

ALL. "C"

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

Prot. 42123

Palermo li 24/05/19

Ai Direttori Generali ed ai Commissari
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Sanitarie SSR

LORO SEDI

**Oggetto: Disposizioni per l'attuazione del Piano Regionale delle Liste di attesa (PRGLA)
per il triennio 2019-2021 di cui al D.A. n. 631 del 12 aprile 2019**

PREMESSA

Con D.A. n. 631 del 12 aprile 2019, pubblicato nel supplemento ordinario della G.U.R.S. n. 18 del 26 aprile 2019, è stato adottato il Piano Regionale delle Liste di Attesa (PRGLA), che ha la finalità di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le visite specialistiche, per le prestazioni diagnostiche strumentali e per le prestazioni in regime di ricovero.

Il PRGLA costituisce lo strumento di indirizzo in attuazione del quale le Aziende del Servizio Sanitario Regionale devono mettere in atto gli interventi dallo stesso previsti per il governo delle liste di attesa ed il superamento delle criticità relative al mancato rispetto dei tempi massimi di attesa.

Il "Governo delle liste di attesa" è obiettivo strategico prioritario della politica sanitaria della Regione Siciliana, il cui raggiungimento è ineludibile presupposto per il contrasto di fenomeni negativi quali l'eventuale non appropriatezza dei setting assistenziali, la mobilità extraregionale, il possibile abbandono delle cure la parte delle categorie sociali più deboli.

1
[Handwritten signature]

La forte valenza strategica che esso ricopre viene in evidenza nel rilievo che lo stesso ha in relazione agli obiettivi contrattuali assegnati ai Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale - approvati con Deliberazione della Giunta di Governo n. 96 del 13 marzo 2019 – nel cui ambito le azioni relative alla corretta gestione delle liste di attesa sono previste anche a pena di decadenza dell’incarico.

Nei successivi paragrafi sono riportati i prospetti di sintesi dai quali risultano per quali prestazioni ed in che misura i tempi massimi di attesa sono rispettati, rinviando per i dati analitici ai quanto riportato sui istituzionali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nella Sezione “Amministrazione trasparente – liste di attesa”, istituita ai sensi della legge n. 33 del 2013.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Si riportano nella Tabella 1 le prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali) oggetto di monitoraggio, indicando - distinto per le classi di priorità B e D - il rapporto tra il numero delle prestazioni richieste ed il numero di prestazioni prenotate nei tempi massimi previsti. Atteso che l’adempienza LEA è raggiunta laddove il rapporto è pari al 90%, i dati sopra riportati evidenziano che per la maggior parte della tipologia di prestazioni il Servizio Sanitario Regionale non soddisfa i tempi massimi di attesa.

Tabella 1 - Prestazioni ambulatoriali (visite specialistiche e prestazioni strumentali)

*Classi di priorità

Classe B (Breve)	Prestazione da eseguire entro 10 gg.
Classe D (Differita)	Prestazione da eseguire entro 30 gg. per le visite ed entro 60 gg. per gli accertamenti specialistici

**p/r% - Rapporto prenotazioni prenotate nei tempi massimi previsti/prenazioni richieste
Esprime la percentuale di prestazioni per le quali è stato rispettato il tempo massimo di attesa previsto

Monitoraggio tempi d’attesa 2° rilevazione 2018 (dati dal 1/10 al 5/10)		
Prestazione	B* p/r %**	D* p/r %**
Visita cardiologica	80%	78%
Visita chirurgia vascolare	72%	78%

Visita endocrinologica	76%	79%
Visita neurologica	80%	63%
Visita oculistica	92%	87%
Visita ortopedica	87%	90%
Visita ginecologica	73%	67%
Visita otorinolaringoiatrica	83%	91%
Visita urologica	65%	73%
Visita dermatologica	80%	81%
Visita fisiatrica	90%	92%
Visita gastroenterologica	54%	67%
Visita oncologica	78%	75%
Visita pneumologica	61%	58%
Mammografia	77%	95%
TAC Torace senza e con contrasto	58%	88%
TAC Addome superiore con e senza m.d.c.	50%	88%
TAC Addome inferiore con e senza m.d.c.	58%	100%
TAC Addome completo con e senza m.d.c.	75%	84%
TAC Capo con e senza m.d.c.	74%	86%
TAC Rachide e speco verteb. con e senza m.d.c.	77%	98%
TAC Bacino con e senza m.d.c.	73%	100%
RMN Cervello e tronco encefalico	61%	88%
RMN Pelvi, prostata e vescica	62%	93%
RMN Muscoloscheletrica	82%	91%
RMN Colonna vertebrale	69%	93%
Ecografia capo e collo	76%	69%
Ecocolordoppler cardiaca	76%	88%
Ecocolor doppler dei tronchi sovraaortici	62%	83%
Ecocolor doppler dei vasi periferici	58%	75%
Ecografia addome	74%	87%
Ecografia mammella	78%	78%
Ecografia ostetrica-ginecologica	82%	84%
Colonscopia	60%	63%
Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	88%	100%
Esofagogastroduodenoscopia	53%	57%
Elettrocardiogramma	79%	86%
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	74%	89%
Elettrocardiogramma da sforzo	40%	56%
Audiometria	79%	88%
Spirometria	81%	80%
Fondo oculare	95%	91%
Elettromiografia	83%	78%

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Si riportano nella Tabella 2 le prestazioni da ricovero oggetto di monitoraggio, indicando - indistinto per le tutte le classi di priorità classi di priorità A, B, C e D - il rapporto tra il numero delle prestazioni richieste ed il numero di prestazioni prenotate nei tempi massimi previsti.

Tabella 2 – Prestazioni in regime di ricovero

****p/r%** - Rapporto prenotazioni prenotate nei tempi massimi previsti/prenotazioni richieste

Esprime la percentuale di prestazioni per le quali è stato rispettato il tempo massimo di attesa previsto

Monitoraggio tempi d'attesa 2018	
Prestazione	p/r %**
Interventi chirurgici tumore maligno mammella	78,6%
Interventi chirurgici tumore maligno prostata	61,2%
Interventi chirurgici tumore maligno colon	86,4%
Interventi chirurgici tumore maligno retto	77,8%
Interventi chirurgici per melanoma	91,1%
Interventi chirurgici tumore maligno della tiroide	80,2%
By pass aortocoronarico	86,6%
PTCA	83,0%
Endoarteriectomia carotidea	80,7%
Intervento protesi d'anca	80,4%
Interventi chirurgici tumore del polmone	87,1%
Colecistectomia laparoscopica	77,6%
Coronarografica	83,9%
Biopsia percutanea del fegato	95,5%
Emorroidectomia	85,2%
Riparazione ernia inguinale	82,4%

MOBILITA' EXTRAREGIONALE

Con specifico riferimento alla mobilità extraregionale, si evidenzia che alla stessa contribuiscono anche i lunghi tempi di attesa causati dall'inadeguatezza del numero delle sedute operatori. Tale fenomeno, peraltro, oltre al disagio sociale ed economico per i pazienti e le loro famiglie, genera costi considerevoli per il Servizio Sanitario Regionale costi considerevoli. A titolo



esemplificativo si riportano di seguito le prestazioni per le quali si registra il più alto ricorso a prestazioni extraregionali ed i relativi costi annuali:

- Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (DRG 544) - ricoveri fuori regione nel 2017 n° 1.472 per un importo di € 12.900.000;
- Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC (DRG 498) - ricoveri fuori regione nel 2017 n° 598 per un importo di € 7.300.000;
- Interventi per neoplasie maligne (diversi DRG) - ricoveri fuori regione nel 2017 n° 5.300 per un importo di € 36.000.000.

Di seguito si riportano le prime 150 voci di costo per mobilità extraregionale

DESCRIZIONE	Importo addebitato
Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	€ 12.901.740
Trapianto di midollo osseo	€ 7.697.137
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	€ 7.309.735
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	€ 4.650.730
Craniotomia, età > 17 anni senza CC	€ 4.618.505
Malattie e traumatismi del midollo spinale	€ 4.056.934
Malattie degenerative del sistema nervoso	€ 3.957.765
Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 3.728.253
Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	€ 3.114.786
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	€ 2.985.444
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	€ 2.754.868
Interventi per obesità	€ 2.692.858
Interventi maggiori sul capo e sul collo	€ 2.545.680
Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	€ 2.363.652
Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	€ 2.156.700
Interventi maggiori sul torace	€ 2.142.926
Interventi su rene e uretere per neoplasia	€ 1.982.591
Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	€ 1.948.179
Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	€ 1.889.735
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	€ 1.818.404
Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	€ 1.801.330
Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	€ 1.727.651
Interventi sul piede	€ 1.699.426
Interventi maggiori sulla vescica	€ 1.692.301
Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	€ 1.627.242
Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	€ 1.592.369
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	€ 1.588.373
Trapianto renale	€ 1.546.697
Altri interventi cardiotoracici	€ 1.488.264
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 1.465.465

5


Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	€ 1.440.061
Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	€ 1.434.678
Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	€ 1.378.132
Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	€ 1.369.868
Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	€ 1.324.945
Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	€ 1.310.820
Craniotomia, età < 18 anni	€ 1.307.208
Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	€ 1.281.679
Altre malattie del sistema nervoso senza CC	€ 1.278.016
Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	€ 1.264.741
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 1.214.715
Riabilitazione	€ 1.213.139
Interventi per via transuretrale senza CC	€ 1.183.407
Interventi sulla tiroide	€ 1.134.495
Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	€ 1.118.150
Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	€ 1.100.569
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	€ 1.096.845
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	€ 1.091.151
Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	€ 1.067.855
Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	€ 1.065.329
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	€ 1.060.398
Edema polmonare e insufficienza respiratoria	€ 1.028.589
Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	€ 1.024.373
Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	€ 1.008.953
Interventi sul midollo spinale senza CC	€ 1.008.094
Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	€ 1.005.772
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	€ 920.364
Craniotomia, età > 17 anni con CC	€ 912.251
Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 911.519
Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	€ 894.855
Insufficienza cardiaca e shock	€ 894.330
Psicosi	€ 893.359
Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	€ 875.947
Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	€ 872.317
Interventi su articolazioni maggiori e reimpanti di arti superiori	€ 840.472
Insufficienza renale	€ 819.497
Prostatectomia transuretrale senza CC	€ 812.326
Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	€ 793.533
Setticemia senza ventilazione meccanica = 96 ore, età > 17 anni	€ 782.563
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	€ 773.574
Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	€ 765.173
Neoplasie dell'apparato respiratorio	€ 761.202
Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	€ 732.347
Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	€ 682.204
Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	€ 676.074
Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	€ 632.915
Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	€ 611.325

Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	€ 606.981
Emorragia intracranica o infarto cerebrale	€ 604.075
Affezioni mediche del dorso	€ 590.139
Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	€ 589.000
Malattie del tessuto connettivo con CC	€ 577.547
Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	€ 571.285
Neoplasie del sistema nervoso senza CC	€ 559.015
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	€ 556.133
Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	€ 552.150
Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	€ 549.614
Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 540.726
Interventi sulla retina	€ 540.712
Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	€ 539.984
Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	€ 527.350
Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	€ 527.102
Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	€ 522.926
Sclerosi multipla e atassia cerebellare	€ 520.876
Radioterapia	€ 519.702
Altre malattie del sistema nervoso con CC	€ 508.948
Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	€ 499.435
Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	€ 497.801
Disturbi della nutrizione e miscellanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	€ 493.819
Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	€ 491.777
Linfoma e leucemia non acuta con CC	€ 486.994
Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	€ 484.713
Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	€ 481.173
Parto vaginale senza diagnosi complicanti	€ 472.310
Interventi sui tessuti molli senza CC	€ 470.485
Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	€ 462.366
Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	€ 455.492
Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	€ 449.041
Parto cesareo senza CC	€ 448.059
Interventi sul surrene e sulla ipofisi	€ 446.347
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	€ 439.669
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	€ 422.218
Tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	€ 421.807
Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita = 96 ore	€ 419.974
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	€ 414.935
Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	€ 405.587
Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	€ 402.639
Interventi vascolari extracranici senza CC	€ 400.938
Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	€ 396.151
Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 395.847
Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	€ 392.577

lfa

Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	€ 389.893
Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	€ 379.469
Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	€ 369.368
Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	€ 368.915
Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	€ 367.898
Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	€ 361.484
Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	€ 359.505
Resezione rettale senza CC	€ 358.557
Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 356.057
Malattie infiammatorie dell'intestino	€ 351.608
Cirrosi e epatite alcolica	€ 341.408
Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	€ 340.928
Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	€ 337.399
Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 332.941
Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	€ 326.618
Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	€ 326.176
Interventi per via transuretrale con CC	€ 323.711
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	€ 319.435
Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	€ 319.286
Sialoadenectomia	€ 318.421
Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	€ 315.572
Malattia polmonare cronica ostruttiva	€ 307.724
Malattie delle vie biliari con CC	€ 306.991
Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	€ 305.753
Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	€ 299.671
Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	€ 298.556
Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	€ 296.324
Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	€ 292.118
Neoplasie del sistema nervoso con CC	€ 291.378
	€ 172.535.452

IL PIANO REGIONALE DELLE LISTE DI ATTESA

Il PRGLA adottato con D.A. n. 631/2019 prevede l'attuazione di specifici interventi organizzativi, contestualizzati sulle base delle caratteristiche e delle criticità presenti sul territorio regionale, dei quali si riporta di seguito lo schema di sintesi.

Schema di sintesi interventi PRGLA 2019 - 2021

Interventi per il governo della domanda [IGD]
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva [IGD1]
- Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO [IGD2]



- | |
|--|
| - Aggiornamento degli accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali [IGD3] |
| - Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione [IGD4] |

Interventi per il governo dell'offerta [IGO]

- | |
|--|
| - Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1] |
| - Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2] |
| - Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3] |
| - Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4] |
| - Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5] |
| - Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6] |
| - Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7] |
| - Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" [IGO8] |
| - Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9] |
| - Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10] |
| - Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11] |
| - Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO12] |
| - Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO13] |
| - Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO14] |
| - Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO15] |
| - Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO16] |
| - Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO17] |
| - Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO18] |
| - Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO19] |
| - Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO20] |
| - Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO21] |
| - Presa in carico del paziente cronico [IGO22] |
| - Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO23] |
| - Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale. [IGO24] |
| - Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO25] |
| - Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27] |

Si prevede altresì, che entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA le Aziende devono predisporre il Programma Attuativo Aziendale, nel quale definire tutte le specifiche attività da realizzare per garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa, in coerenza con gli interventi inseriti nello schema di sintesi sopra riportato.

L'Assessorato della Salute provvede al monitoraggio e controllo dei tempi di attesa attraverso i flussi informativi allo scopo istituiti.

9


INCREMENTO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DI RICOVERO

Alcuni degli interventi previsti dal PRGLA, segnatamente quelli elencati nella tabella sottostante, prevedono l'aumento dell'offerta per quelle prestazioni che presentano le maggiori criticità nel garantire i tempi massimi di attesa.

- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5]

Nella considerazione della rilevanza che l'obiettivo del Governo delle Liste di Attesa riveste, le Aziende possono fare fronte ai costi necessari per la piena attuazione degli interventi sopra indicati a valere sulle economie dei Progetti di Piano Sanitario Nazionale relative agli anni 2009-2014. Restano escluse le economie relative a progetti afferenti la Prevenzione, per le quali saranno fornite distinte indicazioni.

Al fine della individuazione ed utilizzazione delle suddette economie, le Aziende devono avviare una puntuale ricognizione che - partendo dai Fondi per "Quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. Per quota F.S. vincolato" iscritti nei bilanci aziendali e dei quali si allega prospetto di sintesi - identifichi le somme disponibili, distinte per annualità e linea progettuale. Le somme identificate come disponibili devono essere inoltre distinte a seconda che si riferiscano a:

- Progetti completati per i quali i costi effettivamente sostenuti siano risultati inferiori a quelli previsti;
- Progetti completati per i quali i relativi costi non sono stati interamente sostenuti mediante l'utilizzo del Fondo per "Quote inutilizzate" e pertanto residuano somme accantonate ;
- Progetti avviati e non completati o progetti non avviati, per i quali la Direzione Aziendale ritenga non più possibile, o non opportuno perché non più coerenti alle esigenze assistenziali attuali, il loro avvio o la loro definizione.

Dal punto della rilevazione contabile le Aziende dovranno istituire, nell'ambito della voce di SP - PBA160 - Fondo per "Quote inutilizzate contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. vincolato" (PdC Regionale 2.02.04.01.00), un fondo specifico, cui assegnare il codice PdC Regionale 2.02.04.01.97, denominato "*Quote inutilizzate contributi PSN - economie anni precedenti*" ove riclassificare il valore delle economie come sopra quantificate.

ms ALS

Al fine della utilizzazione delle predette risorse per il miglioramento dei tempi massimi di attesa, l'Azienda deve predisporre uno specifico **Programma triennale 2019-2021**, anche mediante l'attivo coinvolgimento del referente aziendale dei tempi di attesa di cui dovranno essere indicati nominativo e recapiti, da inviare a dipartimento.pianificazione.strategica@certmail.regione.sicilia.it nel quale risultino indicate:

1. le economie disponibili dei Progetti di Piano Sanitario Nazionale anni 2009– 2014, escluse quelle relative linee afferenti la Prevenzione, individuate secondo i criteri sopra indicati;
2. il numero annuo di prestazioni sanitarie, distinte per codice del nomenclatore tariffario, branca e DRG attualmente erogate;
3. gli indicatori e le metodologie utilizzate per la misurazione dei tempi di attesa;
4. le priorità di intervento sulla base delle caratteristiche locali, mission dell'azienda, tipologia di prestazione (operatore dipendente-macchina dipendente), tenendo anche conto del fabbisogno delle prestazioni a livello provinciale;
5. le modalità di utilizzo dei RAO per garantire l'appropriatezza delle prestazioni da parte degli specialisti ambulatoriali,
6. l'incremento annuale di prestazioni sanitarie, distinte per codice del nomenclatore tariffario, branca e DRG, da erogare per la riduzione delle liste di attesa;
7. le attrezzature ed i dispositivi necessari per il miglioramento dei tempi massimi di attesa, ed i relativi costi;
8. i costi per prestazioni aggiuntive necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie incrementalmente;
9. i risultati attesi, distinti per codice del nomenclatore tariffario, branca e DRG, specialità, in termini di miglioramento dei tempi massimi di attesa.

In riferimento al punto 8), l'acquisizione di prestazioni aggiuntive, anche ai sensi dell'art. 55, comma 2 del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000, dovrà in ogni caso essere preceduta da una attenta e scrupolosa valutazione della piena utilizzazione delle risorse già esistente, tale per cui risulti giustificato il ricorso a prestazioni aggiuntive finalizzato ad assicurare il rispetto dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni sanitarie.

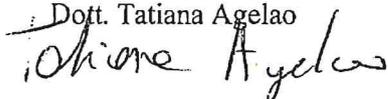
I maggiori costi derivanti dall'incremento delle prestazioni sanitarie di cui ai punti 7) e 8) troveranno copertura attraverso l'utilizzo delle economie di PSN solo nel caso dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi in termini di incremento delle prestazioni erogate, risultando non

giustificato l'utilizzazione di somme a valere sulle economie del Progetti di Piano Sanitario Nazionale che non sia correlata ad un miglioramento dei tempi di attesa.

Inoltre, al fine di garantire la trasparenza degli interventi posti in essere, l'utilizzo delle suddette risorse dovrà essere sistematicamente oggetto di rendicontazione dettagliata ed annuale che dovrà essere pubblicata sul sito web aziendale nella sezione liste di attesa. Nella reportistica devono essere indicate, oltre ai costi sostenuti, la quantità e tipologia di prestazioni effettuate, la coerenza con il piano dei fabbisogni prodotto dall'ASP e l'evidenza che l'aumento delle prestazioni sia stato effettuato per le prestazioni risultate critiche dai monitoraggi.

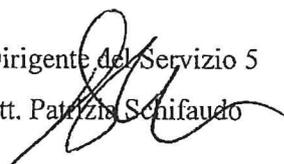
Il Dirigente dell'Area Int 2

Dott. Tatiana Agelao



Il Dirigente del Servizio 5

Dott. Patrizia Schifaudò



Il Dirigente Generale DASOE

Dott. Maria Letizia Di Liberti



Il Dirigente Generale DPS

Ing. Mario La Rocca



L'Assessore

Avv. Ruggero Rizza

