.580
Medicina Nucleare	3.619	1.693	600	615	1.808	1.089	1.427	6.063	16.913
Radioterapia	57.589	26.936	26.273	9.781	28.768	17.336	22.706	96.478	285.867
FKT	423.275	197.975	133.224	71.888	211.442	127.416	166.884	709.107	2.041.210
Nefrologia e Dialisi	62.097	29.044	28.005	10.546	31.020	18.693	24.483	104.029	307.917

Visita	939.795	439.564	460.656	159.612	469.463	282.901	370.532	1.574.425	4.696.947
Totale	4.412.251	2.063.709	2.188.103	749.363	2.204.084	1.328.192	1.739.614	7.391.777	22.077.094

Fabbisogno di prestazioni suddiviso tra pubblico e privato

Fabbisogno previsto per ASL residenza in base allo standard	ATS	Altre aziende pubbliche	Privati	Totale
Diagnostica di laboratorio	7.177.279	2.630.740	3.672.219	13.480.238
Radiologia	462.049	97.846	457.525	1.017.420
RMN e TAC	102.399	52.653	75.528	230.580
Medicina Nucleare	439	16.474	-	16.913
Radioterapia	78.884	206.983	-	285.867
FKT	709.308	63.502	1.268.400	2.041.210
Nefrologia e Dialisi	181.127	68.233	58.557	307.917
Visita	3.083.191	1.259.991	353.765	4.696.947
Totale complessivo	11.794.676	4.396.422	5.885.994	22.077.092

Una delle maggiori criticità evidenziate nel corso dell'anno 2020 hanno un carattere strutturale, in particolare la carenza di personale medico, sia dipendente che convenzionato di specialistica ambulatoriale, che è diventato ormai un elemento strutturale del panorama sanitario italiano e sardo rendendo difficile coniugare contemporaneamente un alto volume di prestazioni ambulatoriali, la presa in carico territoriale dei pazienti cronici e l'erogazione di prestazioni ospedaliere diffuse in modo molto frammentato nel territorio regionale. La frammentazione comporta una maggiore utilizzazione di risorse umane specialistiche che sono proprio quelle carenti. Proprio la carenza di risorse specialistiche nel mercato del lavoro fa sì che le ingenti risorse stanziare per l'abbattimento delle liste d'attesa producano degli effetti minimali o parziali sulla riduzione dei tempi di attesa e comunque introducono nel sistema dei caratteri di anti economicità, conducendo al diffuso utilizzo di strumenti come le prestazioni aggiuntive, lo straordinario, le prestazioni in libera professione per conto dell'azienda ecc.

Con **Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n. 174 del 30.12.2020** è stato adottato il **"Piano Triennale del Fabbisogno del personale anni 2021 – 2023"**, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 4 del D. Lgs. n. 75/2017, in coerenza con la Pianificazione Pluriennale delle Attività come da tabella sotto riportata, che prevede un incremento assunzionale nell'anno 2021 e il consolidamento, quale saldo tra cessazioni e assunzioni, dei posti coperti al 31/12/2021, nei due anni successivi:

				2021					
Ruolo	CAT	Disciplina	Dotazione organica	Posti Coperti	Cessazioni 2021	Assunzioni 2021	Posti Coperti al 31/12/2021	Saldo 01/01/2021 - 31/12/2021	
Sanitario	DIRIGENZA	Cardiologia	180	130	4	28	154	24	
Sanitario	DIRIGENZA	Chirurgia Vascolare	10	7	0	3	10	3	
Sanitario	DIRIGENZA	Endocrinologia	8	5	0	2	7	2	
Sanitario	DIRIGENZA	Gastroenterologia	26	17	1	8	24	7	
Sanitario	DIRIGENZA	Malattie dell'apparato respiratorio	48	27	7	17	37	10	
Sanitario	DIRIGENZA	Otorinolaringoiatria	33	31	2	4	33	2	

Sanitario	DIRIGENZA	Radiodiagnostica	205	183	8	22	197	14
Sanitario	DIRIGENZA	Urologia	45	37	4	9	42	5
2022								
	CAT	Disciplina	Dotazione organica	Posti Coperti	Cessazioni 2022	Assunzioni 2022	Posti Coperti al 31/12/2022	Saldo 01/01/2022 - 31/12/2022
Sanitario	DIRIGENZA	Cardiologia	180	154	11	11	154	0
Sanitario	DIRIGENZA	Chirurgia Vascolare	10	10	1	1	10	0
Sanitario	DIRIGENZA	Endocrinologia	8	7	1	1	7	0
Sanitario	DIRIGENZA	Gastroenterologia	26	24	3	3	24	0
Sanitario	DIRIGENZA	Malattie dell'apparato respiratorio	48	37	5	5	37	0
Sanitario	DIRIGENZA	Otorinolaringoiatria	33	33	2	2	33	0
Sanitario	DIRIGENZA	Radiodiagnostica	205	197	7	7	197	0
Sanitario	DIRIGENZA	Urologia	45	42	4	4	42	0
2023								
	CAT	Disciplina	Dotazione organica	Posti Coperti	Cessazioni 2023	Assunzioni 2023	Posti Coperti al 31/12/2023	Saldo 01/01/2022 - 31/12/2022
Sanitario	DIRIGENZA	Cardiologia	180	154	12	12	154	0
Sanitario	DIRIGENZA	Chirurgia Vascolare	10	10	1	1	10	0
Sanitario	DIRIGENZA	Endocrinologia	8	7	1	1	7	0
Sanitario	DIRIGENZA	Gastroenterologia	26	24	2	2	24	0
Sanitario	DIRIGENZA	Malattie dell'apparato respiratorio	48	37	7	7	37	0
Sanitario	DIRIGENZA	Otorinolaringoiatria	33	33	1	1	33	0
Sanitario	DIRIGENZA	Radiodiagnostica	205	197	9	9	197	0
Sanitario	DIRIGENZA	Urologia	45	42	6	6	42	0

L'ATS Sardegna, per quanto concerne la programmazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero oggetto di monitoraggio, nell'anno 2021, anche in considerazione dei trend degli anni 2019 e 2020 in seguito alla riduzione del numero di interventi per l'emergenza covid-19 e ai percorsi igienico sanitari predisposti per ridurre al minimo i contagi, per le 17 prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, intende garantire almeno i volumi dell'anno 2020.

Tuttavia, considerato che ad oggi l'ATS non possiede gli strumenti di governo delle liste d'attesa delle 17 prestazioni ospedaliere oggetto di monitoraggio, l'obiettivo prioritario è, per il primo semestre dell'anno 2021, la costituzione di una base dati informativa per la creazione di report automatici per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui sopra e, nel secondo semestre dello stesso anno, la verifica comparativa dei dati, la valutazione degli stessi e la predisposizione dei piani di intervento per la loro puntuale verifica ai fini della trasmissione all'Assessorato Regionale per la loro validazione e trasmissione ai sensi del PRGLA 2019-2021.

La Regione Sardegna ha infatti evidenziato nel PRGLA al punto 1.2 la realizzazione nel SISaR dell'applicativo denominato Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) che comprende i moduli LA (Liste di Attesa) e ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimento) e che l'integrazione dei due moduli e l'inserimento di vincoli LA/ADT nel sistema farà sì che tutti i ricoveri programmati debbano obbligatoriamente essere inseriti in lista d'attesa per poter procedere alla convocazione e al ricovero del paziente e al monitoraggio dell'intero percorso.

Sulla base di quanto sopra sarà possibile addivenire ad una analisi e programmazione dell'attività svolta e dei tempi di attesa per le prestazioni ospedaliere di cui sotto:

N	Prestazione Oggetto di monitoraggio	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD - 9 - CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x;	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97;	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1;	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x;	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9;	162.x; 197.0
7	Interventi chirurgici tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6;	193
8	Interventi chirurgici per melanoma	172.x	
9	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53;	
10	By pass aortocoronarico	36.1x	
11	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
12	Coronarografia	88.55 -88.56 - 88.57	
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07;	
14	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	
TOTALE			

Per quanto attiene alla programmazione dei fabbisogni dell'attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI) è in fase di approvazione la sia la revisione del Regolamento per lo svolgimento della libera professione intramoenia e delle attività aziendali a pagamento dell'ATS Sardegna (Deliberazione del DG n. 578 del 28/06/2019) che del Piano aziendale ATS libera professione intramoenia anno 2019 (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 2013 del 02/04/2020). Il Piano Aziendale ATS della Libera Professione ATS anni 2019 – 2021 in approvazione, evidenzia i dati relativi alla programmazione per l'anno 2021 rispetto al dato storico dell'attività svolta negli anni 2019 – 2020 come sotto riportato:

Branca specialistica di assegnazione	N° di prestazioni in ALPI	
	Prev. 2021	Δ P'21 - 19
01 Anestesia	86	-24%
02 Cardiologia	8.121	-8%

03 Chirurgia generale	621	-12%
04 Chirurgia plastica	24	-12%
05 Chirurgia vascolare – Angiologia	411	-4%
06 Dermosifilopatia	755	-14%
07 Diagnostica per immagini - Medicina nucleare	-	-
08 Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica	3.419	-14%
09 Endocrinologia	629	-12%
10 Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva	1.255	-11%
11 Lab. analisi chimico cliniche e microbiologiche- Microbiologia–Virologia- Anatomia e istologia patologica-Genetica- Immunoematologia e s. trasf.	1.022	-13%
12 Medicina fisica e riabilitazione - Recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi	1.572	-17%
13 Nefrologia	206	-12%
14 Neurochirurgia	501	-12%
15 Neurologia	2.288	-14%
16 Oculistica	2.127	-8%
17 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale	149	-10%
18 Oncologia	11	-12%
19 Ortopedia e traumatologia	6.475	-9%
20 Ostetricia e ginecologia	4.496	-14%
21 Otorinolaringoiatria	1.832	-16%
22 Pneumologia	861	-10%
23 Psichiatria	4.225	-10%
24 Radioterapia	-	-
25 Urologia	2.574	-9%
26 Altro	9.392	-14%
Totale	53.049	-12%

(Fonte Bozza Piano Aziendale Alpi ATS anni 2020 – 2021)

Nella pianificazione delle agende di prenotazione ripartite in classi di priorità, sono stati distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda.

In prima applicazione, sono stati creati slot prestazionali in ciascuna agenda, nelle seguenti percentuali: U 5%, B 5%, D 50% e P 40%. Tale divisione è stata poi ridimensionata in maniera dinamica in base alla disciplina, all'organizzazione delle strutture eroganti al flusso di domanda.

Allo stato attuale le agende si dividono in "Agende Pubbliche", destinate alle Prime Visite divise per codice di priorità (UBDP) e "Agende Esclusive" totalmente gestite dalle strutture eroganti e destinate alle Visite di Controllo successive alla prima visita.

Le “*Agende Pubbliche*” (di primo accesso), sono state strutturate secondo fasce orarie, così come comunicate dalle strutture eroganti, nelle quali, in base alle disponibilità date dalle strutture, vengono inseriti gli slot prestazionale secondo il codice di priorità assegnato. Gli slot, per codice di priorità, sono dotati di un sistema dinamico di scorrimento, ossia in base alla tempistica assegnata, qualora non si ci fossero prenotazioni per prestazioni con un codice di priorità (Es. U – urgente 72h) lo stesso si trasformerebbe, liberandosi, in slot prestazionale per il codice di priorità di livello immediatamente successivo (Es. B – breve 10 gg) e così per tutti gli slot con codice di priorità da U a P.

Le dinamiche occupazionali delle agende inizialmente come sopra strutturate hanno nel corso dell’anno, subito una modifica in termini percentuali degli slot di prestazioni effettivamente erogati in relazione ai codici di priorità per specialistica ambulatoriale delle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio al fine di ridurre al massimo i tempi di attesa dell’erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di ridurre il ricorso a prestazioni inappropriate. Sono stati attivati e portati avanti corsi di formazione per i medici prescrittori (PLS e MMG) anche nell’ottica di implementare, nel più breve tempo possibile, l’utilizzo della ricetta dematerializzata che nonostante i pochi mesi di attivazione già al 31.12.2019 già copriva il 45% circa del totale delle prescrizioni.

2.2.6 Potenziamento dell’offerta di prestazioni

Al fine di definire le politiche di miglioramento dell’accessibilità alle cure specialistiche, è necessario **rivedere il sistema dell’offerta specialistica** per migliorare l’accesso alle prestazioni ambulatoriali, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura ed assistenza.

Ad oggi l’ATS Sardegna nell’ottica di contenere i tempi d’attesa dell’erogazione delle prestazioni ha posto in essere le seguenti azioni:

- Analisi e monitoraggio della domanda
- Coinvolgimento e sensibilizzazione
 - dei cittadini nell’eliminazione del fenomeno dell’autodiagnosi e dell’auto prescrizione, nonché sensibilizzazione in occasione della prenotazione sulla necessità della disdetta anticipata in caso di impossibilità a presentarsi
 - dei medici prescrittori nell’ottimizzazione della domanda attraverso l’implementazione del modello RAO
- valutazione dell’appropriatezza delle prestazioni erogate e attuazione di interventi di ottimizzazione gestionale secondo le procedure della clinical governante
- ricorso a misure straordinarie di incremento dell’offerta solo in caso eccezionale (Progetti Regionali finalizzati all’abbattimento liste d’attesa).

Proprio in ottemperanza a quanto sopra, l’ATS Sardegna, con l’obiettivo di abbattere le liste d’attesa e potenziare l’offerta sanitaria, in carenza di personale sanitario, ha attivato sin dall’anno 2019, un progetto secondo le indicazioni della Direzione Generale Aziendale, della DGR 46/47 del 22/11/2019 e dello specifico Protocollo Operativo sottoscritto dalla Direzione Generale dell’Assessorato con ATS Sardegna.

Il progetto è stato rivolto all’incremento dell’erogazione delle 60 prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali) indicate dell’Assessorato alla Sanità e contenute nell’elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio rispettivamente del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d’Attesa (PNGLA) del triennio 2019-2021 e nel Piano Regionale per il Governo delle Liste d’Attesa (PRGLA) del triennio 2019-2021.

Con nota Prot. NP/2020/8991 del 21 febbraio 2020 l’ATS Sardegna ha dato indicazione ai Direttori di Area per la predisposizione dei progetti finalizzati all’abbattimento delle liste d’attesa della Specialistica ambulatoriale delle 60 prestazioni oggetto di monitoraggio comunicando contestualmente i fondi a disposizione di ciascuna ASSL secondo le direttive della DGR 46/47 del 22/11/2019 e il protocollo operativo ad essa allegato, con particolare riferimento a:

- Potenziamento Prestazioni ambulatoriali da parte del personale ATS

- Potenziamento Prestazioni da parte della specialistica Extra ATS
- Attività delle Segreterie CUP per l'attività di creazione Agende dedicate, attività di recall ecc.

Sulla base delle indicazioni date ai Direttori di ciascuna ASSL dell'ATS Sardegna, devono essere assicurate le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna, anche attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, attraverso l'erogazione di prestazioni aggiuntive di cui all'art. 55, comma 2 del CCNL 08.06.2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

A causa dell'emergenza Covid-19, dal primo marzo 2020 sono state interrotte tutte le prestazioni che non rivestissero carattere di urgenza. Con Delibera del Commissario Straordinario ATS n. 322 del 22.05.2020 avente ad oggetto "Indicazioni generali, ad interim, per la ripresa graduale dell'attività specialistica ambulatoriale in corso di emergenza COVID-19" sono stati forniti gli indirizzi per la ripresa di tutte le prestazioni ambulatoriali previa costruzione di accessi alle strutture e percorsi sanitari in sicurezza.

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

A causa di questi eventi straordinari, i fondi inizialmente destinati all'incremento delle prestazioni oggetto di monitoraggio, con tempi di attesa oltre i limiti di legge, sono stati destinati al recupero delle prestazioni non erogate nel periodo marzo-maggio 2020, sia mediante la predisposizione di agende dedicate con slot prestazionali ulteriori rispetto a quelli istituzionali, sia prevedendo, così come da progetto originale, l'apertura degli ambulatori anche nelle ore serali e festive del sabato, arrivando a determinare un generale abbattimento dei tempi d'attesa rispetto all'anno 2019 come da tabella sotto riportata:

PRESTAZIONI	Prestazioni 2019	Prestazioni 2020	Attesa media 2019	Attesa media 2020
01 - Visita cardiologia	138.008	84.473	49,6	38,4
02 - visita chirurgia vascolare	2.940	1.461	72,0	69,3
03 - visita endocrinologica	10.436	5.377	66,2	64,5
04 - visita neurologica	60.148	33.760	33,3	30,0
05 - visita oculistica	153.235	78.930	77,2	59,2
06 - Visita ortopedia	58.410	37.290	10,9	7,2
07 - visita ginecologica	46.021	28.653	17,7	13,0
08 - visita otorinolaringoiatrica	36.757	19.636	16,1	10,6
09 - visita urologica	20.120	11.493	47,7	40,4
10 - visita dermatologica	22.669	11.858	37,7	31,8
11 - visita fisiatrica	31.117	19.109	17,4	15,0
12 - visita gastroenterologica	6.315	3.742	28,8	26,2
13 - visita oncologica	526	896	15,8	9,3
14 - visita pneumologica	10.347	4.634	50,0	46,5
15 - Mammografia	67.165	46.812	114,0	98,3
16 - TC senza e con contrasto Torace	30.412	27.197	40,8	28,6

17 - TC senza e con contrasto Addome superiore	2.803	1.588	42,1	30,6
18 - TC senza e con contrasto Addome inferiore	1.945	892	45,4	31,8
19 - TC senza e con contrasto Addome completo	24.687	22.635	34,4	26,9
20 - TC senza e con contrasto Capo	36.241	27.310	12,2	11,3
21 - TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	5.617	4.894	6,8	6,6
22 - TC senza e con contrasto Bacino	775	667	7,1	7,1
23 - RMN Cervello e tronco encefalico	17.345	15.202	48,1	48,6
24 - RMN Pelvi, prostata e vescica	3.058	2.506	21,8	21,0
25 - RNM Muscoloscheletrica	21.033	19.370	19,1	15,4
26 - RNM Colonna vertebrale	34.111	31.828	30,9	29,0
27 - Ecografia Capo e collo	56.855	37.375	85,5	68,3
28 - Ecocolor Doppler cardiaca	63.615	42.541	44,5	39,7
29 - Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	44.909	31.224	47,2	42,0
30 - Ecocolor Doppler dei vasi periferici	40.844	27.299	25,2	20,1
31 - Ecografia Addome	121.652	86.007	35,6	34,0
32 - Ecografia Mammella	60.894	45.703	77,4	71,2
33 - Ecografia Ostetrica-Ginecologica	34.438	27.786	11,9	10,1
34 - Colonscopia	18.581	10.012	80,4	78,8
35 - Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	1.027	439	28,4	27,0
36 - Esofagogastroduodenoscopia	17.037	10.552	51,9	40,9
37 - Elettrocardiogramma	253.867	156.313	53,7	44,3
38 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	12.142	8.449	35,0	30,1
39 - Elettrocardiogramma da sforzo	6.987	3.462	25,0	18,7
40 - Audiometria	18.842	9.245	21,3	19,8
41 - Spirometria	18.680	7.046	66,5	45,1
42 - Fondo oculare	24.122	9.700	88,0	89,6
43 - Elettromiografia	25.039	23.496	9,1	4,8

(Fonte Abaco)

2.2.7 Utilizzo delle grandi apparecchiature

La ricognizione completa delle grandi apparecchiature di rispettiva appartenenza con riferimento alla localizzazione puntuale, alle caratteristiche tecniche, viene tenuta aggiornata annualmente dal SC Ingegneria Clinica che provvede anche al monitoraggio dei volumi di prestazioni erogati. Alla data del 31/12/2020 la ricognizione completa è stata evidenziata nella tabella di cui sotto:

Descrizione	Denominazione Struttura	Fonte	Unità Operativa	Marca	Modello	n. ore di disponibilità
Mammografo	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS	---

Mammografo	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	HSP	Radiologia	PLANMED OY	SOPHIE CLASSIC	---
TAC	OSPEDALE CIVILE ALGHERO	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	SOMATOM DEFINITION AS	---
Mammografo	OSPEDALE CIVILE OZIERI	HSP	Radiologia	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA SPA	SENOGRAPHE DMR	---
Mammografo	OSPEDALE CIVILE OZIERI	HSP	Radiologia	IMS INTERNAZIONALE MEDICO SCIENTIFICA SRL	GIOTTO CLASS	---
RMN	OSPEDALE CIVILE OZIERI	HSP	Radiologia	HITACHI MEDICAL CORPORATION	ECHELON	---
TAC	OSPEDALE CIVILE OZIERI	HSP	Radiologia	GE HANGWEI MEDICAL SYSTEMS,CO.LTD	BRIGHTSPEED EDGE SELECT (BRIGHTSPEED 8)	---
RMN	OSPEDALE MARINO ALGHERO	HSP	Ambulatorio di Risonanza Magnetica	ESAOTE S.P.A.	G-SCAN	---
TAC	P. OSPEDALIERO 'G.P. DELOGU' - GHILARZA	HSP	Radiologia	GE HANGWEI MEDICAL SYSTEMS,CO.LTD	BRIGHTSPEED ELITE SELECT (BRIGHTSPEED 16)	---
Angiografo	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	Radiologia DEA	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS U	---
Angiografo	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	Cardiologia Emodinamica	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS ZEE FLOOR	---
Mammografo	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	-	GE MEDICAL SYSTEMS SCS	SENOGRAPHE ESSENTIAL	---
Mammografo	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	Radiologia Territoriale	IMS INTERNAZIONALE MEDICO SCIENTIFICA SRL	GIOTTO CLASS	---
RMN	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	Radiologia - DEA	SIEMENS AG	MAGNETOM AVANTO	---
TAC	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	RADIOLOGIA CORPO P	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA SPA	TAC BRIGHTSPEED EDGE	---
TAC	P. OSPEDALIERO 'SAN MARTINO' - ORISTANO	HSP	Radiologia Corpo DEA	SIEMENS AG	SOMATOM DEFINITION AS	---
Angiografo	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Cardiologia	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS U	---
Angiografo	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Cardiologia	SIEMENS AG	ARTIS ZEE FLOOR	---
Angiografo	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	ARTIS ZEE FLOOR	---
Mammografo	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS TOMOSYNTHESIS OPTION	---
RMN	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	PANORAMA HFO	---
RMN	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	ACHIEVA 1,5T	---
TAC	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	RADIOLOGIA	GE HEALTHCARE JAPAN CORPORATION	REVOLUTION EVO	---
TAC	P.O. GIOVANNI PAOLO II OLBIA	HSP	U.O. Radiologia	GE HEALTHCARE JAPAN CORPORATION	REVOLUTION EVO	---
TAC	P.O. PAOLO MERLO . LA MADDALENA	HSP	U.O. Radiologia	TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS CORPORATION	AQUILION 64	---
Acceleratore	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	ELEKTA LIMITED	VERSA HD	---
Acceleratore	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radioterapia	SIEMENS MEDICAL SOLUTIONS, INC.ONCOLOGY CARE SYSTEMS	ONCOR IMPRESSION PLUS	---
Angiografo	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Emodinamica	SIEMENS AG	ARTIS ZEE FLOOR	---
Angiografo	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Elettrofisiologia	SIEMENS AG	ARTIS ZEE FLOOR	---
Angiografo	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Angiografia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	AZURION 7 M20	---
Mammografo	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS	---
RMN	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	ACHIEVA 1,5T	---

RMN	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	GE HEALTHCARE	SIGNA EXPLORER 1,5T	---
Sistema robotizzato	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Blocco Operatorio	INTUITIVE SURGICAL	SISTEMA ROBOTICO DAVINCI XI-HDIS4000	---
TAC	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	BRILLIANCE ICT 128-SLICE	---
TAC	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radiologia	TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS CORPORATION	AQUILION PRIME	---
TAC	P.O. SAN FRANCESCO	HSP	Radioterapia	SIEMENS AG	SOMATOM SENSATION OPEN	---
Mammografo	P.O. 'A.G. MASTINO' - BOSA	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA VALUE+	---
TAC	P.O. 'A.G. MASTINO' - BOSA	HSP	RADIOLOGIA	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS	BRILLIANCE CT 6-SLICE	---
Mammografo	P.O. C. Zonchello	HSP	Radiologia	GE MEDICAL SYSTEMS SCS	SENOGRAPHE ESSENTIAL	---
RMN	P.O. MARINO	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	INGENIA 1,5T	---
TAC	P.O. MARINO	HSP	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	SIEMENS AG	SOMATOM SENSATION 40	---
Angiografo	P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	HSP	Cardiologia	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS U	---
Mammografo	P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO SELENIA PRD-01702	---
RMN	P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	ACHIEVA 1,5T	---
TAC	P.O. 'NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE'	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS (CLEVELAND), INC.	BRILLIANCE CT 64 CHANNEL	---
Mammografo	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS TOMOSYNTHESIS OPTION	---
TAC	P.O. PAOLO DETTORI - TEMPIO P.	HSP	U.O. Radiologia	GE HEALTHCARE JAPAN CORPORATION	OPTIMA CT660J	---
Mammografo	P.O. PAOLO MERLO LA MADDALENA	HSP	Radiologia	METALTRONICA SRL	FLAT E	---
Mammografo	P.O. R. BINAGHI	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS AWS 5000	---
Mammografo	P.O. R. BINAGHI	HSP	Centro Screening Mammografico	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
RMN	P.O. R. BINAGHI	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	MAGNETOM AVANTO	---
TAC	P.O. R. BINAGHI	HSP	Radiologia	GE HEALTHCARE JAPAN CORPORATION	OPTIMA CT660 FREEDOM	---
Mammografo	P.O. R. BINAGHI	STS	Radiologia - CENTRO DONNA	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
Mammografo	P.O. R. BINAGHI	STS	Centro Screening Mammografico	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
Mammografo	P.O. S.GIUSEPPE	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
TAC	P.O. S.GIUSEPPE	HSP	SERVIZIO DI RADIOLOGIA	GE YOKOGAWA MEDICAL SYSTEMS LTD.	BRIGHTSPEED ELITE SELECT (BRIGHTSPEED 16)	---
TAC	P.O. San Camillo	HSP	Radiologia	TOSHIBA MEDICAL SYSTEMS CORPORATION	AQUILION RXL	---
Mammografo	P.O. SAN MARCELLINO	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
TAC	P.O. SAN MARCELLINO	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	SOMATOM EMOTION -16 SLICE CONFIGURATION	---
Angiografo	P.O. SS. TRINITA'	HSP	Radiologia	SIEMENS HEALTHCARE GMBH	ARTIS PHENO	---
Angiografo	P.O. SS. TRINITA'	HSP	UTIC	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS U	---
RMN	P.O. SS. TRINITA'	HSP	Radiologia	PHILIPS MEDICAL SYSTEMS NEDERLAND BV	INGENIA 1,5T	---
TAC	P.O. SS. TRINITA'	HSP	Radiologia	SIEMENS AG	SOMATOM SENSATION 40	---

TAC	P.O. SS. TRINITA'	HSP	Pronto Soccorso	SIEMENS AG	SOMATOM EMOTION -16 SLICE CONFIGURATION	---
Mammografo	P.O.CTO	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS AWS 5000	---
TAC	P.O.CTO	HSP	Radiologia	GE HANGWEI MEDICAL SYSTEMS,CO.LTD	BRIGHTSPEED ELITE SELECT (BRIGHTSPEED 16)	---
Angiografo	P.O.SIRAI	HSP	Emodinamica	SIEMENS AG	AXIOM ARTIS U	---
Mammografo	P.O.SIRAI	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS AWS 5000	---
RMN	P.O.SIRAI	HSP	Radiologia	GE MEDICAL SYSTEMS LLC	OPTIMA MR 450W	---
TAC	P.O.SIRAI	HSP	RADIOLOGIA	GE MEDICAL SYSTEMS LLC	LIGHTSPEED VCT	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO - MACOMER	STS	Radiologia	GE HEALTHCARE	SENOGRAPHE ESSENTIAL	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO - ALES	STS	-	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS AVIA	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO - GHILARZA	STS	-	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS AVIA	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO DI THIESI	STS	Lungodegenza	HOLOGIC INC.	MAMMOGRAFO DIGITALE SELENIA DIMENSIONS	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO DIS. QUARTU	STS	Ambulatorio di Radiologia	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
Mammografo	POLIAMBULATORIO SENORBI'	STS	Ambulatorio di Radiologia	SIEMENS AG	MAMMOMAT INSPIRATION	---
Mammografo	PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	HSP	Radiologia	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS TOMOSYNTHESIS OPTION	---
RMN	PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	HSP	Radiologia	GE HEALTHCARE (TIANJIN) COMPANY LIMITED	OPTIMA MR360	---
TAC	PRESIDIO OSPEDALIERO N.S. DI BONARIA	HSP	Radiologia	GE HANGWEI MEDICAL SYSTEMS,CO.LTD	BRIGHTSPEED ELITE	---
RMN	RADIOLOGIA TERRITORIALE CONTI-SASSARI	STS	Radiologia	PARAMED S.R.L.	MROPEN	---
Mammografo	STRUTTURA POLISPECIALISTICA CONTI-SASSARI	STS	Radiologia	GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA SPA	SENOGRAPHE DMR+	---
Mammografo	STRUTTURA POLISPECIALISTICA CONTI-SASSARI	STS	Radiologia	HOLOGIC INC.	SELENIA DIMENSIONS AVIA	---

(Fonte SC Ingegneria Clinica)

Il PNGLA 2019-2021 prevede l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva.

L'Azienda utilizza le grandi apparecchiature della tabella di cui sopra, sia per l'erogazione delle attività ambulatoriali che per l'attività di ricovero e nell'area delle prestazioni di emergenza-urgenza.

Di norma le apparecchiature esistenti presso le radiologie ospedaliere (HSP) sono utilizzabili dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, e il sabato dalle 8 alle 14 per un totale di 66 ore settimanali, quelle presso le strutture territoriali (STS) dalle 8 alle 14. Il pomeriggio vengono utilizzate esclusivamente per l'erogazione di prestazioni aggiuntive. L'Azienda si adopererà per attuare dei sistemi di monitoraggio informatizzati per ottimizzare l'utilizzo delle apparecchiature in modo da poter rilevare i reali tempi di impiego e le eventuali possibilità di ampliamento delle prestazioni attualmente offerte. La ricognizione delle ore per singola apparecchiatura è in fase di esecuzione.

L'obiettivo è arrivare ad utilizzare le grandi apparecchiature ospedaliere fino alle 24 dal lunedì al venerdì e quelle territoriali anche nei pomeriggi della settimana dalle 15 alle 18.

In casi di urgenza, è stato previsto si possano aprire sedute aggiuntive nella giornata di Domenica per far fronte ad eventuali criticità.

Il piano di utilizzo delle grandi attrezzature sarà definito dopo che la regione avrà inviato le indicazioni specifiche per la formulazione dello stesso anche in considerazione della carenza di personale specializzato nell'utilizzo dei macchinari più sofisticati a disposizione dell'Ente.

I fermo macchina per guasto o manutenzione straordinaria non programmata, sono monitorati ai sensi dei PNGLA e PRGLA, e prevedono l'avvio dei percorsi di surroga della prestazione anche attraverso specifici accordi con altre strutture sanitarie presenti nel territorio.

2.2.8 Telemedicina

Le linee guida sulla Telemedicina del Ministero della Salute, del 2014, indicano che "si usa il termine Telemedicina per identificare tutti quei casi in cui vengono erogati dei servizi di assistenza sanitaria in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nello stesso luogo fisico, ma comunicano grazie alle tecnologie ICT".

I servizi di Telemedicina vanno assimilati a qualunque servizio sanitario diagnostico/terapeutico. Tuttavia la prestazione in Telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per potenzialmente migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La Telemedicina deve altresì ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.

In merito all'individuazione dei possibili ambiti di applicazione della Telemedicina, le linee guida specificano che per individuare i processi di cura da potenziare, un approccio sistematico prevede il censimento delle iniziative, dei progetti e dei servizi di Telemedicina attivi, pianificati o conclusi in ATS e l'analisi dei fabbisogni sanitari espressi nella pianificazione Aziendale, per evidenziare le tematiche che possano beneficiare delle soluzioni di Telemedicina per il miglioramento della qualità e dell'efficienza dei processi sanitari.

Sul completo e pieno sviluppo del settore, in particolare nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale, gravano alcune incognite relative alla remunerazione delle prestazioni erogate a distanza e, segnatamente, alla loro totale equiparazione a quelle svolte in modalità tradizionali.

In data 05.06.2018 sono state pubblicate dalla Direzione generale della sanità le "Linee di indirizzo della telemedicina 2018-2020", con l'obiettivo di garantire pari opportunità di accesso ai servizi sanitari, in particolare per quelle popolazioni che vivono in zone distanti dai centri urbani, sedi di centri specialistici ospedalieri, e in particolare nelle zone interne ovvero nelle isole minori (Carloforte e La Maddalena), distanti dai centri di assistenza principali e con viabilità e servizi di trasporto non ottimali.

Con la deliberazione della Giunta regionale n. 40/4 del 4.8.2020, la Regione Autonoma della Sardegna ha recepito l'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano avente a oggetto "Telemedicina – Linee di indirizzo nazionali" e, stabilito che le visite di follow-up e di controllo programmato debbano essere prioritariamente eseguite in modalità telemedicina, salvo impossibilità o non idoneità accertata dal personale medico, ha avviato un periodo di sperimentazione di 6 mesi presso le Aziende del SSR.

La Regione Sardegna ha fatto un grande passo avanti in questo contesto, implementando un sistema di Teleconsulto In Real-Time. Un progetto ideato e strutturato in house, chiamato Connect e firmato dal CRS4. Si tratta di una tecnologia innovativa che permette di avere un collegamento stabile e in tempo reale per poter offrire un consulto specialistico a strutture periferiche che non possono usufruire di quelle specialità, dando assistenza qualificata e tempestiva anche in zone svantaggiate del territorio. Il teleconsulto è stato sperimentato fra la struttura complessa di Cardiologia pediatrica del Brotzu di Cagliari e la ex-ASL di Lanusei e per la medicina d'urgenza con L'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste, considerando in totale circa cento casi clinici, 42 a Lanusei e 63 in Friuli, con una rispondenza quasi pari al 100 per cento tra consulto on line e quello dal vivo.

Lo scopo dell'integrazione in questo senso, aiuterà a costruire piattaforme integrate e ambienti di condivisione fra gli attori ospedalieri e territoriali a fronte dell'obiettivo di migliorare il servizio offerto e specialmente la migliore qualità delle cure, come risultato di un lavoro comune di tutte le professioni sanitarie, mediche e assistenziali coinvolte. In tale contesto, la Regione Autonoma della Sardegna ha in

corso di pianificazione la realizzazione di un'iniziativa sperimentale di telemedicina, nell'ambito del progetto E-Health 2020.

Una menzione a parte merita il monitoraggio a distanza, in quanto offre un potenziale significativo per l'efficientamento nell'utilizzo di risorse sanitarie, indirizzandole in modo economicamente vantaggioso ai più bisognosi. Il macrotrend relativo alle prestazioni a distanza va, pertanto, interpretato in chiave più ampia, per sfruttarne le sinergie con altre applicazioni innovative in campo sanitario, che rappresentano anch'esse il nuovo orizzonte della produzione dei servizi.

Nell'ambito del contenimento delle liste di attesa, la maggiore efficienza dei processi eseguiti in telemedicina può svolgere un ruolo abilitante per realizzare meccanismi di riduzione dei tempi di attesa, mediante l'utilizzo della telediagnostica e del telemonitoraggio, senza contare il grosso contributo sugli aspetti di prevenzione.

Nell'anno 2019 è stato costituito un gruppo di lavoro per ATS Sardegna sul tema Telemedicina (rif. NP/2019/18114 del 27/03/2019) composto da esperti della Direzione Sanitaria, Dirigenti Medici, Tecnici di Laboratorio ed Esperti della S.C. Sistemi Informativi Sanitari.

Lo stesso si è espresso, nell'ambito della sua prima riunione, a favore dello sviluppo di progetti di Telemedicina nelle aree cliniche di Diabetologia, BPCO e Cardiologia che ha portato all'attivazione dei contratti relativi alla fornitura di dispositivi medici di cui sopra, presso le AASSLL di Oristano, Nuoro e Sanluri con la ditta Boston Scientific che ha attivato, a titolo gratuito, il servizio di monitoraggio remoto LATITUDE. Detto sistema ha consentito di fornire alla struttura ospedaliera un flusso continuo di informazioni relative allo stato del dispositivo e a variabili cliniche attraverso una trasmissione automatica dei dati ad intervalli prefissati, associata a un monitoraggio continuo con notifica automatica di allarmi in caso di eventi. Con successiva Determina Dirigenziale n. 6699 del 23/12/2020, il servizio è stato esteso a titolo gratuito anche all'Area di Olbia, all'Area di Carbonia e di Lanusei;

Nell'anno 2020, complice l'avvento della pandemia, sono stati attivati e conclusi entro la fine dell'anno, ulteriori progetti legati sia alla televisita e teleconsulto che al telemonitoraggio e alla tele refertazione come da tabella sotto riportata:

Atto	STRUTTURA	Localizzazione Progetto/ Servizio	Tipo	Telem. Specialistica	Titolo del Progetto/ Servizio	Descrizione	Destinatari	Fornitore	
Det. Dir. 3102 del 23/06/2020	Rete cardiologica Emergenza-Urgenza		Teleconsulto	Telecardiologia	Rete cardiologica Emergenza-Urgenza	Raccolta Dati ECG e parametri vitali e altri dati sui pazienti, da defibrillatore su sistemi Lifenet	Pazienti in Emergenza cardiaca	Stryker / Lifenet	LIFENET © System
Det. Dir. 9113 del 05/12/2019 Det. Dir. 2302 del 04/05/2020	ATS Sardegna	Centri Diabetologici ATS Sardegna	Telemonitoraggio - Televisita	TeleDiabetologia	Rete Monitoraggio Diabetologico	Estensione sistema a tutti i Centri Diabetologici ATS Sardegna per il periodo Emergenza COVID-19.	Pazienti Diabete, Glicemici	Roche Diabetes Care Italy/Meteda	MySugr - SDC
Det. Dir. 463 del 29/01/2020.	ASSL Olbia ASSL Carbonia-Iglesias	Ospedale Giovanni Paolo II Olbia Presidi Ospedalieri Sirai Carbonia	Teleconsulto	BPCO	Rete Monitoraggio BPCO	Sistemi di Telemedicina - Fornitura di tecnologie SSDC (Sistemi di Supporto alle Decisioni Cliniche) per la presa in carico del paziente cronico affetto da BPCO, in linea con il Chronic Care Model, per l'attivazione di una sperimentazione integrata con il sistema NUE 116.117 di Continuità Assistenziale di ATS Sardegna.	Pazienti BPCO	BPCO Media	BPCO Media
Det. Dir. 2477 del 13/05/2020 Det. Dir. 5090 del 14/10/2020	ATS Sardegna	ATS Sardegna	Telemonitoraggio - Televisita	TeleDermatologia	Rete Monitoraggio Dermatologico	Sistema Telemedicina Dermatologia Disponibili a Servizio di Sperimentazione con Istanza ATS Sardegna per le ASSL richiedenti (inizialmente Nuoro e Cagliari). Per poi definire modalità a seguito dell'emergenza.	Pazienti Dermatologici	TTRE	Piattaforma di Teleconsulto
Det. Dir. 2117 del 22/04/2020	ATS Sardegna	ATS Sardegna	Telemonitoraggio	Telecardiologia	Telemonitoraggio pacemaker, controllo a distanza dati e funzione del Pace Maker	Telemonitoraggio pacemaker, controllo a distanza dei parametri cardiologici e funzione del Pace Maker- dispositivi cardiaci impiantabili	Pazienti Cardiopatici	Medtronic	CareLink System

Det. Dir 3150 del 24/06/2020	ATS Sardegna	Centri Cardiologici ATS Sardegna	Telemonitoraggio	Telecardiologia	Rete Monitoraggio Cardiologico	Estensione del Home Monitoring Service Center per il telemonitoraggio dei parametri cardiologici dei dispositivi cardiaci impiantabili.	Pazienti Cardiopatici	BIOTRONIK ITALIA	Home Monitoring Service
Det. Dir 5525 del 05/11/2020	ATS Sardegna	Ospedale Giovanni Paolo Olbia II	Telemonitoraggio	TeleDiabetologia	Rete Monitoraggio Diabetologico	Consente di raccogliere i dati da un dispositivo medico supportato utilizzato da un paziente, genera report per visualizzare il controllo glicemico ed evidenziare andamenti glicemici altrimenti non rilevabili tramite automonitoraggio con glucometro e relativi diari glicemici.	Pazienti Diabete, Glicemici	Medtronic	CareLink System
Det. Dir. 2062 del 20/04/2020	ATS Sardegna	Centri Cardiologici ATS Sardegna	Telerefertazione	Telecardiologia	Refertazione Cardiologica	Sistema per la Telerefertazione su piattaforma Web mediante dispositivi ECG Cardioline attive sul Trepatri ATS sardegna.	Pazienti Cardiopatici	Temosa	ECG WebApp - Cardioline
Det. Dir. 2504 del 15/05/2020 (Ing. Cli)	ATS Sardegna	USCA	Telerefertazione	Telecardiologia	Refertazione Cardiologica	Sistema per la Telerefertazione su piattaforma Web mediante dispositivi ECG Cardioline mobile attive sul Territorio (USCA) mediante sistemi Tablet.	Pazienti Cardiopatici	Temosa	ECG WebApp - Cardioline

L'ATS, coerentemente con la strategia regionale, promossa dall'Assessorato competente, e con i "macrotrend" relativi alla riorganizzazione delle reti di cura (ospedaliere e territoriali), promuoverà:

- un più ampio ed efficace ricorso a soluzioni di telemedicina, mediante le quali offrire servizi avanzati ai cittadini anche nell'ottica della valorizzazione del cd. Internet of Things (IoT).
- l'implementazione di soluzioni applicative verticali deve essere associato l'approvvigionamento di adeguati supporti infrastrutturali, da distribuire presso le strutture coinvolte.

2.2.9 Definizione dei "percorsi di tutela"

Obiettivo dell'Azienda è garantire la parità di accesso alle prestazioni a tutti i cittadini in tempi adeguati alla richiesta, al fine di assicurare il diritto alla salute del cittadino. Nelle condizioni di criticità con agende di prenotazione saturate, si deve prevedere l'attivazione di percorsi di garanzia atti ad assicurare ai cittadini il rispetto dei tempi massimi di attesa.

I percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, vengono applicati in occasione del superamento del tempo massimo di attesa per la classe di priorità relativa alle richieste di primo accesso, o in caso di superamento dell'ambito di garanzia per la prestazione richiesta.

L'obiettivo è garantire l'erogazione della prestazione a tutti i cittadini residenti nell'ambito del territorio Regionale.

Qualora la prestazione (Prima visita prestazioni oggetto di monitoraggio) non possa essere erogata nei limiti dei tempi massimi di attesa o nell'ambito territoriale di garanzia così come previsto dalla D.G.R. n. 59/5 del 04.12.2018, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino (art. 3 comma 13 decreto legislativo n. 124/1998) ossia "l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, o di un qualunque privato accreditato, ponendo a carico dell'azienda sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione".

E' in fase di predisposizione il "Protocollo Operativo di gestione dei Percorsi di Tutela ATS Sardegna" che prevederà le indicazioni sulle modalità di compilazione e presentazione dell'istanza di rimborso, l'individuazione dei Responsabili di procedimento (Verifica e autorizzazione/diniego) e le modalità di rimborso delle prestazioni erogate al di fuori dei tempi massimi di attesa o degli ambiti di garanzia come da D.G.R. suddetta.

2.2.10 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)

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

L'attività ALPI può essere esercitata sia in regime ambulatoriale che di ricovero, quest'ultima presente nell'ATS Sardegna solo per la ASSL di Cagliari.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale, non è consentito l'utilizzo del ricettario del SSR. Ad eccezione di un eventuale ricovero, le prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero professionale intra-muraria possono pertanto essere prescritte solo su ricetta bianca e, quindi erogate con spese a carico del cittadino.

La prenotazione dell'attività di libera professione intramuraria viene effettuata su agende informatizzate, dedicate al singolo professionista, o alla singola équipe di libera professione. Non sono in nessun caso ammesse agende cartacee.

La responsabilità del controllo del rispetto delle norme in materia di libera professione intramoenia sono poste in capo all'Ente dal quale ogni singolo professionista dipende o con il quale è convenzionato.

L'attività libero professionale è consentita alle condizioni previste dalla legge, dai contratti collettivi di lavoro e dal Regolamento ATS (Deliberazione del Commissario Straordinario n. 465 del 15/06/2021), nelle strutture aziendali (intra-moenia) a tutti i dirigenti medici, medici veterinari e agli altri dirigenti del ruolo sanitario con rapporto di lavoro esclusivo e dei medici, veterinari e altri professionisti in rapporto convenzionale interno con l'Azienda per la Tutela della Salute della Regione Sardegna (ATS) ed è consentita solo nella disciplina di appartenenza.

Tutti gli aspetti contrattuali dall'autorizzazione alle tariffe ai volumi alle rendicontazioni sono gestite attraverso la procedura informatica "Alphamenia" attiva dalla fine della'anno 2020 per tutte le ASSL dell'ATS.

Ogni prestazione deve essere oggetto di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione aziendale (CUP) su agenda dedicata, al fine di garantire un sistema unico a livello aziendale di prenotazione e gestione delle liste d'attesa e garantire la possibilità di liquidare solo prestazioni eseguite da verifica a CUP.

Le liste d'attesa sono tenute distinte dalle liste per le attività istituzionali, sotto la diretta responsabilità dei direttori medici di presidio ospedaliero e dei direttori di distretto per il personale non ospedaliero, con le modalità e agli effetti stabiliti dall'art. 3, c. 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724.

Il monitoraggio ex- ante dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime Libero Professionale fino al 2019 riferito alle 43 prestazioni oggetto di monitoraggio, dall'anno 2020 afferisce alle 60 prestazioni oggetto di monitoraggio così come stabilito nel PNGLA 2019-2021 e dal PRGLA 2019 – 2021 effettivamente erogabili in Sardegna in base al nomenclatore tariffario nelle more dell'entrata in vigore dei nuovi LEA.

A supporto della rilevazione di competenza delle segreterie CUP ATS nel sistema CUP Web sono disponibili i report "Monitoraggio ALPI Agenas" per la ricognizione delle prestazioni prenotate/registrate e il report "Volumi PNGLA 2019-2021" a supporto della rilevazione dei volumi erogati/pianificati/pagati.

La trasmissione dei dati relativi ai tempi di attesa dell'Attività Libero Professionale Intramoenia (Alpi) compete alle Segreterie CUP/ALPI Aziendali attraverso il portale nazionale dedicato, all'indirizzo <http://alpi.agenas.itm>.

L'attività svolta in regime di libera professione intramuraria, a norma dell'art. 1 della legge n.120/2007 deve essere programmata in modo da risultare non superiore ai volumi di prestazioni eseguite nell'orario di lavoro, per cui l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per compiti istituzionali e, a norma dell'art. 4, comma 6, del decreto ministeriale 28 febbraio 1997, un impegno superiore al 50% dell'orario di servizio effettivamente prestato, anche in applicazione delle norme sulla protezione, sicurezza e salute dei lavoratori che prevedono un massimo di n. 48 h. settimanali complessive.

I criteri da osservare al fine di assicurare il suddetto equilibrio sono così definiti:

- a. Quale parametro di riferimento di carattere generale (sia in termini temporali che quantitativi) devono essere tenuti presenti i volumi complessivi di prestazioni per unità operativa, già negoziati in sede di definizione annuale del budget con i dirigenti responsabili delle équipe interessate relativamente alle attività istituzionali da assicurare con le risorse assegnate. I ricoveri e le attività ambulatoriali in libera professione devono essere aggiuntivi rispetto al budget di attività di degenza ordinaria fissata annualmente.
- b. L'attività libero professionale intramoenia è esercitata di norma per le attività che l'ATS garantisce in forma istituzionale. Su richiesta del singolo professionista, il Direttore generale può comunque autorizzare, sentita la Commissione Paritetica, l'effettuazione di prestazioni da erogare in regime libero professionale anche se non erogate in regime istituzionale, purché sia riconosciuta la validità delle stesse sulla base delle più aggiornate conoscenze tecnico-scientifiche.
- c. Ai fini della comparazione tra volumi di attività in regime di servizio sanitario nazionale e in regime di libera professione le prestazioni istituzionali sono valorizzate in base ai vigenti tariffari nazionali, eventualmente adattati a livello regionale (tariffa DRG, nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, altri tariffari vigenti).

Il corretto rapporto tra ALPI ed attività istituzionale è garantito dalla Commissione Paritetica di Promozione e Verifica la cui attività è svolta nel rispetto della normativa e delle procedure previste dal D.lgs. 33/2013.

La Commissione, istituita presso la direzione sanitaria aziendale, ai sensi dell'art. 54, ultimo comma, del contratto collettivo di lavoro 8 giugno 2000 ed in applicazione alla Deliberazione della Giunta Regionale n.51/21 del 17/11/2009.

Il superamento del rapporto di cui sopra, comporta l'immediata sospensione per il professionista, dell'autorizzazione all'esercizio dell'Attività Libero Professionale Intramoenia.

2.3 SISTEMI DI PRENOTAZIONE E PRESA IN CARICO

La ATS Sardegna si trova ancora oggi impegnata in un profondo processo di razionalizzazione dei Servizi in conseguenza del profondo cambiamento già attuato e in continua evoluzione nel SSR. Sono, infatti, in corso percorsi di riorganizzazione dei Presidi Ospedalieri (Riforma della rete Ospedaliera), ma, soprattutto, dei Processi di Presa in Carico dei pazienti, in particolar modo di quelli con malattie croniche.

La ATS intende raggiungere l'obiettivo di rimettere realmente il paziente al centro dei processi d'assistenza, cura e prevenzione, nel pieno rispetto della sostenibilità finanziaria del sistema.

Con la delibera del Direttore Generale n° 943 del 5/10/2017, questo obiettivo viene trasformato in azioni coerenti ai principi e ai valori per un buon governo dell'assistenza sanitaria e persegue la presa in carico globale della persona con malattia cronica nelle fasi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, attraverso un uso equo, rispettoso e giusto delle necessarie risorse umane, strumentali ed economiche.

Inoltre, per l'importanza di un approccio socio sanitario integrato, garantisce il corretto coordinamento delle attività dei distretti socio-sanitari e ospedalieri, dell'integrazione territorio-ospedale, della rete regionale dell'emergenza e degli ospedali, in una visione che comprenda anche le strutture private accreditate.

La presa in carico dei pazienti è la reale novità nella gestione delle liste di attesa e riguarda gli esami successivi al primo accesso, per i quali sono state aperte agende di prenotazione differenziate dai primi accessi, e i controlli per i malati cronici inseriti in specifici PDTA. Un sistema integrato di presa in carico del paziente riduce le prime visite a quelle di primo accesso e assicura una costante riduzione delle liste d'attesa per gli utenti che per la prima volta entrano in contatto con il SSR.

Sono infatti gli specialisti, che, nel prendere in carico il paziente, provvedono a prescrivere e prenotare direttamente le prestazioni di controllo, su agende esclusive dedicate, senza che il cittadino debba tornare nuovamente dal medico di base e a un nuovo sportello CUP.

2.3.1 La presa in carico del paziente

Nella Regione Sardegna, alcuni provvedimenti legislativi tra cui *l'Area tematica n.5 del Piano di rientro-Anni 2016-2018* (Delib. G.R. n 63/24 del 15/12/2015) e le *Linee d'indirizzo per la riqualificazione delle cure*

primarie (Delib. G.R. n. 60/2 del 2/12/2015) avevano evidenziato come l'organizzazione dell'assistenza territoriale non riuscisse ad affrontare in maniera organica la complessità delle cure e, in quanto tale, essa non rappresentasse una valida e appropriata alternativa all'assistenza ospedaliera.

L'ATS Sardegna ha posto un particolare focus sui Servizi di Continuità Assistenziale, i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS) nel governo non solo della cronicità ma anche dei bisogni a bassa e media complessità, evitando che l'utente si rivolga all'Ospedale per patologie non urgenti e differibili.

Attualmente il servizio di Continuità Assistenziale presenta delle importanti criticità, le due più importanti sono l'insufficiente appropriatezza delle prestazioni erogate e la mancanza di meccanismi di filtro (triage) delle richieste degli assistiti che rappresentano per il medico occasioni di domanda inappropriata. Inoltre, anche il livello di qualità percepita dall'utenza per il servizio erogato non è soddisfacente, il che determina il fenomeno dello scavalco e ricorso inappropriato al Pronto Soccorso e al Sistema Emergenza Territoriale 118 (SET118). Infine, l'attuale assenza di utilizzo delle forme associative tra i medici di assistenza primaria nell'erogazione delle attività, le cosiddette Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), limita l'effettiva continuità della presa in carico globale degli assistiti.

La ATS intende attuare sul territorio un processo di riorganizzazione che tenga conto di tali criticità e migliori l'uso delle risorse, ponendo gli operatori del servizio di continuità assistenziale in un sistema di rete e circolarità che permetta la realizzazione delle indispensabili sinergie funzionali con i MMG, i PLS e la rete dell'emergenza-urgenza. La riorganizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale, in fase di definizione, terrà conto sia dei volumi di attività sanitaria giornalieri e annui, della rete viaria, della percorribilità delle strade, della dislocazione territoriale delle postazioni del 118, della presenza sul territorio delle costituenti Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, che soprattutto dell'attivazione del "Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117" (NE116117).

La riorganizzazione dell'assistenza primaria mediante il Servizio 116117 avverrà secondo una logica di rete in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, dal primo ascolto ai controlli periodici e programmati, da parte di un team con competenze diversificate. Questo servizio faciliterà e diventerà utile strumento per implementare i percorsi di presa in carico delle persone con patologie croniche, specie se fragili e non autosufficienti, attraverso un utilizzo evoluto e dedicato di gestione delle conoscenze attraverso i sistemi informativi.

Con Deliberazione del Direttore Generale ATS n. 462 del 19/06/2019 è stato costituito uno specifico gruppo di lavoro, a supporto della realizzazione del **Piano ATS Sardegna cronicità** con la riorganizzazione del servizio di presa in carico del paziente cronico, di continuità assistenziale e di gestione integrata delle cure mediche anche attraverso il NE 116117 con le seguenti funzioni:

- Supporto e vigilanza sullo sviluppo coerente del progetto sviluppando un cronoprogramma di realizzazione e fornendo resoconti trimestrali alla Direzione Aziendale ATS Sardegna
- formazione continua per l'utilizzo di speciali algoritmi basati sulla applicazione di un software di analisi statistica, Statistical Analysis System, (S.A.S.)
- creazione e il continuo aggiornamento di un Clinical Document repository regionale che contenga gli archivi sanitari elettronici amministrativi
- definizione di un set di indicatori per l'identificazione di coorti di pazienti affetti da specifiche condizioni croniche (Broncopneumopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, insufficienza renale cronica, diabete mellito), la loro stratificazione in base alla gravità del quadro clinico e/o altri determinanti del consumo di risorse per la valutazione e il monitoraggio dei PDTA.
- collaborazione con tutte le Strutture aziendali utili al raggiungimento degli obiettivi prefissati, di vigilanza e rilevazione, valutazione e risoluzione di eventuali criticità possibili nel percorso realizzativo.

La realizzazione del Piano per la Cronicità prevede l'inserimento in percorsi assistenziali con l'indicazione delle prestazioni che l'assistito dovrà svolgere con cadenze temporali definite, garantendo la continuità dei percorsi assistenziali di controllo/follow-up presso la stessa struttura erogatrice, assicurando a ogni specialista/struttura l'accesso al CUP per la prenotazione, in agende dedicate agli accessi successivi.

2.3.2 Il servizio CUP

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale Sardo è il sistema centralizzato informatizzato, deputato a gestire l'intera offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale regionale (SSR compresa intramoenia, regime convenzionato) e le prenotazioni connesse (a sportello, telefoniche, via web, in farmacia), in modo trasparente ed efficiente. Tale sistema assicura le attività di gestione e programmazione delle agende di prenotazione, il monitoraggio per il governo delle liste d'attesa e l'informazione verso gli utenti, assicurando immediatezza di visibilità.

Obiettivo primario del CUP regionale è quello di garantire la possibilità di accesso alle prestazioni indipendentemente dal luogo di residenza dell'utente, rendendo disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del sistema CUP, indipendentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda sanitaria o ad uno specifico ambito territoriale/canale d'accesso. Il CUP regionale garantisce la diffusione, quanto più capillare possibile, delle modalità di fruizione dei servizi avvalendosi di un livello interaziendale coordinato a livello regionale e un livello aziendale.

Il Sistema CUP "interaziendale", ha permesso di adottare un modello che prevede un coordinamento interaziendale a livello regionale e la possibilità di accentrare specifici ambiti d'attività del CUP, allo scopo di beneficiare di economie di scala e di specializzazione delle figure coinvolte all'interno di ambiti cruciali d'attività (quali, ad esempio, la gestione delle agende e della prenotazione telefonica, delle regole comportamentali, ecc).

Il CUP unificato configura una situazione in cui i diversi CUP aziendali sono confluiti in un unico strumento valido per tutti in termini di funzionalità dell'applicativo sia lato "front end" (prenotazione) sia lato "back office" (gestione delle agende e del catalogo delle prestazioni).

Obiettivo dei sistemi CUP è rendere possibile la prenotazione "allargata ed incrociata" di prestazioni presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (prestazioni SSN, libera professione intramoenia), e per le differenti modalità di accesso (ricovero ordinario, day hospital, specialistica ambulatoriale, ecc.).

Il sistema CUP è stratificato per classi di priorità (U - B - D - P) strutturato in modo da garantire la separazione tra i primi accessi e quelli successivi per tutte le prestazioni erogate in regime istituzionale, privato accreditato e Attività Libero Professionale. Nel caso dei primi accessi, il sistema è dotato di un'informativa sull'accettazione o meno della prima disponibilità da parte dell'utente e consente quindi di annotare la scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura o in altra data successiva alla prima proposta, in modo da distinguerla dalle prenotazioni per le quali occorre garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa. Sul CUP sono inoltre istituite le Agende Esclusive per l'inserimento delle visite ed esami successivi al primo accesso, di esclusivo utilizzo dello specialista che ha già preso in carico il paziente per le attività legate alla presa in carico, controlli e follow up.

Inoltre, con l'avvio della ricetta dematerializzata, la Regione Autonoma della Sardegna, ha avviato un processo di profonda reingegnerizzazione e evoluzione del sistema CUP. L'obiettivo principale è stato quello di gestire sul sistema informativo regionale l'intera offerta sanitaria di specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e dalle strutture private accreditate in convenzione con il SSR. Sono stati pertanto attivati nuovi canali di collegamento e interoperabilità tra il sistema CUP regionale e i sistemi CUP privati esterni e sono state implementate e integrate le nuove strutture private e le relative agende sul sistema di prenotazione regionale.

Gli ingenti investimenti Regionali sia in termini di reingegnerizzazione che di collegamento e interoperabilità tra sistemi pubblici e privati costituirà per l'ATS Sardegna una importante prospettiva di sviluppo del sistema di prenotazione, rendicontazione e di reportistica indispensabili per il governo delle prestazioni ambulatoriali e la gestione delle liste d'attesa.

Tra gli obiettivi di sviluppo del sistema CUP che l'ATS Sardegna intende promuovere:

- La gestione di un sistema di prenotazione con conferma o tramite avviso SMS;
- Offrire ai Medici Prescrittori l'opportunità di accedere direttamente alle agende di prenotazione ed effettuare o annullare una prenotazione (con tracciamento codificato dei movimenti per singolo

medico);

- Garantire il collegamento con il portale Web Aziendale per l'aggiornamento in tempo reale dei tempi di attesa aziendali e per singola ASSL;
- Riportare sul foglio di prenotazione l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione almeno due giorni prima del giorno previsto per l'erogazione della prestazione, sia mediante l'accesso allo sportello CUP, farmacie, Call Center e in prospettiva tramite procedura online) pena l'erogazione delle sanzioni che saranno deliberate a livello ATS ai sensi del comma 15 dell'art. 3 del D.Lgs. 124/98 e ss.mm.ii.

2.3.3 La rete dei punti di prenotazione

L'attuale organizzazione della rete dei punti di prenotazione AST Sardegna viene supportata dal sistema CUP Regionale integrato in base al quale i diversi CUP aziendali si interfacciano con un modulo gestionale unico che consente a tutte le diverse realtà aziendali di conoscere l'offerta complessiva dell'Azienda in termini di disponibilità di slot prestazionali e di gestirli in maniera coordinata (le prenotazioni di una prestazione in una ASSL dell'ATS da parte di uno dei CUP/Ticket territoriali sarà visibile a tutti gli operatori con accesso alla piattaforma, così come qualsiasi modifica negli slot prestazionali sarà immediatamente visualizzabile a livello Aziendale).

Un sistema così strutturato consente di gestire efficientemente l'intera offerta e la complessiva domanda di prestazioni sanitarie, di monitorare i tempi d'attesa, i fabbisogni per Area socio sanitaria, e di prevedere forme di efficientamento dell'intero servizio sanitario regionale.

Il sistema CUP inoltre, è stato integrato, a norma di legge, con il sistema PagoPA secondo le specifiche AGID/SOGEI dal mese di maggio 2020.

L'attività svolta da tutti gli operatori del sistema di gestione e prenotazione dell'ATS Sardegna si divide in attività di *front office* e in attività di *back office*, così come indicata dal PRGLA.

Il *back office* cura la programmazione e la manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione come sotto meglio evidenziato:

- L'attività di gestione e programmazione delle agende di prenotazione;
- la configurazione delle agende pubbliche di prenotazione per le "prime visite/prestazioni" con la gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità definita dal medico prescrittore (richiesta Urgente, Breve, Differibile o Programmata);
- la configurazione delle agende esclusive di prenotazione per le "visite/prestazioni successive alla prima" nonché la predisposizione degli slot disponibili a percorsi di cura e presa in carico del paziente in accordo tra le diverse strutture eroganti;
- la modifica delle agende inserite nel Sistema: sospensione di attività di erogazione, variazione delle prestazioni (tipologia e quantità), orari di accesso, ecc.;
- la gestione delle avvertenze da seguire per una corretta prenotazione delle prestazioni ed eventuale indicazione delle modalità di preparazione per l'effettuazione della prestazione;
- la gestione delle diverse tipologie di contratto e convenzioni per l'erogazione delle prestazioni: SSN, intramoenia, extra SSN e relativi listini.

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite e delle prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e per individuare il miglior *dimensionamento* delle agende ai fini gestionali, il sistema CUP consente inoltre di:

- distinguere i posti assegnati alle differenti tipologie di accesso;
- gestire i pazienti in lista in maniera distinta;
- prevedere meccanismi automatici che riconvertono posti dalle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e viceversa, in caso di posti rimasti vuoti, per ottimizzare la gestione e minimizzare i tempi morti;
- prevedere meccanismi scorrevoli di riconversione degli spazi di erogazione delle prestazioni di primo accesso in termini di codici di priorità onde evitare slot prestazionali non erogati;

- distinguere i posti riservati a percorsi specifici cui fanno riferimento determinate richieste;
- rilevare separatamente i tempi di attesa assegnati alle diverse tipologie di utenti.

Il sistema regionale CUP prevede funzionalità in grado di intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente tramite l'algoritmo di verifica del numero della ricetta di prescrizione della prestazione.

L'attuale organizzazione aziendale degli uffici di coordinamento CUP (Back-Office) prevede n. 8 Segreterie CUP incardinate nei Distretti delle otto Aree Socio-sanitarie della ATS Sardegna.

Ciascuna Segreteria CUP provvede alla creazione e gestione di tutte le agende informatizzate in maniera centralizzata sia delle **agende delle strutture pubbliche e dei privati accreditati** sia delle agende dei professionisti autorizzati allo svolgimento di attività **libero professionale**.

L'ATS Sardegna ha negli anni implementato i seguenti canali di accesso per la prenotazione di prime visite e visite di controllo:

- sportello presidiato: rappresenta l'esempio più diffuso e consiste nello sportello sito presso una struttura erogatrice con operatore dedicato, i cup/ticket che oltre all'incasso del ticket sono abilitati alla visualizzazione delle agende di prenotazione presso lo sportello e garantiscono il 66% di accessi alle prenotazioni nell'anno 2020;
- telefono: consiste in un numero dedicato a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore di call center ed effettuare la prenotazione. In ATS Sardegna il 34% delle prenotazioni avviene tramite contatto telefonico ai numeri dedicati 1533 da telefono fisso e 070/474747 da telefono mobile;
- prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente. Questa tipologia di prenotazione si riferisce agli accessi successivi al primo che vengono direttamente effettuate presso la struttura su agende esclusive riservate;
- prenotazioni effettuate presso le Farmacie territoriali, tramite postazioni di lavoro presidiate, integrate con il sistema CUP;
- prenotazioni ad uno sportello CUP sito in strutture convenzionate quali Associazioni mediche, Istituti accreditati, Associazioni di volontariato, Enti locali e così via;
- prenotazioni WEB effettuate direttamente dall'utente. Questa modalità ad oggi viene scarsamente utilizzata assestandosi su una percentuale dello 0.5% anche per carenza conoscitiva oltre che competenze nell'utilizzo di sistemi digitali.

DISTRIBUZIONE PER CANALE DI PRENOTAZIONE ANNO 2020

ASSL	PRENOTAZIONI	CALL CENTER	%	SPORTELLLO CUP AZIENDALE	%	CUP WEB	%	TOTALE
SASSARI	Istituzionale	36.810	64%	61.780	84%	468	70%	99.058
	Accreditati	21.088	36%	11.641	16%	199	30%	32.928
	TOTALE	57.898	44%	73.421	56%	667	0,5%	131.986
OLBIA	Istituzionale	38.918	96%	25.761	95%	114	84%	64.793
	Accreditati	1.745	4%	1.431	5%	21	16%	3.197
	TOTALE	40.663	60%	27.192	40%	135	0,2%	67.990
NUORO	Istituzionale	20.885	79%	128.073	91%	293	88%	149.251
	Accreditati	5.469	21%	12.872	9%	39	12%	18.380
	TOTALE	26.354	16%	140.945	84%	332	0,2%	167.631
LANUSEI	Istituzionale	1.438	44%	38.616	75%	73	58%	40.127
	Accreditati	1.797	56%	12.936	25%	53	42%	14.786
	TOTALE	3.235	6%	51.552	94%	126	0,2%	54.913
ORISTANO	Istituzionale	20.929	65%	41.975	72%	373	72%	63.277
	Accreditati	11.239	35%	15.958	28%	145	28%	27.342
	TOTALE	32.168	35%	57.933	64%	518	0,6%	90.619
SANLURI	Istituzionale	12.881	72%	43.884	90%	384	82%	57.149

	Accreditati	4.958	28%	4.903	10%	84	18%	9.945
	TOTALE	17.839	27%	48.787	73%	468	0,7%	67.094
CARBONIA	Istituzionale	2.968	54%	27.995	71%	89	65%	31.052
	Accreditati	2.489	46%	11.535	29%	47	35%	14.071
	TOTALE	5.457	12%	39.530	88%	136	0,3%	45.123
CAGLIARI	Istituzionale	76.300	45%	113.787	45%	1.092	42%	191.179
	Accreditati	92.566	55%	140.012	55%	1.515	58%	234.093
	TOTALE	168.866	40%	253.799	60%	2.607	0,6%	425.272
TOTALE ATS		352.480	34%	693.159	66%	4.989	0,5%	1.050.628

In questo contesto il presente Piano Attuativo, proprio nel tentativo di avvicinare l'utenza ai sistemi digitali sempre più in uso nel SSR, prevede lo sviluppo dei sistemi CUP on-line che consentano la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relativi a visite o esami in attività istituzionale e in libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive, e promuove l'accesso alla prenotazione digitale oltre che a capillarizzare il sistema di prenotazione attraverso le farmacie che ad oggi hanno una percentuale di adesione al sistema di prenotazione estremamente limitata.

La tabella che segue evidenzia il dettaglio degli sportelli *back office* e *front office* dell'ATS Sardegna:

ASSL	STRUTTURE	SPORTELLI	SEDE
SASSARI	Segreteria CUP		Sassari c/o Poliambulatorio Conti
			Alghero Via degli Orti
			Ozieri
	Sportelli CUP/Ticket	3	Sassari Via Tempio
5		Porto Torres	
1		Ozieri	
	Call Center Ditta Esterna		ZI Predda Niedda
OLBIA	Segreteria CUP		Olbia Vecchio Ospedale San Giovanni di Dio
	Sportelli Cup/Ticket	3	P.O. Giovanni Paolo II Olbia
		2	Poliambulatorio c/o Vecchio Ospedale San Giovanni di Dio
		2	P.O. Tempio
	2	P.O. La Maddalena	
	Call Center Ditta esterna		Olbia Vecchio Ospedale San Giovanni di Dio
NUORO	Segreteria CUP		P.O. San Francesco di Nuoro
	Sportelli CUP/Ticket	7	P.O. San Francesco di Nuoro
		4	P.O. Cesare Zonchello di Nuoro
		3	Poliambulatorio (Ex Inam) di Nuoro
		3	Gavoi
		1	Bitti
		3	Distretto di Macomer
		3	Distretto di Siniscoa
		2	Orosei
		2	P.O. San Camillo di Sorgono
	1	Poliambulatorio di Aritzo	
1	Poliambulatorio di Desulo		
	Call Center Progetto di finanza		c/o Poliambulatorio Ex Inam
LANUSEI	Segreteria CUP		P.O. Nostra Signora della Mercede
	Sportelli Cup/Ticket	5	P.O. Nostra Signora della Mercede
		3	Poliambulatorio di Tortoli
	2	Poliambulatorio di Jerzu	
ORISTANO	Segreteria CUP		Ospedale San Martino di Oristano
	Sportelli Cup/Ticket	7	Ospedale San Martino di Oristano
		6	Poliambulatorio di Oristano
		5	Ospedale G.P. Delogu Ghilarza
		2	Ospedale G.A. Mastino di Bosa
		1	Poliambulatorio di Ghilarza
		4	Poliambulatorio di Ales
		2	Poliambulatorio di Terralba
2	Poliambulatorio di Mogoro		

		2	Casa della Salute di Samugheo
		1	Poliambulatorio di Villa Sant'Antonio
		1	Casa della Salute di Laconi
		1	Poliambulatorio di Busachi
		1	Poliambulatorio di Cuglieri
	Call Center interno		Ospedale San Martino di Oristano
SANLURI	Segreteria CUP		Sede Aziendale Via Ungaretti P.O. Nostra Signora di Bonaria
	Sportelli Cup/Ticket	1	Poliambulatorio di guspini
		1	Poliambulatorio di Villacidro
		1	P.O. Nostra Signora di Bonaria
		4	Poliambulatorio di Sanluri
		1	Poliambulatorio di Serramanna
CARBONIA	Segreteria CUP		
	Sportelli Cup/Ticket	1	Ambulatorio di Dolianova
		1	Ambulatorio di Gonnese
		2	Casa della Salute di Carloforte
		1	Casa della Salute di Flunimaggiore
		2	Casa della Salute di Giba
		2	Casa della Salute di Sant'Antioco
		5	Poliambulatorio Carbonia - San Ponziano
		3	P.O. CTO Iglesias
		6	O.O. S. Barbara Iglesias
5	P.O. Sirai Carbonia		
CAGLIARI	Segreteria CUP		Cittadella della Salute Via Romagna 16 - padiglione G
	Sportelli Cup/Ticket	3	P.O. Binaghi di Cagliari
		2	P.O. Marino di Cagliari
		5	P.O. SS. Trinità di Cagliari
		3	Poliambulatorio di Cagliari
		2	Poliambulatorio di Selargius
		1	Poliambulatorio di Sestu
		1	Poliambulatorio di Monastir
		1	Casa della Salute di Pula
		1	Poliambulatorio di Teulada
		4	Poliambulatorio di Quartu Sant'Elena
		1	Poliambulatorio di Sinnai
		1	Poliambulatorio di Dolianova
		2	P.O. San Marcellino Muravera
		1	Poliambulatorio di San Nicolò Gerrei
		1	Poliambulatorio di Villasimius
		1	P.O. San giuseppe di Isili
		1	Poliambulatorio di Mandas
1	Poliambulatorio di Orroli		
1	Poliambulatorio di Senorbì		
	Call Center		Cittadella della Salute Via Romagna 16 - padiglione G
	TOTALE	162	

2.3.4 Gestione delle disdette

L'utente che non ha intenzione di presentarsi all'appuntamento fissato deve disdire la prenotazione entro i 2 giorni lavorativi precedenti l'appuntamento, al fine di permettere all'Azienda di recuperare il posto e renderlo disponibile. (Art. 3 comma 15 del D.Lvo 124/98)

L'Azienda favorisce l'accessibilità ai servizi di disdetta prevedendo le seguenti modalità:

- tramite recall;
- tramite call center;
- prevedendo accessi agli sportelli di prenotazione;
- tramite posta elettronica.

3 LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

3.1 PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ DI RICOVERO

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

- Livello di priorità clinica stabilita;
- Ordine cronologico di iscrizione in lista;
- Risorse necessarie.

La classe di priorità è da assegnare valutando la condizione clinica del paziente, natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;

- presenza di dolore e/o deficit funzionale o altre complicanze previste;
- casi particolari che, indipendentemente dal quadro clinico, richiedano di essere trattati in un tempo prefissato, purché esplicitamente dichiarati dal medico che lo ha in carico.

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del PNGLA 2019 - 2021 e del PRGLA 2019 – 2021 della Regione Sardegna. Viene assicurata l'adozione di una Agenda di Prenotazione dei Ricoveri (APR), gestita in modalità informatizzata.

L'indicazione al ricovero programmato può essere posta da un medico dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il medico proponente deve fornire correttamente i dati necessari all'inserimento dei pazienti in lista di prenotazione: anagrafica, diagnosi ed intervento proposto nonché la richiesta di visita ove previsto, classe di priorità.

Al momento dell'inserimento in lista, vengano fornite al paziente le seguenti informazioni:

- *Classe di priorità assegnata;*
- *Presumibile data/periodo di chiamata ed eventuali criticità in ordine ai tempi di attesa;*
- *Informativa riguardo alle modalità di sospensione, rinvio e cancellazione dalla lista;*
- *Modalità di rinuncia;*

La programmazione dell'attività di ricovero, supportata dal sistema informatico, avviene secondo le seguenti fasi: 1) La Presa in carico del paziente; 2) Inserimento in lista d'attesa; 3) Attivazione del pre-ricovero; 4) Ordine di Accesso; 5) Aggiornamento della Lista d'Attesa;

3.1.1 LA PRESA IN CARICO (FASE DI PRE-LISTA)

La presa in carico è il momento in cui il paziente viene valutato da parte della struttura che ne seguirà l'intero iter clinico e assistenziale fino all'effettuazione dell'intervento. Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento di inserimento in lista, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e quindi non ancora puntualmente definiti l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica del paziente, oppure potrebbe esservi la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie adiuvanti o attendere un tempo prestabilito di osservazione o valutazione prima dell'intervento. Massima attenzione deve essere posta, quindi, alla definizione del momento in cui il paziente ha i requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento (idoneità all'intervento chirurgico).

Pertanto, la data di prenotazione (inserimento in lista) corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica.

3.1.2 INSERIMENTO IN LISTA (FASE DI LISTA DI ATTESA)

Il paziente è inserito in lista d'attesa specificando la classe di priorità, la diagnosi (descrittiva e codificata) e

l'eventuale intervento principale.

Dalla data di iscrizione in lista in poi, fino al giorno del ricovero (data ammissione), sarà calcolato il tempo di attesa.

Nel caso in cui la struttura non sia nelle condizioni di garantire il rispetto dei tempi di attesa, si procederà a definire specifici accordi o protocolli con ospedali pubblici o privato accreditato per rispettare i tempi di attesa.

Qualora il paziente non accetti di effettuare l'intervento in altra struttura, così come proposto, viene a cadere il vincolo "contrattuale" di rispetto dei tempi massimi di attesa. Rimane valida l'iscrizione del paziente in lista di attesa e i tempi di esecuzione dell'intervento chirurgico seguiranno i tempi di scorrimento disponibili nella struttura ospedaliera. È indispensabile la puntuale documentazione dei passaggi procedurali e la formalizzazione della scelta effettuata dal paziente.

3.1.3 PRE-RICOVERO (FASE PRE-OPERATORIA)

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

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

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

3.1.4 ORDINE DI ACCESSO

L'ordine di accesso alle prestazioni di ricovero programmato si determina in base ai seguenti fattori:

- Livello di priorità clinica stabilita;
- Ordine cronologico di iscrizione in lista;
- Risorse necessarie.

La classe di priorità è da assegnare valutando:

la condizione clinica del paziente, la natura della patologia e delle possibili evoluzioni peggiorative del quadro clinico e della prognosi, in relazione al tempo necessario al trattamento;

3.1.5 AGGIORNAMENTO DELLA LISTA DI ATTESA

La lista di attesa va verificata ad intervalli di tempo definiti ed espliciti, al fine di valutare la sua corrispondenza rispetto a posizione e stato di permanenza in lista dei pazienti, e procedere alle eventuali correzioni necessarie. I controlli periodici, compresi i contatti con i pazienti, sono mirati ad un'analisi dell'andamento delle prenotazioni, oltre che alla verifica delle rinunce, degli stati di sospensione, degli annullamenti e uscite dalla lista di attesa, funzionali a garantire un'ottimale programmazione delle sedute operatorie. Nel corso dell'attesa possono essere necessarie rivalutazioni del paziente che possono

comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione vengono tracciati nelle agende di prenotazione. Si precisa che in caso di modifica della priorità il tempo di attesa complessivo è comunque conteggiato dal giorno del primo inserimento in lista (il tempo già trascorso rientra nel tempo di attesa). In ogni struttura o sistema organizzato e centralizzato di gestione delle liste di attesa sono stati formalmente individuati gli operatori abilitati alla pulizia e manutenzione della lista e chiamata dei pazienti.

L'aggiornamento della lista d'Attesa può essere determinato da:

a) RINVIO DEL RICOVERO PROGRAMMATO

Può essere accordato, su richiesta del paziente, un rinvio dell'attesa per il ricovero programmato. Si concretizza mentre il paziente è inserito in lista di attesa e può dipendere da:

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

È uno stato della lista di attesa durante il quale il paziente mantiene il livello di priorità maturato; il periodo di sospensione deve avere una data di inizio e una di fine, certa o presunta: in questo stato il contatore è fermo e il tempo di sospensione deve essere sottratto dal tempo di attesa.

È necessario che, a livello locale, si adottino comportamenti e procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti. Nel caso il periodo di sospensione si protragga per un tempo giudicato troppo lungo è opportuno pianificare e concordare con il paziente una visita di rivalutazione.

Nel caso in cui il gestore della lista effettui la chiamata per la visita di rivalutazione, prenotata attraverso i canali interni di prenotazione, e il paziente, per motivi non correlati allo stato di salute, manifesti una indisponibilità o non si presenti alla data concordata, viene offerta una seconda visita di rivalutazione, con compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito (ticket) laddove non esente; a fronte di un ulteriore rifiuto o mancata presentazione, la cancellazione diviene esecutiva. Quando la visita di rivalutazione clinica conferma la necessità di eseguire l'intervento, il medico avvia l'appropriato iter terapeutico, fornendo una data di ricovero. Ogni modifica dello stato di lista, ogni atto diagnostico o terapeutico, ogni contatto e ogni cambio di iter terapeutico, deve avere riscontro nel registro informatizzato e comunicato puntualmente al paziente.

b) RINVIO DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

È il caso in cui il paziente è ricoverato e l'intervento chirurgico non può essere effettuato. In questo scenario è necessario valutare la possibilità, all'interno dello stesso episodio di ricovero, di riprogrammare l'intervento chirurgico. Nel caso in cui ciò non sia possibile, al momento della dimissione deve essere stabilita e comunicata al paziente la nuova data di ricovero da effettuarsi prima possibile.

c) USCITA DALLA LISTA DI ATTESA (SENZA RICOVERO)

La chiusura della scheda di prenotazione è contemplata nei seguenti casi:

- decesso;
- espressa rinuncia del paziente che per sua libera e irrevocabile scelta, non intenda effettuare il ricovero;
- trasferimento ad altro setting assistenziale;
- irreperibilità del paziente a seguito di due chiamate telefoniche o colloquio diretto in giornate diverse e orari differenti opportunamente tracciati per via informatica.

Nell'informativa inviata al paziente, tramite modalità informatizzata e tracciabile (mail, SMS, etc.) al momento dell'inserimento in lista, vengono chiaramente riportate le seguenti note al fine di informare adeguatamente il cittadino sulle modalità di chiusura della scheda di prenotazione:

- canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
- informazioni da comunicare per effettuare la cancellazione;

- termine (giorno e ora) entro il quale si richiede di comunicare la cancellazione che deve essere tale da consentire il recupero del posto prenotato, ossia l'attribuzione dell'appuntamento a un altro cittadino.

Il presente PAGLA, per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, provvederà a monitorare i tempi di ricovero e la disponibilità di posti letto.

La appropriatezza sarà garantita dello specialista accettante il ricovero programmato, la gestione di richieste di ricovero per le aree chirurgiche e mediche che vengono indirizzate a setting assistenziali ambulatoriali (day service chirurgici e medici) saranno garantite in strutture che possano gestire le basse complessità sanitarie (PTA - PPA). Si interverrà sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media e sui processi di deospedalizzazione. Si provvederà all' incremento del personale sanitario (previa disponibilità delle risorse umane) per sedute operatorie aggiuntive, programmando le stesse anche al pomeriggio e nel contempo anche l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Nell'ambito del monitoraggio sulle liste di attesa sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

3.2 USO SISTEMATICO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ

Con riferimento all'attività di ricovero, il presente Piano recepisce le indicazioni del PRGLA 2019-2021 della Regione Sardegna. Le classi di priorità attribuibili per il ricovero sono a seguire :

Tempi massimi di attesa per prestazioni in regime di ricovero per Classi di priorità

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

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

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

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

4 MONITORAGGIO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

4.1 STRUMENTI PER IL MONITORAGGIO

Il PNGLA 2019-2021 e il PRGLA 2019-2021 introducono in forma stabile, tra gli altri, il monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa per le prestazioni definite “traccianti” erogate in regime istituzionale. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSR. Il monitoraggio dei tempi di attesa viene effettuato secondo la modalità ex ante (a priori) per misurare il tempo di attesa prospettato al cittadino al momento della prenotazione, in una determinata “settimana indice”, con **cadenza trimestrale** (a gennaio, aprile, luglio e ottobre), sulla base delle prenotazioni inserite nel CUP attraverso tutti i canali di prenotazione previsti in Sardegna (Call Center, CUPWEB, sportelli presso Strutture sanitarie, Farmacie, etc.).

Il tempo di attesa è calcolato in giorni come l'intervallo che intercorre tra data di contatto dell'utente con il sistema CUP e la data assegnata per l'erogazione, ossia data di prenotazione. Sono oggetto di monitoraggio esclusivamente le prestazioni di primo accesso, prenotate in regime istituzionale, con classe di priorità B (Breve) o D (Differibile) e che rientrano nella garanzia dei tempi massimi.

Ai fini del monitoraggio vengono prese in considerazione solo le prime visite o le prestazioni strumentali di primo accesso ed escluse quelle di controllo.

Parallelamente alla rilevazione dei tempi d'attesa dell'attività istituzionale il PNGLA e il PRGLA 2019-2021 hanno stabilito il monitoraggio su base trimestrale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime Libero professionale intramuraria (ALPI).

Le procedure per la rilevazione delle prestazioni ambulatoriali dell'attività ALPI erogate a favore dell'utente sono stabilite nel documento di cui al Prot. n. 2019/0003685 del 17.05.2019 così come aggiornato con nota Prot. n. 2020/0003846 del 13.07.2020 avente ad oggetto “Linee guida per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria” predisposto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS).

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono le stesse dell'attività istituzionale ma la modalità di raccolta e inserimento dei dati avviene attraverso un sito web dedicato curato da AGENAS su incarico dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero professionale Intramuraria. In ATS Sardegna il dato viene inserito dai responsabili delle Segreterie Cup abilitati attraverso un sistema di accreditamento “a cascata” che fanno capo alla Regione Sardegna per la validazione finale.

Con nota Prot. n. 15178 del 15.07.2019 l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale ha comunicato le nuove specifiche circa il monitoraggio dei tempi di attesa ex ante dell'attività istituzionale e ALPI, richiamando l'allegato B alla DGR n. 21/24 del 04.06.2019 relativo alle “Linee guida sulla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa”.

Sulla base delle nuove specifiche, non è più necessario che vengano trasmessi i monitoraggi dell'Attività Istituzionale da parte di ciascuna ASSL dell'ATS Sardegna al competente servizio Regionale il quale procederà autonomamente a estrarre i dati relativi alle prenotazioni inserite nel CUP Web, utilizzando l'apposito report denominato “Monitoraggio istituzionale ex ante – tabella ministeriale PNGLA 2019-2021”.

Con successiva Determinazione della Direzione Generale della Sanità n. 1287 del 24/12/2020 avente ad oggetto “Aggiornamento report standard relativi al monitoraggio delle liste di attesa a livello regionale e aziendale delle prestazioni indicate nel PNGLA 2019-2021, per la pubblicazione sui siti web istituzionali del SSR”, sono stati approvati i report da pubblicare sui siti delle Aziende sanitarie della Sardegna contenenti la frequenza e i termini per la pubblicazione.

Obiettivo dell'ATS Sardegna è dare indicazioni specifiche circa la verifica del corretto ed esaustivo caricamento dei dati in generale e più in particolare dei dati oggetto di monitoraggio previa verifica sistematica delle informazioni legate all'esecuzione delle prestazioni anche da parte degli ambulatori privati accreditati.

4.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa, in coerenza con il PRGLA 2019-2021, sono indicate nelle tabelle seguenti:

Tabella - Visite Specialistiche Ambulatoriali:

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	LEA PNGLA	Codice Catalogo Regionale
1	Prima visita Cardiologica	89.7	02	89.7A.3	S08V01
2	Prima Visita Chirurgia Vascolare	89.7	05	89.7A.6	S09V01A
3	Prima Visita Endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	S19V01
4	Prima Visita Neurologica	89.13	15	89.13	S32013
5	Prima Visita Oculistica	95.02	16	95.02	S34083
6	Prima visita Ortopedica	89.7	19	89.7B.7	S36V01
7	Prima Visita Ginecologica	89.26	20	89.26.1	S37028
8	Prima Visita Otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	S38V01
9	Prima Visita Urologica	89.7	25	89.7C.2	S43V01
10	Prima Visita Dermatologica	89.7	27	89.7A.7	S52V01
11	Prima Visita Fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	S56V02
12	Prima Visita Gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	S58V01
13	Prima Visita Oncologica	89.7	18	89.7B.6	S64V01
14	Prima Visita Pneumologica	89.7	22	89.7B.9	S68V01

Tabella - Prestazioni strumentali

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Catalogo Regionale
<i>Diagnostica per Immagini</i>				
15	Mammografia bilaterale ER	87.37.1	87.37.1	R69032
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	R69033A R69033B
17	TC del Torace	87.41	87.41	R69034
18	TC del Torace Senza e con MDC	87.41.1	87.41.1	R69035
19	Tcdell'Addome superiore	88.01.1	88.01.1	R69151

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Catalogo Regionale
20	TC dell'Addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	R69152
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	R69153
22	TC dell'Addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	R69154
23	TC dell'Addome completo	88.01.5	88.01.5	R69155
24	TC dell'Addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	R69156
25	TC Cranio - encefalo	87.03	87.03	R69054
26	TC Cranio - encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	R69055
27	TC del Rachide e dello speco vertebrale	88.38.1	88.38 A/B/C	R69058
30	TC de Rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	88.38.2	88.38 D/E/F	R69172
33	TC di Bacino e articolazioni sacro iliache	88.38.5	88.38.5	R69173
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	R69241
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	R69142
36	RM di addome inferiore ne scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	R69034
37	RM di addome inferiore ne scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	R69035
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93	R69133A R69133B R69133C
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.1	R69134A R69134B R69134C
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	R69074
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	S08012
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraortici	88.73.5	88.73.5	S14018
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	R69080
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	R69085
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	R69087
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	R69075
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	R69076A
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	R69076B
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	S37038
50	Excocolor Doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 - 88.77.5	S14021
Altri Esami Specialistici				
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	S58026
52	Polipectomia intestino crasso in corso di endoscopia sede u	45.42	45.42	S58034
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	S58028
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	S58023
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1 - 45.16.2	S58025
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	S08007
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	S08006
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro e con pedana mobile	89.41	89.41	S08001
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	88.44 - 89.41	S08004
60	Esame audiometrico totale	95.41.1	95.41.1	S38013
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	S68002
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	S68003
63	Fotografia del Fondo Oculare	95.11	95.11	S34092
64	Elettromiografia semplice [EMG] per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli.	93.08.1	93.08.A	S32033

Il Piano prevede la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, ed in particolare:
 - l'utilizzo delle classi di priorità;

- la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico;
- la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;
- sviluppo reportistica riferito a PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico;

L'ATS ha già previsto e chiesto ai competenti organi tecnici regionali i report utili ad una tale verifica, alcuni già disponibili, che prevedano:

- nome e cognome del medico prescrittore;
- codice regionale del medico prescrittore;
- numero dell'impegnativa;
- nome e cognome del paziente;
- codice fiscale del paziente;
- prestazione richiesta;
- classe di priorità definita dal medico prescrittore;
- quesito diagnostico (ICD-9-CM);
- classe di priorità definita dal medico erogatore;
- eventuale nuova diagnosi (ICD-9-CM).

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

4.3 PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO OGGETTO DI MONITORAGGIO

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

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

Prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

N	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD - 9 - CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x;	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97;	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1;	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x;	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9;	162.x; 197.0
7	Interventi chirurgici tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6;	193
8	Interventi chirurgici per melanoma	172.x	
9	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53;	
10	By pass aortocoronarico	36.1x	
11	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
12	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07;	
14	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	

Il presente Piano, ha come obiettivo l'incremento del personale sanitario (previa disponibilità delle risorse umane) per sedute operatorie aggiuntive, programmando le stesse anche al pomeriggio o il sabato mattina. Nell'ambito del monitoraggio sulle liste di attesa sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

4.4 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

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

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

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

5 TRASPARENZA E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE

Il presente Piano, in linea con le indicazioni Regionali, prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l'affermazione dei propri diritti.

A norma dell'art. 41, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" è previsto l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private.

In quest'ottica l'Azienda deve garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo le specifiche disposizioni esposte di seguito:

- a) tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e regionale;
- b) tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e regionale;

- c) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i “primi accessi” dagli “accessi successivi”;
- d) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere organizzate per classi di priorità e devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all’interno degli Ambiti di Garanzia, come definiti dalla DGR 59/5 del 4/12/2018 e s.m.i.;
- e) la sezione delle agende di prenotazione relativa ai primi accessi deve essere organizzata per codice di priorità, strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l’organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari.
- f) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*) devono essere organizzate per classi di priorità.

Inoltre, sarà potenziata la riorganizzazione delle funzioni URP, prevedendo una specifica e particolare attenzione agli aspetti organizzativi connessi all’accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ed alla gestione delle liste e tempi di attesa, sia attraverso campagne informative, attività di “*sportello*” o “*comunicazione diretta*”, sia attraverso appositi strumenti di comunicazione cartacea (locandine, depliant e brochure) e multimediale (sito web aziendale).

Detto materiale informativo cartaceo (locandine, depliant e brochure) e multimediale sarà predisposto per i medici prescrittori e gli assistiti, nonché sarà diffuso presso tutti i punti di erogazione delle prestazioni, presso i punti di prenotazione (CUP), presso gli studi dei medici prescrittori e mediante il sito web aziendale;

Un’apposita sezione del sito Web Istituzionale sarà dedicata alle informazioni di prioritario interesse per gli utenti e relative a:

- elenco delle prestazioni e il tempo massimo d’attesa associato e assicurato in base alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore;
- i criteri clinici e le corrispondenti classi di priorità;
- gli ambiti territoriali entro i quali tale tempo massimo viene assicurato;
- modalità di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali in regime istituzionale e in regime ALPI;
- modalità di pagamento delle prestazioni e disdetta;
- le condizioni di completezza della richiesta necessarie ad individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario;
- le condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d’attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- modalità di accesso ai ricoveri programmati e di formazione delle liste di attesa;
- percorsi di tutela in caso di sfornamento dei tempi massimi di attesa o degli ambiti di garanzia così come previsti dalla DGR 59/5 del 04/12/2018;
- tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA.
- Informazioni sulle regole adottate per la tutela dell’equità e trasparenza

Riveste particolare importanza la sezione del sito web Aziendale “Trasparenza” attraverso la quale comunicare periodicamente i risultati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare relative a:

- Rilevazioni regionali delle settimane indice;
- Report di monitoraggi aziendali.

A seguito di eventuali criticità che saranno rilevate sarà associata l’indicazione delle misure di contrasto assunte.

Ulteriori attività di comunicazione ed informazione, che verranno definite e sviluppate nel tempo, possono prevedere anche il coinvolgimento degli Ordini Professionali e delle Organizzazioni Sindacali, nonché strumenti tra i quali gli organi di informazione (conferenze stampa), le riviste aziendali (newsletter o

giornalino aziendale), seminari e tavole rotonde. Il piano della comunicazione coinvolgerà, pertanto, tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, formazione, relazioni con il pubblico, relazioni sindacali, informatiche, rapporti con i medici prescrittori ed erogatori.

Il PAGLA è reso disponibile a tutti i cittadini, alle loro associazioni e a tutti i portatori di interesse attraverso la pubblicazione sul sito web dell'Azienda Sanitaria compresi i costanti aggiornamenti.

6 DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Con Legge Regionale n. 24 del 11.09.2020, sono state istituite, con decorrenza 1° gennaio 2021, le nuove Aziende del SSR con personalità giuridica. A causa dell'emergenza dovuta al Covid-19, in data 22.12.2020 la Giunta Regionale ha approvato il disegno di Legge che prevede lo slittamento al 1° Gennaio 2022 la costituzione dell'Azienda Regionale della Salute (ARES) e la ricostituzione delle 8 Aziende Sanitarie Locali (ASL).

Le stesse, sulla base del presente Piano, dovranno provvedere a predisporre ed adottare il PAGLA 2022 – 2024 contenente i dati e le informazioni relative alla ASL di appartenenza, entro il 60° giorno successivo alla nuova data di istituzione delle Aziende del SSR.