



**AGGIORNAMENTO PIANO OPERATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE  
LISTE DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DEI RICOVERI  
OSPEDALIERI - ANNO 2024**

## **PREMESSA**

Il governo delle liste di attesa è espressione della capacità del Sistema Sanitario di garantire gli outcome, intesi come soddisfazione dei bisogni dei cittadini.

L'attesa discende da dinamico equilibrio tra domanda ed offerta e non è azzerabile, ma riconducibile entro i tempi massimi previsti per la singola prestazione sanitaria di ricovero ovvero ambulatoriale.

Un Sistema Sanitario efficiente ha tra l'altro come obiettivo quello di annullare i "ritardi evitabili", nel rispetto delle classi di priorità, indicate dal medico prescrittore secondo criteri di appropriatezza.

Liste di attesa e tempi di attesa sono due concetti correlati, ma non sovrapponibili. I policy-maker hanno progressivamente inteso affrontare prevalentemente quello dei tempi di attesa, considerando che per i pazienti il tempo «atteso» è più rilevante della lunghezza della lista.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa prevede, sul versante dell'offerta, l'adozione di modelli gestionali idonei a garantire l'efficiente utilizzo dei posti letto e l'incremento delle sedute operatorie, intervenendo sui processi intra-ospedalieri che determinano la durata della degenza media e sui processi di deospedalizzazione in accordo con il D.M. 70/2015.

Il D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", stabilisce, con il punto 2 dell'allegato 1, la classificazione delle strutture ospedaliere.

In particolare, *il legislatore organizza le strutture ospedaliere secondo livelli gerarchici di complessità*, che erogano prestazioni in regime di ricovero continuativo e diurno per acuti.

In base a tale modello, pertanto, le strutture ospedaliere prevedono tre livelli di complessità crescente: presidi ospedalieri di base, presidi ospedalieri di I livello e presidi ospedalieri di II livello.

Il decreto, inoltre, conferisce la facoltà alle Regioni e alle Province autonome di individuare *presidi ospedalieri di zona particolarmente disagiata*, qualora essi distino più di 90 minuti dai centri hub o spoke, ovvero più di 60 minuti da un ospedale dotato di Pronto Soccorso.

A seguito della progressiva riduzione dei posti letto per acuti i volumi di attività e la valutazione degli esiti divengono sempre di più, in tale contesto di risorse limitate, gli elementi cardine rispetto alla necessità di assicurare l'erogazione di cure caratterizzate da appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza per i cittadini e per gli operatori sanitari.

Un approccio sistemico consente di analizzare le organizzazioni in modo complessivo e generale, completandosi con quello analitico che tende all'analisi dei singoli fattori.

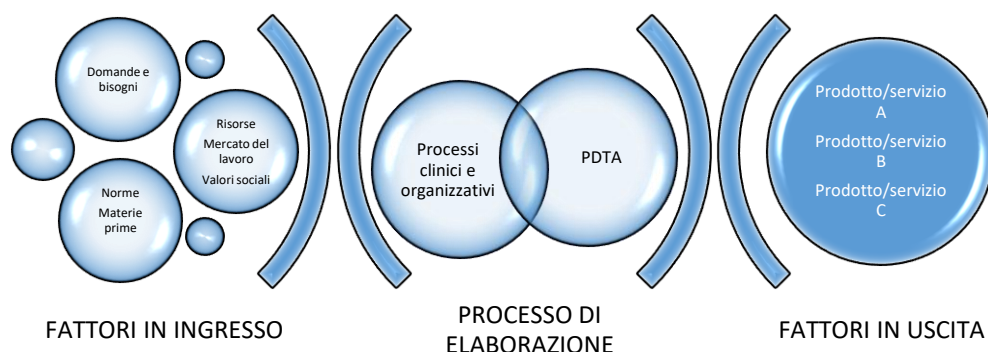
Quest'ultimo approccio, infatti, è utile per descrivere ed analizzare singole parti, elementi o fattori dell'organizzazione, quale un reparto ospedaliero, il personale addetto alla sala operatoria.

Il sistema, in buona sostanza, è un insieme di elementi (figura n. 1) collegati funzionalmente tra di loro con orientamento ad uno scopo specifico.

Il sistema, inoltre, è collegato all'ambiente esterno attraverso due porte: in ingresso (input) e in uscita (output).

Tali collegamenti con l'esterno possono fungere anche da filtro nella misura in cui, modulando il grado di interazione con l'esterno, modificano i flussi di elementi e di fattori che entrano ed escono.

Figura n. 1 – Il sistema e le porte



I fattori che entrano nel sistema, tangibili o intangibili che siano, vengono elaborati, metabolizzati, all'interno del sistema ed escono in forma di prodotti o di servizi, i quali, a loro volta, vengono immessi nell'ambiente.

Le organizzazioni sanitarie, in particolare, devono essere considerate come sistemi aperti in ragione della molteplicità e della differenziazione dei servizi in uscita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, che viene, peraltro, fatta propria dal legislatore, in particolare e con riferimento alla definizione degli standard ospedalieri mediante il D.M. n. 70 del 2015, l'ospedale svolge una funzione specifica.

Tale funzione è rivolta essenzialmente a due situazioni:

1. pazienti affetti da una patologia, medica o chirurgica, ad insorgenza acuta, con rilevante compromissione funzionale;
2. gestione di attività programmabili che, però, richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso.

L'ospedale deve, inoltre, integrare la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei P.D.T. e per le patologie complesse ed a lungo termine, nonché di protocolli di dimissione protetta per i pazienti che necessitano di continuità di cure in fase post-acuta.

**Inoltre, occorre valorizzare nella programmazione, così come in fase di analisi dell'attività del singolo presidio ospedaliero/reparto di degenza, il rapporto osservato tra volumi ed esiti delle cure.**

Inoltre, al fine di rispettare gli standard stabiliti dalla Legge 135/2012, che prevede, come si è detto, un numero di posti letto pari a 3,7 e un tasso di ospedalizzazione di 160 per mille abitanti, occorre intervenire concretamente sul tasso di occupazione dei posti letto che deve attestarsi intorno al 90% e sulla durata della degenza per i ricoveri ordinari, che deve essere mediamente inferiore ai 7 giorni.

Ne deriva che le direzioni sanitarie, a livello di ciascuna Azienda sanitaria, devono fornire indicazioni sui criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri, che siano riferite all'ammissione appropriata ai diversi setting assistenziali e finalizzate a valutare i pazienti da ammettere in ospedale:

- a. sotto il profilo della severità della condizione clinica, dell'evento morboso, del traumatismo che ha portato il paziente in ospedale;
- b. sotto il profilo dell'intensità delle cure e dell'assistenza necessarie.

## 1. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge n.213/2023 (finanziaria 2023, di rimando all'art.11 del Decreto Legge 30/03/2023 n.34);
- D.A.n.1103 del 26/11/2020 con il quale è stato approvato il Piano Operativo Regionale per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana;
- Deliberazione di Giunta Regionale di Governo n.317 del 27/07/2023 con la quale è stato approvato l'Aggiornamento del Piano Operativo Regionale di Recupero delle Liste di Attesa e successive circolari attuative emanate dall'Assessorato Regionale della Salute;
- Note Assessoriali:
  - prot.n. 44702 del 11 agosto 2023: *“Direttiva assessoriale per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Operativo Regionale di recupero delle Liste di Attesa adottato con deliberazione della Giunta Regionale di Governo n.317 del 27/07/2023”*;
  - prot.n. 46279 del 30 agosto 2023: *“Aggiornamento Piano Operativo Regionale di Recupero delle Liste di Attesa”*;
  - prot.n.48952 del 15 settembre 2023 recante *“Ulteriori disposizioni in ordine al piano di azioni per il governo delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali correnti”*;
  - prot.n. 55909 del 25 ottobre 2023: *“Piano di recupero delle prestazioni non erogate. Ulteriori disposizioni per l'attuazione della delibera di Giunta Regionale di governo n.317 del 27/07/2023”*
  - prot.n. 20763 del 02/05/2024: *“Piani Aziendali di governo delle liste di attesa. Indirizzi operativi”*.

## 2. AZIONI GIÀ REALIZZATE

### Prestazioni ambulatoriali

Mediante recall, tutte le prestazioni ambulatoriali rilevate quali eccedenti i tempi massimi di attesa per classe di priorità dopo l'iniziale processo di bonifica massiva effettuato in esecuzione della deliberazione di Giunta Regionale di Governo n°317 del 27/07/2023, determinate in numero pari a 4863 così come rilevato dall'UOC Specialistica Ambulatoriale quali prestazioni non erogate dal 01/01/2023, sono state integralmente recuperate ed erogate secondo il cronoprogramma indicato dall'Assessorato e di seguito specificato:

I STEP : erogate post bonifica liste attesa n. 2.463 al 30 settembre 2023

II STEP: erogate post bonifica liste attesa n. 1.972 al 31 ottobre 2023

III STEP: erogate post bonifica liste attesa n. 214 al 30 novembre 2023

IV STEP : erogate le 214 rimaste al 31 dicembre 2023

Le prestazioni di recupero sono state prevalentemente erogate dai medici specialisti con rapporto di lavoro dipendente in regime di prestazioni aggiuntive ovvero incrementando il numero delle prestazioni durante il servizio istituzionale. Si è rilevato un basso livello di partecipazione e contribuzione da parte degli Specialisti ambulatoriali interni.

### Storico sperimentazione RAO

Già a decorrere dal mese di settembre 2017 è stata avviata la Fase II del progetto Agenas – Sperimentazione RAO – Obiettivo dei Direttori Generali - PAA 2017.

Nel corso del 2017 la Regione Sicilia ha partecipato alla prima fase del progetto di Ricerca “Applicazione diffusa delle priorità cliniche alle prestazioni ambulatoriali” promosso da Agenas,

nell'ambito del quale sono stati attivati tre gruppi tematici afferenti alle discipline di area cardiologica, di gastroenterologia ed endoscopia digestiva e di radiologia. Tali gruppi tematici hanno definito le indicazioni cliniche ritenute appropriate per l'attribuzione delle classi di priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO). La Fase II prevedeva la sperimentazione del predetto modello e delle indicazioni cliniche condivise su un set di "11 visite/prestazioni pilota", al fine di valutare la concordanza tra medico prescrittore e specialista ambulatoriale esecutore della prestazione. Tale attività rientrava tra gli obiettivi dei Direttori Generali nell'ambito del PAA 2017 Monitoraggio dei Tempi di Attesa. Ai fini dell'avvio della Fase II di Sperimentazione RAO ed anche della valutazione del predetto obiettivo sono stati adottati i seguenti criteri:

1) individuazione delle strutture eroganti le prestazioni che dovevano effettuare la valutazione di concordanza (valutazione di corrispondenza per singolo caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista,) utilizzando la metodologia prevista dalla documentazione allegata alla nota DASOE/8/65923 del 2/8/2017 dell'Assessorato della Salute;

2) raccolta di almeno 100 prescrizioni con relativa attribuzione del codice di priorità da parte dello specialista che eroga la prestazione (per la successiva valutazione di concordanza). Il periodo previsto per la raccolta delle prestazioni è stato dal 25 settembre al 5 novembre 2017. La data di scadenza della sperimentazione poteva essere prorogata fino al raggiungimento delle 100 prescrizioni consecutive. La raccolta dei dati è stata prevista su carta per non appesantire il lavoro dello specialista ambulatoriale, seguita dall'inserimento dei dati sulla piattaforma [qualitasiciliassr.it](http://qualitasiciliassr.it) da parte del referente aziendale.

Il modello RAO è strumento indispensabile per introdurre approccio alla qualità ed all'appropriatezza che dipende dalla compliance del professionista rispetto alle linee guida o ai PDTA esistenti.

Il modello RAO è importante strumento di gestione della domanda che, come è noto è variabile che cresce proporzionalmente sia in ragione dell'invecchiamento della popolazione sia in ragione dell'evoluzione delle tecnologie sanitarie.

Alcune criticità emerse:

- inappropriata non solo sulla prestazione ma anche sulla priorità
- gestione della cronicità
- contatto tra prescrittore ed erogatore
- informatica da implementare: quando si prescrive e quando si eroga va utilizzato sempre uno strumento informatico
- Soluzioni attuate ed in corso di attuazione:
- in atto per quanto riguarda alcune cronicità quali lo scompenso cardiaco, il diabete e la broncopneumopatia cronica ostruttiva sono in parte attivi percorsi dedicati nell'ambito dei quali le visite di controllo vengono gestite diversamente dai primi accessi.
- per alcune branche specialistiche i primi accessi sono messi a sistema ed i controlli in registrazione
- programmi di aggiornamento dei MMG sulle linee guida di aggiornamento dei RAO ai fini di promuovere condivisione, informazione e formazione con gli specialisti.

### 3. OBIETTIVI DEL PIANO

L'obiettivo del presente piano è quello di condurre l'Azienda a realizzare la funzione di produzione in un'area di equilibrio che registri assenza di liste di attesa "patologiche", più precisamente, in riferimento a quanto in premessa specificato e per le prestazioni ambulatoriali, il rispetto al 98% delle classi di priorità indicate nella prescrizione, in coerenza con quanto disposto dalla normativa indicata al punto 2 e secondo le linee guida indicate nel Piano Operativo Regionale per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana.

Come da direttiva assessoriale (deliberazione di giunta regionale del 17/06/2024 n.195 "Schema tipo del contratto di lavoro dei direttori generali delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario della regione Siciliana – Approvazione") gli indicatori di performance sono indicati nella seguente tabella:

CATEGORIA DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE	INDICATORE DI PERFORMANCE
Ricoveri Chirurgici da PNGLA	70% dei ricoveri rilevati alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento
Prestazioni Ambulatoriali da PNGLA	80% delle prestazioni ambulatoriali rilevate alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento

Il Piano di questa ASP, in continuità con l'azione di governo e recupero di cui alla Deliberazione n°317/2023 della Giunta Regionale di Governo, ha individuato, avendo esaurito l'arretrato rilevato nel triennio 2020-2022, i seguenti parametri su cui calcolare le superiori percentuali di recupero e precisamente:

- per i ricoveri - il numero di prestazioni da erogare caricate sulla piattaforma Gilia in coerenza con le disposizioni regionali non erogate a far data dal 01/01/2023 e fino alla data del 31/12/2023;
- per le prestazioni ambulatoriali - quelle rilevate come prenotate al di fuori dei tempi massimi di attesa in ragione della specifica classe di priorità e non erogate tenendo conto dell'arco temporale tra il 01/01/2023 e il 31/12/2023

### 4. PROGRAMMA DI INTERVENTO

#### Determinazione valori da recuperare

CATEGORIA DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE	Numerosità rilevata alla data del 01/01/2024	Target minimo per il recupero
Ricoveri Chirurgici da PNGLA	846	593
Prestazioni Ambulatoriali da PNGLA	39	32

## **Azioni programmate prestazioni ambulatoriali**

In continuazione ad attività già intraprese nel corso dell'anno precedente, tutte le agende hanno subito un incremento di prenotazione, tanto da consentire una più rapida evasione delle richieste già conosciute.

È evidente che qualunque atto di programmazione dovrà essere esposto a continuo monitoraggio e periodiche revisioni delle azioni di intervento, al fine di ottimizzare le risorse impiegate e ricondurre in un'area di governabilità effetti non previsti o diversi da quelli perseguiti.

Pertanto mensilmente si provvede a:

- bonifica mensile pratiche sportello on line
- miglioramento della performance organizzativa a livello territoriale, ospedaliero ed in forma integrata, con particolare riferimento all'utilizzo spazio-temporale delle risorse strutturali e strumentali disponibili;
- miglioramento della capacità produttiva dell'azienda e degli Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) tramite l'utilizzo delle risorse aggiuntive specificatamente dedicate al recupero delle liste di attesa, così come previsto dalla normativa citata al punto 2.

Le modalità organizzative sono le seguenti:

- riorganizzazione e rivalutazione degli orari di attività degli specialisti ambulatoriali interni al fine di garantire una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni (incremento numero prestazioni per ora);
- razionalizzazione dell'offerta e della numerosità degli ambulatori attivi in ragione della analisi della domanda sanitaria del singolo distretto/struttura;
- utilizzo di prestazioni aggiuntive di dirigenti medici, nonché del personale comparto sanità (di cui all'art.1, co.218 della Legge n.213/2023);
- apertura aggiuntiva delle strutture ambulatoriali anche nelle ore tardo pomeridiane e durante i fine settimana;
- incremento dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini
- implementazione informatica continua del sistema di prenotazione/CUP aziendale, già avviato e pienamente operativo;
- implementazione del personale addetto alle prenotazioni: call center e prenotazione on line
- attivazione delle forme contrattuali di collaborazione con il privato accreditato secondo quanto disposto dai DD.AA. di definizione degli aggregati di spesa per l'anno 2024;
- aggiornamento della regolamentazione aziendale in materia di recupero crediti per prestazioni prenotate e pazienti non presentati (no show);

## **Azioni di miglioramento ricoveri chirurgici – Saturazione capacità utilizzo dei posti letto**

La tabella riepilogativa, con riferimento all'anno 2023, recante i valori riferiti ai due indicatori presi in considerazione dal D.M. (degenza media e indice di occupazione dei posti letto), evidenzia una degenza media sostanzialmente entro i parametri previsti dal DM 70/2015 con l'eccezione dei due presidi ospedalieri di zona disagiata (Corleone e Petralia).

Al contrario, per quanto concerne il tasso di occupazione, soltanto il P.O. "G.F. Ingrassia" raggiunge il 90% di occupazione dei posti letto.

<b>Presidio Ospedaliero</b>	<b>Degenza Media</b>	<b>Indice occupazione</b>
P.O. "G.F. Ingrassia"	6,79	90%
P.O. Cimino – Termini Imerese	6,54	74%
P.O. Civico – Partinico	7,82	50%
P.O. Madonna dell'Alto – Petralia Sottana	10	59%
P.O. Dei Bianchi – Corleone	11, 62	66%

Atteso che l'area medica, com'è ormai consolidato, effettua esclusivamente ricoveri urgenti provenienti dal Pronto Soccorso, si è analizzato il dettaglio dell'utilizzo dei posti letto delle principali discipline chirurgiche.

<b>Unità Operativa</b>	<b>Degenza Media</b>	<b>Indice di occupazione</b>
Chirurgia Ingrassia	5,50	72%
Ortopedia Ingrassia	6,26	97%
Ginecologia e Ostetricia Ingrassia	4,83	75%
Chirurgia Termini	4,78	71%
Ortopedia Termini	8,56	62%
Ostetricia e Ginecologia Termini	3,52	56%
Chirurgia Partinico	6	60%
Ortopedia Partinico	9,60	61%
Ostetricia e Ginecologia Partinico	3,67	35%
Chirurgia Petralia	4,09	21%
Chirurgia Corleone	5,82	56%
Ostetricia Corleone	3,29	5%

In riferimento ai dati sopra riportati, un'ipotesi di riprogrammazione dell'attività dovrebbe prevedere, in primo luogo, un incremento della casistica e, al contempo, un suo ampliamento inserendo ulteriori tipologie di pazienti trattabili in sicurezza presso ciascun Presidio Ospedaliero in ragione della sua collocazione funzionale all'interno della rete ospedaliera aziendale.

L'ipotesi di lavoro scelta, considerando esclusivamente la tipologia dell'attività già erogata, le liste d'attesa riportate nelle tabelle allegate e tenendo conto delle soglie di appropriatezza del D.A. 17 maggio 2013, prevede la rimodulazione dei volumi di attività sulla base della degenza ordinaria in week surgery con un indice di occupazione del 95% per i due Presidi Ospedalieri di zona disagiata. L'incremento dei volumi di attività, contemporaneamente ad una sorta di "specializzazione" dei PP.OO. di zona disagiata su procedure a minore complessità non può realizzarsi senza un maggiore coinvolgimento di tutta l'equipe chirurgica.

Il diretto coinvolgimento del Dipartimento Chirurgico in termini di acquisizione di nuove metodiche e attrezzature all'avanguardia per "fare meglio" ed in maniera "innovativa" rappresenta leva strategica che garantirà l'incremento del livello di qualificazione degli operatori sanitari.

Altro elemento imprescindibile è la comunicazione con i medici di medicina generale del territorio, che rappresentano, nel contesto della rete, coloro che guidano e orientano le scelte del paziente e che devono poter conoscere e contribuire a definire la tipologia e la qualità dei servizi offerti.

Per quanto concerne, al contrario, il P.O. di I livello e i due P.O. di base, relativamente alle discipline con indice di occupazione al di sotto del 90%, l'incremento dell'attività di ricovero verrà



attuata aumentando il numero delle sedute operatorie e facendo ricorso, ove necessario, alle prestazioni aggiuntive

## 5. APPLICAZIONE DELLE STRATEGIE DI RECUPERO

### PRESTAZIONI DI RICOVERO

#### CRONOPROGRAMMA

AZIONI	TEMPI	RESPONSABILI
Pulizia liste attesa	30 giorni e comunque con cadenza trimestrale	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> <li>– Dipartimento Salute della Famiglia</li> </ul>
Analisi dei bisogni di salute	30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> <li>– Dipartimento della Famiglia</li> <li>– Dipartimento Attività Ospedaliera</li> </ul>
Definizione degli interventi programmabili in week surgery, in day surgery e in day service	30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> </ul>
Definizione delle procedure di presa in carico del paziente	45 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> <li>– Dipartimento della Famiglia</li> </ul>
Definizione dei fabbisogni formativi e pianificazione dell'attività di training	15 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> <li>– Dipartimento della Famiglia</li> <li>– Dipartimento Attività Ospedaliera</li> </ul>
Miglioramento dell'utilizzo dei posti letto di degenza ordinaria	5 mesi Valori attesi utilizzo pp.ll. previsti dalla rete ospedaliera: <ul style="list-style-type: none"> <li>– entro 3 mesi 75%</li> <li>– entro 6 mesi 90%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dipartimento Chirurgico</li> <li>– Dipartimento della Famiglia</li> <li>– Direzione Medica di Presidio</li> </ul>

Definizione di un PDT per la gestione integrata delle emergenze chirurgiche	30 giorni	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipartimento Chirurgico</li> <li>- Dipartimento Emergenza-Urgenza</li> <li>- Direzione Medica di Presidio</li> </ul>
---	-----------	---

### **Programmazione recupero residuo 2023**

Il residuo 2023 riguarda 80 ricoveri chirurgici del P.O. “S. Cimino” di Termini Imerese, la cui pianificazione prevede l’erogazione delle prestazioni entro il 30/10/2023 in regime di attività istituzionale.

Di seguito il dettaglio della relativa programmazione

- 63 pazienti bonificati dalla lista per decisione propria
- 13 pazienti inseriti nelle sedute operatorie nella settimana 23-27 settembre
- 17 pazienti programmati in pre-ricovero nei giorni 20-30 settembre per essere operati entro la prima metà di ottobre
- 4 pazienti hanno già eseguito il pre-ricovero, ma sono in attesa di ulteriori accertamenti strumentali (scintigrafia miocardica e broncoscopia)
- 25 pazienti eseguiranno il pre-ricovero tra l’ e il 15 ottobre per essere operati entro il 30 ottobre
- 21 pazienti della lista d’attesa del P.O. di Termini verranno operati presso il P.O. di Petralia entro il 18 ottobre.

#### **- PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

- INTERVENTI SULLA GESTIONE DELLA DOMANDA:

#### **Appropriatezza prescrittiva**

Il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva deve passare anche attraverso un approccio collaborativo tra tutti gli attori della domanda e dell’offerta, in particolare tra medici prescrittori e medici specialisti chiamati ad erogare le prestazioni.

Il sistema informatico aziendale permetterà al medico specialista erogatore di indicare con SI/NO la concordanza con la classe di priorità attribuita alla singola richiesta di prestazione dal medico prescrittore.

Quanto sopra sarà oggetto di progetti incentivanti per gli specialisti ambulatoriali.

Il trend di miglioramento andrà valutato dal seguente indicatore:

- ✓ numero di ricette con concordanza su classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e dallo specialista erogatore/ numero di ricette controllate, relativamente alle prestazioni critiche considerate;

#### **RAO adeguamento ed aggiornamento**

- 1) aggiornamento del sistema Hero in uso alla specialistica ambulatoriale con inserimento dell’indicazione da parte dello specialista della concordanza relativa alla classe di priorità ed

al quesito diagnostico all'atto della refertazione (come definito dalla Commissione di Studio sulla gestione dei tempi di attesa del Ministero della Sanità una prestazione può definirsi appropriata quando viene erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità);

- 2) coinvolgimento degli specialisti di Radiologia, Endoscopia, Cardiologia, Oculistica, Diabetologia e Pneumologia nella valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, per il tramite dei Direttori di Distretto e/o dei Direttori di Dipartimento;
- 3) estrazione dal sistema HERO ed elaborazione dei dati relativi alla concordanza o meno tra medico prescrittore ed erogatore su classe di priorità ed esame diagnostico. Infatti;
- 4) corsi di aggiornamento sull'appropriatezza rivolti ai MMG. Si potrebbe ipotizzare una formazione organizzata di concerto con la UOS formazione dell'azienda, che potrebbe partecipare allo studio di fattibilità, articolando un incontro di sabato per l'intera giornata con possibilità di collegarsi da remoto. I MMG devono essere invitati dai direttori dei Distretti Sanitari ed incentivati con acquisizione degli ECM;
- 5) monitoraggio per il trend di miglioramento con i due indicatori di seguito indicati:

✓ numero di ricette con concordanza su classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e dallo specialista erogatore/ numero di ricette controllate, relativamente alle prestazioni critiche considerate

✓ numero di ricette con concordanza su esame diagnostico tra medico prescrittore e specialista erogatore / numero di ricette controllate, relativamente alle prestazioni critiche considerate;

- 6) inserire nel sistema HERO, in uso alla specialistica ambulatoriale, di una funzionalità per rilevare automaticamente il prescrittore e verificarne l'appropriatezza di comportamento, al fine di consentire un benchmark interno.

E' opportuno sottolineare che i MMG e i PLS della ASP di Palermo effettuano la prescrizione indicando classe di priorità e quesito diagnostico nel 100% dei casi.

- **INTERVENTI SULLA GESTIONE DELLA OFFERTA:**

1. Gestione delle prenotazioni attraverso il CUP e COT
2. Utilizzo di prestazioni aggiuntive per la dirigenza medica e per il comparto sanità
3. Aperture delle strutture ambulatoriali anche nelle ore tardo pomeridiane e nei fine settimana
4. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva
5. Medicina di prossimità
6. Presa in carico del paziente cronico attraverso protocolli formalizzati
7. Telemedicina
8. Percorso di tutela

Al fine di garantire al 98% il rispetto della classe di priorità indicata nella richiesta il **piano del fabbisogno di ore di specialistica ambulatoriale** per il triennio 2024-2026, tenendo conto anche delle attività di specialistica previste dal DM 77, è stato stimato come meritevole di un piano di revisione che tenga conto della capacità produttiva espressa negli anni precedenti in ogni area specialistica e per sedi distinte dagli specialisti convenzionati.

Tale verifica in atto in corso ha posto in rilievo alcune criticità: l'applicazione di istituti contrattuali rende incerta l'accoglienza dell'utente nella data e nell'ora stabilita dalla prenotazione creando disagi e lamentele.

La produzione di prestazioni rispetto alle ore retribuite è in diversi casi al di sotto delle aspettative in cui ha investito l'organizzazione.

Tali circostanze inducono a riesaminare la rete di distribuzione delle prenotazioni ambulatoriali, ripensando ad un riassetto delle risorse convenzionate con modalità integrate con professionisti dipendenti.

Per il 2024 tuttavia si ritiene indispensabile ampliare le attività relative alle tre aree della cronicità: broncopneumopatia cronica ostruttiva, diabete, scompenso cardiaco.

**1- Gestione delle prenotazioni attraverso il CUP e le COT** è uno dei punti cardine del governo delle liste attese e nello specifico include:

- 1) inserimento al CUP aziendale della totalità delle agende pubbliche e private accreditate, comprese le prestazioni ALPI. A far data dal 2022 la ASP di Palermo ha inserito nel sistema informatico di prenotazione Hero-CUP il 100% delle strutture private accreditate
- 2) pagamento del ticket tramite POS e sistemi pagoPA (già operativo)
- 3) presenza di un sistema telematico di disdetta che può essere effettuato dal paziente direttamente (già operativo)
- 4) recall tramite sms, modalità attualmente utilizzata con molto successo per lo screening
- 5) distribuzione capillare sul territorio di punti di prenotazione tramite sportello (farmacia, cup comunali)

Il punto 4 è fondamentale per evitare il fenomeno del drop out, cioè la mancata presentazione del cittadino che aveva già ricevuto la prenotazione della prestazione specialistica richiesta.

Nel CUP informatizzato è previsto :

- l'overbooking, (prenotazione in eccesso) da applicare quando un prevedibile numero di utenti non si presenta all'ambulatorio specialistico, nonostante sia stato prenotato. L'overbooking consiste nell'inserimento nell'agenda giornaliera di un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro giornaliero dell'ambulatorio. L'utilizzo di questo strumento deve però accompagnarsi alla garanzia di flessibilità del sistema, nel caso che si presentino tutti i prenotati
- scrolling delle liste attraverso la rilevazione con 24/72 ore di anticipo degli slot non ancora prenotati in agenda e chiamata attiva da parte dell'operatore finalizzata all'erogazione della prestazione in anticipo. Per rendere fattibile quanto sopra l'operatore incaricato verifica gli slot rimasti liberi e richiama l'utente che per la stessa prestazione ha effettuato la prenotazione più indietro nel tempo.

Quanto sopra realizzabile attraverso un miglioramento della performance individuale degli operatori CUP (monitoraggio delle prestazioni rese, formazione ed aggiornamento continui) ed un incremento del numero degli stessi, anche mediante contratti a tempo determinato a vario titolo o con l'utilizzo di operatori del servizio civile.

Le COT (Centrali Operative Territoriali) sono state attivate in n. di 12 nella ASP di Palermo.

Le Centrali operative territoriali garantiscono e coordinano la presa in carico dei pazienti fragili, intercettando i bisogni di cure e di assistenza e assicurando la continuità tra Ospedale e Territorio. Sono realtà organizzative che non si rapportano direttamente con i cittadini, ma coordinano le attività per offrire servizi agli utenti.

La nuova organizzazione consentirà di intercettare tempestivamente il fabbisogno di salute di tutti quei cittadini che possono ricevere assistenza e terapie nelle nuove strutture territoriali, quali Ospedali di Comunità e Case di Comunità, la cui operatività è coordinata dalle COT.

Oltre alle COT, l'Asp di Palermo con fondi di PNRR sta realizzando complessivamente 10 Ospedali di comunità (di cui uno già attivo in via sperimentale a Petralia Sottana), 38 Case di comunità e un "Ospedale sicuro e sostenibile", individuato nel nosocomio di Partinico.

## **2- . Utilizzo di prestazioni aggiuntive per la dirigenza medica e per il comparto sanità**

Gli specialisti e gli operatori del comparto sanità svolgono le prestazioni aggiuntive al di fuori del proprio orario di lavoro e possono operare al di fuori della sede lavorativa di appartenenza ed in più sedi della ASP di Palermo.

Il suddetto intervento è strettamente connesso e permette l'attuazione di altri due interventi sul governo dell'offerta:

### **3. Apertura delle strutture ambulatoriali nelle ore tardo pomeridiane e nei giorni di sabato**

### **4. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva.**

Un efficiente utilizzo delle apparecchiature, in particolare di quelle ad alto livello tecnologico, comporta un impegno orario che copra l'intero arco della giornata, sviluppato preferibilmente su tutta la settimana. Chiaramente l'implementazione di tale modalità comporta soluzioni organizzative innovative a livello aziendale, con un utilizzo flessibile delle risorse umane.

I punti 2, 3, 4 possono essere realizzati mediante le seguenti azioni programmate:

- *bonifica delle agende informatiche di prenotazione con operazioni di recall effettuate dagli operatori del Coordinamento CUP che hanno strutturato le agende delle prestazioni aggiuntive o dagli operatori delle strutture presso le quali il personale medico e del comparto sanità ha dato la propria disponibilità ad effettuare le prestazioni aggiuntive;*
- *riprogrammazione, delle prenotazioni dei pazienti confermati in lista, presso le altre strutture che insistono nello stesso ATG;*

### **5. Medicina di prossimità**

Il modello di medicina di prossimità (Open Day dedicati) già realizzato dall'Asp di Palermo con camper adeguatamente attrezzati oltre che per le visite specialistiche e gli esami strumentali, anche

per le vaccinazioni e gli screening trova un riscontro sempre maggiore da parte dell'utenza, il calendario di attività è cronologicamente disciplinato ed è funzionale all'obiettivo in quanto riduce le prenotazioni e i volumi delle liste di attesa.

La medicina di prossimità interseca tutte le dimensioni del welfare di comunità, e la co-progettazione indicata dal PNRR nello sviluppo dell'Assistenza territoriale del SSN e promuove una innovata cultura dell'educazione alla salute che consolida il rapporto dell'utente con il territorio di appartenenza.

**6. Presa in carico del paziente cronico attraverso protocolli formalizzati:** è un intervento sul piano dell'offerta che riguarda in atto principalmente le prestazioni cardiologiche, diabetologiche e pneumologiche .

I pazienti con scompenso cardiaco e glicemico, come anche i broncopatici cronici vengono inseriti all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici codificati, come previsto dal DM77.

Il paziente seguendo il percorso tracciato dallo specialista a seconda della condizione di gravità, evita visite ripetute, esce dalle prenotazioni effettuate al Cup, viene assistito nel setting adeguato senza togliere spazio alla presa in carico di nuovi pazienti.

**7. Telemedicina** un intervento per il governo dell'offerta da implementare per ridurre tutte le richieste di prestazioni che possono essere evase a distanza con utilizzo di tecnologia che va incrementata progressivamente.

**8. Percorso di tutela** è un percorso alternativo e residuale rispetto alle normali vie di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, rivolto ai cittadini in possesso di richiesta di prestazione specialistica, per i quali sia certificata l'impossibilità all'erogazione in regime istituzionale ovvero presso privato accreditato della prestazione richiesta, entro la classe di priorità indicata dal medico prescrittore.

Il percorso di tutela segue la seguente procedura:

1. il cittadino avvia a mezzo pec richiesta di accesso al percorso di tutela
2. l'ASP procederà alla ricerca di ulteriori disponibilità nell'ambito dell'offerta attraverso gli strumenti di seguito elencati:
  - riutilizzo di posti liberi nelle agende di primo accesso nelle quali vi siano state disdette non ancora occupate
  - utilizzo dell'overbooking
  - adozione di un sistema di recall, pre-appuntamento con recupero degli eventuali spazi residui disponibili
3. l'ASP richiamerà il cittadino/utente per l'erogazione della prestazione richiesta, proponendo la prima disponibilità trovata, che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità indicato nella ricetta:
  - prioritariamente presso un PTA o un Distretto Sanitario in cui è stata programmata un'offerta straordinaria di prestazioni specialistiche con ulteriori ore, oltre quelle istituzionali previste
  - in seconda istanza presso un privato accreditato e contrattualizzato con la ASP di Palermo

4. l'ASP qualora non riesca a soddisfare in regime istituzionale ovvero presso privato accreditato l'erogazione della prestazione nei tempi previsti, attiverà le previsioni di cui al D.Lgs 124/98 art.3 comma 10 e 13.

## 7.MONITORAGGIO

Corre l'obbligo precisare in questa sede che per quanto attiene l'attività di recupero delle prestazioni rientranti nell'obiettivo contrattuale del Direttore Generale dedicato al recupero delle prestazioni ambulatoriali la rilevazione effettuata dalle competenti strutture aziendali ha rilevato quanto segue:

CATEGORIA DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE	Numerosità rilevata alla data del 01/01/2024	Numero prestazioni erogate	Numero di prestazioni oggetto di bonifica	Residuo	Grado di raggiungimento obiettivo
Prestazioni Ambulatoriali da PNGLA	39	39	0	0	100%

Pertanto, l'obiettivo è da considerarsi già **raggiunto**.

Per quanto attiene il monitoraggio del recupero dei ricoveri la rilevazione alla data del 27/09/2024 presenta il seguente grado di conseguimento dell'obiettivo.

CATEGORIA DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE	Numerosità rilevata alla data del 01/01/2024	Numero prestazioni erogate in prestazioni aggiuntive	Numero di prestazioni erogate in regime ordinario	Numero di prestazioni oggetto di bonifica	Residuo	Grado di raggiungimento obiettivo
Ricoveri da PNGLA	846	259	334	62	191	77%

La piattaforma Gilia sarà aggiornata con i dati di cui alla precedente tabella entro il 15/10/2024

## 8. RECUPERO LISTE ATTESA CORRENTI

In considerazione degli esiti del piano di recupero a valere dell'anno 2023 ed essendo prioritario fine dell'Azienda Sanitaria rispondere alla domanda sanitaria del territorio tempestivamente, dando seguito ai principi di governo delle liste di attesa che tendono al graduale rientro della capacità di erogazione entro i termini massimi previsti dalla normativa vigente per le specifiche classi di priorità, si è provveduto ad avviare, applicando la medesima metodologia, la rilevazione del dato delle prestazioni al di fuori dei tempi massimi di attesa anno 2024 come di seguito specificato:

<b>TOTALE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI NON SONO STATI RISPETTATI I TEMPI DI ATTESA PER CLASSI DI PRIORITÀ</b> (periodo di riferimento 01/01/2024 – 30/06/2024)		
<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI</b>	<b>Fabbisogno Minimo</b>	<b>Quota di Governo</b>
ESAMI STRUMENTALI	2.708	3.591
VISITE	4.468	7.929
TOTALE	7.176	11.520

<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI NON SONO STATI RISPETTATI I TEMPI DI ATTESA PER CLASSI DI PRIORITÀ</b> (periodo di riferimento 01/01/2024 – 30/06/2024)		
<b>ESAMI STRUMENTALI</b>	<b>Fabbisogno Minimo</b>	<b>Quota di Governo</b>
COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	13	14
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	392	244
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	578	741
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA	212	369
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	491	814
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	329	492
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	249	234
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA		
MAMMOGRAFIA BILATERALE	82	109
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	66	43
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO		
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO CERVICALE	80	63
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO LOMBOSACRALE		
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA-TRATTO TORACICO		
SPIROMETRIA SEMPLICE	140	221
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	38	143
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	38	104
TOTALE	<b>2.708</b>	<b>3.591</b>



<b>PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI NON SONO STATI RISPETTATI I TEMPI DI ATTESA PER CLASSI DI PRIORITÀ (periodo di riferimento 01/01/2024 – 30/06/2024)</b>		
<b>VISITE</b>	<b>Fabbisogno Minimo</b>	<b>Quota di Governo</b>
VISITA GENERALE CARDIOLOGICA	744	1.444
VISITA GENERALE ENDOCRINOLOGICA	327	809
VISITA GENERALE GASTROENTEROLOGICA	304	199
VISITA GENERALE ONCOLOGICA	2	15
VISITA GENERALE ORTOPEDICA	631	1.293
VISITA GENERALE PNEUMOLOGICA	273	513
VISITA GENERALE UROLOGICA	281	573
VISITA NEUROLOGICA	910	1.122
VISITA OCULISTICA, ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	996	1.961
<b>TOTALE</b>	<b>4.468</b>	<b>7.929</b>

Il fabbisogno minimo, sopra individuato, esprime il numero di esami strumentali/visite da effettuare per l'immediato intervento di recupero, e il numero delle prestazioni da effettuare per mantenere il rispetto della classe di priorità è l'obiettivo del governo delle liste di attesa che l'azienda si propone di realizzare

## **9. PIANO ECONOMICO**

In ordine all'utilizzo delle risorse per prestazioni aggiuntive necessarie alle attività di recupero delle liste di attesa, nonché di governo dei processi di erogazione delle attività correnti necessarie al fine di non determinare ulteriore allungamento e ampliamento dei tempi attuali di attesa rispetto ai tempi massimi previsti per tipologia di prestazione sanitaria, si precisa che l'Azienda a decorrere dal 01/01/2024 ha autorizzato attingendo alle risorse proprie specifici piani di intervento.

La rilevazione dei costi ad oggi sostenuti trascende il valore dell'assegnazione di cui al D.A. 453/2024 pari a 249.100 che si intendono utilizzati per le finalità di assegnazione e saranno di conseguenza rendicontati sterilizzando la quota di costo dalle competenze per il personale con la prossima rilevazione del modello CE Trimestrale.

Per le attività di recupero dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali sono stati garantiti i tetti di spesa massimi fissati per tipologia di attività.

## **10. MONITORAGGIO ATTIVITA' INTRAMOENIA**

L'esercizio dell'attività libero professionale è disciplinata da regolamentazione aziendale di cui alla deliberazione n°123 del 05/02/2020. Il richiamato regolamento prevede agli artt. 18, 19 e 20 le procedure di monitoraggio e controllo dei requisiti necessari per il singolo professionista per il mantenimento dell'autorizzazione e per l'accesso alle liquidazioni.

Le Macro Strutture e i Dipartimenti competenti non hanno rilevato alla data del 27/09/2024 casi di superamento o di mancato adempimento in ordine al rispetto dell'equilibrio tra volumi delle prestazioni erogate in regime istituzionale e libero professionale.