# DIREZIONE GENERALE

A\$1.6

Prot. 2011/0036612

del 16/12/2011

DHIL: REGIONE SANDEONA ASSESSORATO IGIENE SA

ASSISTENZA SOCIALE

F91010010 : 2011/2.4.4/24

Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità e Assistenza Sociale Via Roma, 223 09100 Cagliari

Oggetto: Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010 - 2012.

In riferimento alla Vostra richiesta prot. 0002648/2011 di pari oggetto si invia il nostro Piano Attuativo Aziendale.

Distinti saluti

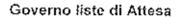
Direttore General

Dott Salvatore Piu



COVERNO LISTE DI ATTRES.

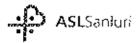
Piano attuativo 2010-2012





# Sommario

PREMESSA	
AZIONI INTRAPRESE NEL CORSO DEL TEMPO	Errore. Il segnalibro non è definito.
AZIONI DA INTRAPRENDERE	4
PROPOSTE OPERATIVE	5
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	



#### PREMESSA

Coerentemente con il "Programma di interventi per la definizione del Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012" precedentemente trasmessoVi con nostro prot. n. 0015163 del 25 maggio 2011, riteniamo necessario coordinare e realizzare una serie di azioni che inferiscano sulle molteplici cause di allungamento delle liste di attesa.

Sinteticamente ed in generale i principati attori/ fattori che influiscono direttamente sul fenomeno tiste di attesa sono:

- ACCREDITATI ESTERNI
- AZIENDE ASU AZIENDE OSPEDALIERE
- RISORSE UMANE E TECNOLOGICHE
- PAZIENTI E CITTADINI.
- PRESCRITTORI (MMG, PLS, SPECIALISTI OSPEDALIERI E TERRITORIALI)
- SISTEMI INFORMATICI DI PRENOTAZIONE

Naturalmente non tutte queste componenti sono aggredibili da una singola Azienda Sanitaria.

Nel corso del tempo si sono poste in essere le seguenti azioni che comunque necessitano di completamento e di continua attenzione:

- Monitoraggio delle criticità con individuazione e valutazione dei correttivi posti in essere;
- Razionalizzazione dei percorsi organizzativi;
- Assegnazione di obiettivi di risuttato;
- Integrazione delle risorse umane ritenute necessarie;
- Acquisizione di prestazioni in regime di fibera professione intramuraria istituzionale;
- Azioni tendenti a favorire il completamento del processo di estensione del CUP, in particolare il suo collegamento con gli ambulatori delle strutture erogatrici aziendali ed in via sperimentale con alcuni ambulatori dei MMG e PLS, secondo una logica di integrazione col progetto SISaR;
- Potenziamento delle dotazioni informatiche e delle infrastrutture di telecomunicazione:
- Potenziamento delle dotazioni elettromedicali;
- Redazione invio di una serie di direttive a supporto dell'attività dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e dei Medici di Continuità Assistenziale,tra cui quelle relative al corretto utilizzo delle risorse, all'appropriatezza della prescrizione di visite specialistiche e di esami strumentali, alla corretta applicazione del dettato contrattuale, alla corretta modalità di prescrizione per quanto riguarda prestazioni di Radiologia, di Fisiokinesiterapia, di laboratorio ecc., alla corretta compilazione della nuova ricetta medica, alla corretta codifica delle esenzioni per patologia, alle modifiche apportate alle note AIFA, alte modalità di richiesta di visite specialistiche domiciliari e relative limitazioni, alle limitazioni imposte dai LEA per la prescrizione di determinate prestazioni.

Alla luce di questa premessa segue un approfondimento.



#### SITUAZIONE DI PARTENZA

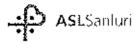
Per quanto riguarda la situazione di partenza, ed i relativi dati, si richiama il documento " Programma degli interventi per la definizione del Piano Regionale di Governo delle liste d'attesa 2010 -2012.

# AZIONI DA INTRAPRENDERE

L'Azienda intende porre in essere delle azioni correttive partendo dalla verifica della produzione relativamente all'evoluzione storica di questi ultimi anni, anche in relazione all'adozione dei nuovi sistemi informatici, valutando la struttura delle agende messe a disposizione ed il loro peso, in termini di offerta, in rapporto alle risorse sia umane che tecnologiche a disposizione. Occorre inoltre verificare, nel caso che l'offerta sembri insufficiente per il bisogno rilevato, tutti gli elementi responsabili dell'allungamento delle liste d'attesa, in quanto è stato ampiamente dimostrato che la risposta non può essere l'aumento dell'offerta come azione isolata.

Tra l'altro occorre effettuare altre verifiche, quali;

- verificare attentamente l'attività specialistica prestata in regime fibero professionale e controllare che sia effettuata in base alla normativa vigente;
- verificare l'appropriatezza delle prestazioni erogate dai Centri accreditati;
- verificare l'aderenza alle normative vigenti in relazione alle modalità erogative delle prestazioni (MOC, esami radiografici, ecc.);
- l'obbligo, per tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati, di mettere la propria offerta nei CUP;
- accordi specifici con i MMG, che comprendono anche la condivisione di percorsi diagnostico --terapeutici e di linee guida;
- garantire un fittro atle prenotazioni, attraverso l'utifizzo delle priorità cliniche (RAO) nelle richieste di prestazioni specialistiche e conseguentemente nei sistemi CUP;
- controlli sui livelli di appropriatezza prescrittiva;
- analisi da parte di ogni singola Azienda sullo scostamento della prescrittibilità dei medici prescrittori rispetto alle medie;
- ritorno informativo dettagliato al medico prescrittore;
- imporre il rifiuto di qualsiasi richiesta di prenotazione che non sia accompagnata dall'impegnativa del medico, anche e soprattutto in caso di prenotazioni telefoniche;
- informare i cittadini sulla gravità della mancata disdetta e responsabilizzarli sul problema;
- procedere alla prescrizione e alla prenotazione sulla base della priorità clinica;
- inserire nello stampato rilasciato al paziente al momento della prenotazione la nota esplicativa in caso di disdetta, con il numero telefonico da contattare prima possibile o comunque almeno 24 ore prima dell'appuntamento;



- in caso di prenotazione telefonica, specificare al paziente che in caso di disdetta deve richiamare lo stesso numero telefonico, prima possibile o comunque almeno 24 ore prima dell'appuntamento fissato;
- differenziare, nei propri sistemi informativi, le prime visite dalle visite di controllo: solo le
  prime visite o la prima prestazione rientrano nel monitoraggio delle liste d'attesa; prima visita o
  prima prestazione → assegnazione di un tempo di attesa che rientri in quello massimo fissato a
  livello regionale per quella determinata prestazione; visita di controllo, programmata dallo
  stesso specialista → assegnazione di un tempo di attesa pari a quello proposto dallo stesso
  specialista che l'ha in carico;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse esistenti, sia umane che tecnologiche;
- attivare eventuali accordi interaziendati per la razionalizzazione delle risorse strumentali, garantendo almeno un erogatore con tempo congruo (all'interno dei tempi massimi fissati) per ogni prestazione diagnostica.

#### PROPOSTE OPERATIVE

# Il governo della domanda e il sistema di prenotazione delle prestazioni

Nel corso del 2008 (settembre) è entrato in produzione if sistema SGP (CUP regionale) che gestisce totalmente l'Assistenza Specialistica e l'Attività Libero Professionale Intramoenía. Il sistema ha dimensione regionale e gli operatori aziendati possono interagire anche sulle strutture erogatrici delle altre ASL e viceversa.

In tutte le strutture aziendati e per tutte le branche le agende di prenotazione sono state predisposte per garantire il rispetto della priorità clinica singole agende specialistiche sia pubbliche che riservate (queste ultime al fine di garantire allo specialista la possibilità di prenotare i controlli sia di garantire ai nostri cittadini residenti la possibilità di prenotare in loco.

Nella asl 6, sul sistema stanno direttamente operando 8 tra MMG e PLS della Casa della Salute di Viltacidro.

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

# Organizzazione delle agende per "PRIORITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI"

Le agende del CUP saranno stratificate per criteri di priorità cliniche (realizzazione e implementazione RAO), secondo le indicazioni fornite dalla Regione e che saranno meglio definite nell'operatività dall'Accordo Integrativo Regionale con i Medici di Medicina Generale, in considerazione del ruolo fondamentale dei medici dei sistema di cure primarie nel governo della domanda delle prestazioni sanitarie.



Oltre alle agende per le prime visite e per le prestazioni di diagnostica strumentate sono attivate apposite liste di prenotazione per:

- Controlli post ricovero
- Prestazioni ad accesso diretto
- Follow up
- Cicli terapeutici
- Attività in regime di intramoenia.
- Servizio di RECALL che consiste nel contattare il paziente qualche giorno prima della data fissata per l'esame o la visita per avere conferma dell'appuntamento. In caso di disdetta si potrà così prenotare un altro paziente. Nel 2010 attraverso questo sistema l'Asl Torino 1, che per prima l'ha sperimentato, ha recuperato quasi 13 mila prenotazioni, pari al 6% del totale;
- Rinforzo della SEGRETERIA CUP per la gestione delle agende informatiche e la messa a sistema completa dell'ALPI. Per quanto riguarda la capitlarizzazione dei canati di accesso al CUP saranno in prima battuta collegati i Medici che aderiranno al sistema dei centri di salute programmati dall'azienda e si prevede successivamente di estendere la possibilità di prenotazione anche alle farmacie che hanno una distribuzione capillare sul territorio.

#### Attività CUP

Per quanto riguarda il CUP è necessario inoltre:

- messa a sistema completa dell'ALPI.
- capillarizzare i canali di accesso al CUP; saranno in prima battuta collegati i Medici che aderiranno al sistema dei centri di salute programmati dall'azienda e si prevede successivamente di estendere la possibilità di prenotazione anche alle farmacie che hanno una distribuzione capillare sul territorio.

# Individuazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti.

il Presente Piano Attuativo Aziendale prevede che i tempi massimi di attesa attualmente vigenti siano rispettati in tutte le strutture erogatrici, pubbliche e private.

Il CUP Aziendale garantisce l'estensione dei sistemi di prenotazione di tutte le prestazioni erogabili, le prestazioni di specialistica ambulatoriale, le prime visite, i controlli, le prestazioni diagnostiche strumentali, le prestazioni erogabili dai privati accreditati, quelle da erogare in regime di intramoenia e i ricoveri programmati.

Si precisa che i tempi massimi riguardano prestazioni sanitarie richieste in condizioni di non urgenza, ovvero con l'esclusione delle situazioni in cui la persona si trova in condizioni cliniche che impongono tempi inferiori ai massimi stabiliti dal presente Piano e che l'Azienda provvederà a erogare in ogni caso con la necessaria tempestività ai sensi dei decreti attuativi dell'art. 50 del Decreto legge 269/2003.



convertito nella Legge 326/2003, che identificano 4 classi di priorità per l'accesso alle prestazioni, in sostanziale concordanza con quanto indicato nell'accordo Stato-Regioni dell'11/7/2002.

# Le Linee Guida e Percorsi Diagnostico-Terapeutici

I Pdt sono piani multisciplinari e interdisciplinari di cura creati per gestire il problema di salute in maniera integrata e rispondere quindi a bisogni di salute complessi.

Sono strumenti che vengono utilizzati :

- da chi programma e gestisce le prestazioni sociosanitarie. Sono utili soprattutto per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, in maniera razionale ed efficace
- per la promozione di sistemi di valutazione dell'efficienza dei processi assistenziali e della loro
  efficacia, anche attraverso la diffusione e l'aderenza alle migliori evidenze scientifiche e a
  standard di comportamento.
- · per facilitare la prescrizione dei trattamenti.
- · per ridurre il rischio di errore clinico.
- per limitare la ridondanza di esami diagnostici.
- per migliorare la qualità totale delle prestazioni.
- per razionalizzare i processi e tutti i loro aspetti (organizzativi, economici, ecc.)

Particolare attenzione verrà prestata ai PDT cardiologico e oncologico.

# Definizione dei PDT cardiologico e oncologico con monitoraggio dei percorsi da effettuarsi secondo le linee guida Agenas

I Pdt come anticipato sono piani interdisciplinari di cura creati per rispondere a bisogni complessi di salute del cittadino, nonché degli strumenti di gestione clinica usati da chi eroga prestazioni sanitarie per definire la migliore sequenza di azioni, nel tempo ottimale, degli interventi efficaci rivolti a pazienti con particolari patologie.

Al fine di garantire il monitoraggio dei Pdt una volta adottati dall'azienda sarà necessario disporre di opportuni strumenti informatici adeguati che consentano ottre al monitoraggio l'accesso, in tempo reale, degli operatori alle informazioni relative a tutte le indagini diagnostiche e terapeutiche effettuate, consenta di ridurre i tempi necessari per la compilazione e la archiviazione dei dati clinici.

Rappresentano uno strumento per la promozione di sistemi di valutazione dell'efficienza dei processi assistenziali e della loro efficacia, anche attraverso la diffusione e l'aderenza alle migliori evidenze scientifiche e a standard di comportamento.

Facilitano la prescrizione dei trattamenti.

Riducono il rischio di errore clinico.

Limitano la ridondanza di esami diagnostici.

# Interventi di comunicazione e informazione sui cittadini e sui pazienti

Tra questi interventi particolare importanza riveste la redazione di opuscoli informativi per segnalare:



- il corretto utilizzo del SSN, i ruoli dei MMG e PLS, Specialisti ambulatoriali e Specialisti
  ospedalieri, i reciproci rapporti fra loro e fra loro ed il cittadino; le modalità e i tempi per rivolgersi agli uni
  o agli altri, sottolineando continuamente la centralità del MMG/PLS.
- il corretto utilizzo dei farmaci e delle prestazioni di diagnostica specialistica e strumentale.
- l'autoprescrizione quale fonte di pericolo altreché fonte di scorretto utilizzo delle risorse.

# Interventi sui prescrittori

Tra le azioni previste si cita:

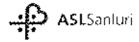
- il miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni (sia di specialistica ambulatoriale, sia di ricovero) con una serie di direttive/circolari a supporto dell'attività dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta, dei Medici di Continuità Assistenziale degli specialisti ospedalieri e ambulatoriali, relative al corretto utilizzo delle risorse, all'appropriatezza della prescrizione di visite specialistiche e di esami strumentati, alla corretta applicazione del dettato contrattuale, alla corretta modalità di prescrizione per quanto riguarda prestazioni di Radiologia, di Fisiokinesiterapia, di faboratorio ecc., alla corretta compilazione della nuova ricetta medica, alla corretta codifica delle esenzioni per patologia, alle modifiche apportate alle note AIFA, alle modalità di richiesta di visite specialistiche domiciliari e relative limitazioni, alle limitazioni imposte dai LEA per la prescrizione di determinate prestazioni;
- il miglioramento nelle indicazioni relative alla prescrizione di prima visita e visite di controllo o successive con direttive circa la risofuzione delle problematiche connesse;
- la definizione e redazione condivisa di RAO (Raggruppamenti attesa omogenei), con
  conseguente utilizzo dei criteri di priorità previsti dalle norme contrattuali, definizione dei criteri di
  prescrivibilità per alcune prestazioni "critiche" come ad es, ecocolordoppler cardiaco ed ecocolordoppler
  Tsa e periferici.

La definizione priorità cliniche RAO consiste nel «governo dell'appropriatezza». Prevede la stesura e l'applicazione di protocolli condivisi, mirati a fare in modo che ai pazienti venga attribuita la corretta priorità. Sarà così stabilito entro quanti giorni ciascuna prestazione deve essere garantita. Ma servirà anche per far capire ai pazienti qual'è la loro priorità, e quindi a evitare che si preoccupino inutilmente per attese legate a situazioni non urgenti.

#### Rafforzamento del monitoraggio

Le azioni previste dall'azienda sono:

- definizione di agende di prenotazione dei ricoveri, gestite con modalità informatizzata nel SIO
- definizione di modalità uniformi che individuano specifiche classi di priorità, utilizzate nella composizione delle liste operatorie



- Integrazione delle informazioni raccolta e trasferimento delle stesse nel flusso informativo regionale dei ricoveri (file A), specificatamente nel campo "data prenotazione" e "classe di priorità"
- monitoraggio delle liste di attesa per alcune tipologie di ricovero individuate a livello ministeriale e regionale;

Il monitoraggio ex post può effettuarsi con l'elaborazione dei flussi informativi sia C che MEF, mentre il monitoraggio ex ante su periodo indice sarà possibile tramite il sistema CUP SGP, previo adeguamento del sistema software da parte dei fornitori o di Sardegna.it, considerato che la rifevazione a mano espone a errori ed assorbe una quantità di risorse non indifferente.

#### Adequamento dell'offerta

L'adequamento dell'offerta avviene da una parte con l'incremento delle ore di specialistica a disposizione sulle specialità critiche:

#### Territoriale

- Chirurgia vascolare e angiologia o angiologia medica ed esecuzione degli
  ecocolordoppier: è necessario un incremento orario sia sul Distretto di Santuri e Guspini.
   È necessario rinforzare la dotazione strumentale con l'acquisto di due ecografi adeguati
- Ecocolordoppier cardiaco: necessita un aumento orario in entrambi i distretti. È
  necessario rinforzare la dotazione strumentale con l'acquisto di un ecografo adeguato
- Neurologia : necessita un aumento orario in entrambi i distretti.
- Oculistica (visita e fundus): è necessario un aumento orario in entrambi i distretti e sarà necessario prevedere l'apertura di un ulteriore ambulatorio
- Oculistica accreditata: si ritiene opportuno e necessario un aumento del tetto di spesa per l'unico accreditato.
- Otorinolarinooiatria: è necessario un aumento di ore su entrambi i distretti
- Urologia:è necessario un aumento di ore da spalmare sui due distretti
- Anche se si tratta di branca non monitorata, non si può fare a meno di segnalare la carenza di capacità nell'erogazione di prestazioni di rieducazione motoria individuale a domicilio del paziente dimessi dopo interventi ortopedici importanti, di trattamento immediato.

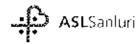
# Ospedaliera

Le maggiori aree di criticità relative ai tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali erogate a livello ospedaliero sono le seguenti :

Visite specialistiche

- visita gastroenterologica
- visita urologica

Prestazioni strumentali



- ecocolordoppler dei tronchi sovraortici
- · ecocofordoppler dei vasi periferici
- · TC con mezzo di contrasto

### Altri esami specialistici

- Colonscopia
- Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile

Le motivazioni dei tempi di attesa più elevati rispetto agli standard sono da ricondurre a diversi ordini di cause:

- per alcune delle prestazioni sopra riportati (TC, visite gastroenterologi che endoscopia digestiva)
   l'ospedale rappresenta l'unica struttura erogatrice in ambito provinciale e, di conseguenza, spesso le attività rivolte agli esterni è limitata dalla domanda proveniente dai reparti di degenza che assorbe una larga quota della capacità produttiva dei servizi specialistici;
- la relativa carenza di personale infermieristico, timita le capacità produttive di alcumi servizi (endoscopia digestiva, radiologia)
- l'assenza di personale dedicato o fortemente orientato nelle specifiche aree tematiche di riferimento specialistico (chirurgia vascolare), condiziona la possibilità di erogare con modalità organizzate le prestazioni nei confronti dell'utenza esterna

Sono individuate le seguenti azioni per il potenziamento delle capacità di erogazione delle prestazioni ambufatoriali:

- potenziamento del personale infermieristico in dotazione ad alcuni servizi (radiologia, endoscopia digestiva)
- erogazione di alcune tipologie di prestazione (visite urotogiche, ecocolordoppler) in attività libero professionale intramuraria aziendale
- acquisizione di attrezzature diagnostiche (ecografo)

#### Attività di ricovero

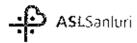
Monitoraggio sistematica delle liste di attesa

I ricoveri programmati nell'ospedate di San Gavino, si riferiscono in massima parte ad alcune tipologie di ricoveri chirurgici.

La richiesta di ricovero programmato è di norma valutata dallo specialista ospedaliero che esegue una valutazione clinica del problema segnalato dal medico curante, la valutazione della priorità di accesso alla prestazione in regime di ricovero e l'appropriatezza del livetto organizzativo day service, day surgery, degenza ordinaria)

Il monitoraggio del tempo che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del problema clinico ed il momento dell'effettivo ricovero, è ancora gestito, in alcune unità operative ospedaliere, attraverso l'utilizzo di agende cartacee e secondo modalità non standardizzate.

L'azienda intende riorganizzare il sistema di gestione dell'erogazione delle attività chirurgiche programmate, con il fine di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato e di



definire modalità uniformi per il monitoraggio della durata delle attese attraverso l'individuazione di gruppi omogenei di prestazioni.

Con tale proposito l'azienda individua le seguenti azioni:

- definizione di agende di prenotazione dei ricoveri, gestite con modalità informatizzata nell'ambito del sistema informativo ospedaliero
- definizione di modalità uniformi che individuano specifiche classi di priorità, utilizzate nella composizione delle liste operatorie
- integrazione delle informazioni raccolte e trasferimento delle stesse nel flusso informativo regionale dei ricoveri (file A) specificatamente nel campo "data di prenotazione" e classe di priorità
- monitoraggio delle liste di attesa per alcune tipologie di ricovero individuate a livello ministeriale e regionale, quali: riparazione di ernia inguinale, emorroiectomia, interventi chirurgici per tumore della prostata, del colon retto e dell'utero, intervento per protesi d'anca.

# Aumento della capacità di erogazione di alcune prestazioni in regime di ricovero

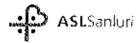
Attualmente si registrano elevati tempi di attesa per alcune tipologie di ricovero chirurgico programmato ed in particolare per gli interventi per riparazione di ernia inguinale (180 gg) e per gli interventi di protesica in ortopedia (75gg) nonché per le prestazioni chirurgiche eseguite in day service (tunnel carpale e cataratta).

Le motivazioni sono da ricercare nelle limitazioni derivate dalla carenza relativa del personale medico e infermieristico di safa operatoria che condiziona fa possibilità di erogare prestazioni programmate nell'arco dell'intera settimana. In tali condizioni, l'organizzazione delle attività chirurgiche privilegia l'accesso ai ricoveri da parte degli utenti affetti da problemi caratterizzati da maggiore gravità e/o urgenza.

Per contenere gli effetti negativi, anche in termini di immagine, derivati dai ripetuti rinvii di interventi chirurgici programmati e in attesa di ricovero, 'azienda intende porre in essere le seguenti azioni:

organizzazione di sedute operatorie aggiuntive effettuate nell'ambito dell'attività libero professionale aziendale in equipe intramuraria (medico-infermieristica) vincolante al raggiungimento dell'obiettivo di ridurre i tempi di attesa per quelle tipologie di interventi caratterizzati da maggiore criticità

monitoraggio e verifica dei volumi di attività e del raggiungimento degli obiettivi prefissati in termini di contenimento dei tempi di attesa per gli interventi indice.



#### QUADRO ECONOMICO

La L.R. 19 gennaio 2011, n. 1 all'art. 13, comma 1, ha autorizzato la spesa complessiva di € 21.000.000 per la riduzione delle fiste di attesa (€ 9.000.000 per le prestazioni in regime di ricovero ripartite in € 6.000.000 al settore pubblico e € 3.000.000 al settore privato, e € 12.000.000 per le prestazioni a carattere ambulatoriale e/o strumentale equamente ripartite tra pubblico e privato)

L'Assessore ritiene opportuno destinare le risorse finanziarie stanziate dalla citata L.R. n. 1/2011 a sostegno delle azioni previste nel suddetto PRGLA, ripartendole tra le Aziende Sanitarie tenendo conto delle indicazioni contenute nei piani aziendali e relativi piani finanziari di previsione. In particolare, di ripartire l'ammontare delle risorse disponibili destinate al settore pubblico, per un ammontare complessivo pari ad € 12.000.000, nella misura del 75% alle Aziende Sanitarie Locali e il restante 25% alle AOU di Cagliari e Sassari ed alla AO Brotzu, in considerazione della specificità e della valenza delle attività svolte da tali strutture nell'ambito dell'offerta sanitaria regionale e di assegnare alle Aziende Sanitarie Locali, quali soggetti legittimati alla stipulazione di contratti per l'acquisizione di prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale da erogatori privati accreditati, la restante quota pari a € 9.000.000.

Di seguito l'articolazione della spesa della ASL 6.

Voce di spesa	quantità	spesa	
incremento ore specialistica	80	€ 195.520,00	
ecografi	1	€ 60.000,00	
personale segreteria cup	1 RU per 20 ore	€ 20.000,00	
software cartella clinica e oncologica	2	€ 180.000,00	
materiale di divulgazione/stampe/passaggi radio locali		€ 20.000,00	
Incremento tetto di spesa oculista accreditato e cardiologo		€ 25.000,00	
Incremento tetto di spesa ftk accreditate	2	€ 80,000,00	
Attivazione pdt oncologico		€ 50.000,00	
Aumento prestazioni in regime di ricovero		€ 120.000,00	
medici a contratto	. 1	€ 60,000,00	
Servizio recall telefonico	1 RU per 20 ore	€ 20.000,00	
Aumento prestazioni ambulatoriali dell'ospedale		€ 70.000,00	
Attività di formazione		€ 43,692,00	
totale		€ 944.212,00	

#### NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Decreto Egs. n. 124/1998 art. 3, comma 10, (prevede l'obbligo di definire il tempo massimo che può



intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alle Regioni il compito di definire i criteri generali e ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere la definizione dei tempi)

**Delibera G.R. n. 51/19 del 24.11.1998** (fornisce indicazioni ai Direttori Generali delle Aziende per l'applicazione dell'art. 3 del Decreto Lgs. n. 124/1998)

DPCM del 29 novembre 2001 (definisce i Livelli essenziali di assistenza)

Intesa tra Stato e Regioni del 14.2.2002 (stabilisce le linee guida sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e hanno definito i tempi massimi d'attesa)

Intesa tra Stato e Regioni dell'11.7.2002 (fornisce alle Regioni indicazioni sui criteri generali di priorità clinica per l'accesso alle prestazioni ed individua alcune aree di intervento ritenute critiche a livello nazionale)

Legge 23/12/2005 n. 266, "Legge finanziaria 2006" art. 1, comma 280

Intesa tra Stato e Regioni del 28.3.2006 (individua alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale per le quali impone che le Regioni, all'interno del Piano di contenimento dei tempi d'attesa, stabiliscano i tempi massimi di attesa entro il 30.6.2006)

**Delibera G.R. n. 28/15 del 27.6.2006** "Piano Regionale Attuativo di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266"

Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimonti dei Piani regionali di contenimento dei Tempi di attesa prot. n. 28107/dgprog/21/P. 1° del 22.12.2006 - prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 -

**Delibera G.R. n. 4/7 del 30.1,2007** "Piano Regionale Attuativo di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266 Adeguamento del Piano già allegato alla delibera G.R. n. 28/15 del 27.6.2006"

**Delibera G.R n. 49/33 del 5.12.2007** "Piano Regionale Attuativo di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23/12/2005 n. 266. Delibera G.R. n. 4/7 del 30 gennaio 2007. Intesa Stato Regioni e Province Autonome del 28 marzo 2006."

Sistema CUP - Linee guida nazionali (Intesa Stato-Regioni 29 Aprile 2010



Piano Nazionale di Governo Liste d'Attesa 2010-2012 - PNLGA (Intesa Stato-Regioni 28ottobre 2010)

Lince Guida monitoraggio Tempi d'attosa(Circolare DG-PROG Ministero salute n. 42754 del 30 dicembre 2010

Deliberazione della Giunta Regionale n. 46/48 del 27/12/2010

Deliberazione della Giunta Regionate in. 20/3 del 26/04/2011

Dir. Staff port M Ancoi

Distinti saluti

Il Direttore Generale

Dott. Salvatore Piu

•				
				:
<u>:</u>				