

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO

DELIBERAZIONE Commissario Straordinario N. 185 DEL 15 GEN. 2013

**OGGETTO: LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE E IL MONITORAGGIO DEI TEMPI DI
ATTESA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.
COSTITUZIONE DI UN GRUPPO DI LAVORO (TEAMWORK) AZIENDALE**

STRUTTURA PROPONENTE STAFF della DIREZIONE GENERALE Proposta N. 3423 del 15.05.2012 IL DIRETTORE U.O.C. RESPONSABILE DELLO STAFF Dr. Giuseppe Amico IL RESPONSABILE SERVIZIO Dr. Alfonso Cavaleri IL RESPONSABILE PROCEDIMENTO Dr. Alfonso Cavaleri	SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO E PATRIMONIALE Autorizzazione di spesa N. _____ del _____ Conto Economico _____ NULLA OSTA Il Direttore U.O.C. _____
---	---

in data 15 GEN 2013 nella sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, Viale
della Vittoria, 321 - 92100 Agrigento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto MESSINA

Nominato con Decreto Assessoriale n.1722/11 del 15 settembre 2011, assistito dal Collaboratore Amministrativo
Sig.ra Sabrina Terrasi in funzione di Segretario Verbalizzante.

Visto:

- il D.A. 17 novembre 2009 "Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana, parte I, n. 58 del 2009;
- il Protocollo di intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il Piano nazionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012;
- la Nota del Ministero della Salute prot. n. 42754-P del 30 dicembre 2010 recante "Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano nazionale di governo dei tempi d'attesa (PNGLA 2010-2012)";
- il D.A. n. 3254 del 30 dicembre 2010 "Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122";
- il Documento del 28 aprile 2011 approvato dal Comitato LEA nella seduta del 25 febbraio 2011, recante "Aggiornamento delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra Stato e Regioni sul PNGLA 2010-2012";
- il Decreto del Presidente della Regione n. 282/11 di approvazione del Piano sanitario della Regione Sicilia "Piano della salute" 2011-2013;
- il Decreto Assessoriale n. 1220 del 30 giugno 2011, con il quale si approva il Piano regionale per il governo dei tempi d'attesa per il triennio 2011-2013 (PRGTA);
- il documento "Linee di indirizzo per la gestione e il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nella ASP 1", ed in particolare lo stralcio relativo alle pag. 19, 20 e 21 nel paragrafo "il teamwork aziendale";
- Il Piano Attuativo Aziendale 2012

Considerato:

- Che è già stato conferito al Gruppo Dedalus Spa della Sicilia Sistemi Tecnologie srl mandato per la produzione e la progressiva implementazione del software di informatizzazione del CUP Aziendale;
- Che è stato già individuato il Responsabile unico per il controllo e il monitoraggio dei processi di informatizzazione e per il monitoraggio dei tempi di attesa, secondo quanto previsto dalla nota prot. n. DASOE/5/69284 del 23 agosto 2011;
- Che l'assetto organizzativo della ASP 1, articolata in numerose strutture eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali dislocate peraltro in un territorio particolarmente esteso, impone la necessità di decentrare funzioni, compiti e responsabilità a figure strategiche di riferimento per le attività che - direttamente o indirettamente - influenzano la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali;
- di dovere porre in essere quanto indicato nel Piano Attuativo Aziendale 2012 nel capitolo 13 "Qualità, Governo clinico e sicurezza dei pazienti", azione 4 "CUP, tempi di attesa: costituzione del Team Work, stesura linee guida e attivazione CUP aziendale completamente informatizzato";

Ritenuto e considerato quanto sopra

Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Amministrativo

Sentito il parere FAVOREVOLE del Direttore Sanitario

DELIBERA

1. Di prendere atto del documento "Linee di indirizzo per la gestione e il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nella ASP 1" che si allega al presente atto deliberativo;
2. Di costituire un gruppo di lavoro aziendale secondo quanto previsto nel predetto documento, alle pag. 18, 19 e 20 nella sezione "il teamwork aziendale";
3. Di notificare, a cura del Responsabile Aziendale per la Gestione dei Tempi di Attesa, il predetto documento a tutte le macrostrutture aziendali e ai costituenti il gruppo di lavoro di cui al punto precedente;
4. Di dare alla presente deliberazione efficacia immediatamente esecutiva.





IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Eugenio Bonanno

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Roberto Messina

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Alfredo Zambuto

Il Segretario Verbalizzante

Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi

Terrasi

PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto dichiara che la presente deliberazione, copia conforme all'originale, è stata pubblicata all'Albo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ai sensi e per gli effetti della L.R. N. 30/93, art. 53 comma 2, a decorrere dal _____ e fino al _____ e che durante tale periodo _____ pervenute opposizioni.

IL REFERENTE UFF. ATTI DELIBERATIVI

Collaboratore Amm.vo Prof.le

Sig.ra Sabrina Terrasi

L'Incaricato

Notificata al Collegio Sindacale il _____ Prot. N. _____

ESECUTIVA NON SOGGETTA A CONTROLLO	ESTREMI RISCONTRO TUTORIO
☐ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta ESECUTIVA Decorso il termine di giorni 10 dalla data di Pubblicazione, previsto dalla L.R. n. 30/93, art. 53, comma 6	Delibera trasmessa all'Assessorato Regionale Sanità in data _____ prot. N. _____ SI ATTESTA Che l'Assessorato Regionale Sanità, esaminata la presente deliberazione,
☒ Delibera non soggetta al Controllo ai sensi dell'art. 16 comma 1 della L.R. n. 5 del 14/4/2009 e divenuta IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA Ai sensi della L.R. N. 30/93 art. 53, comma 7.	☐ Ha pronunciato l'approvazione con atto N. _____ del _____ come da allegato. ☐ Ha pronunciato l'annullamento con atto N. _____ del _____ come da allegato.

IL REFERENTE E UFFICIO ATTI DELIBERATIVI

Collaboratore Amministrativo

Sig.ra Sabrina Terrasi

Terrasi

Linee di indirizzo per la gestione e il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali nella ASP 1

data di emissione	rev.	redazione	verifica	approvazione
31.12.2012	0	Dr. A. Cavaleri Responsabile Aziendale per l'informatizzazione del CUP e per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	Dr. E. Marchica Coordinatore Sanitario dell'Area Territoriale Dr. A. Seminerio Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG1 Dr. G. Migliazzo Coordinatore Sanitario Distretto Ospedaliero AG2	Dr. G. Amico Responsabile dello Staff Dr. A. Zambuto Direttore Sanitario

INDICE

INDICE	pag. 2
PREMESSA	pag. 3
NORMATIVA DI RIFERIMENTO	pag. 6
IL CONTESTO	pag. 8
DEFINIZIONE E OBIETTIVI	pag. 15
PIANO DELLE AZIONI	pag. 16
IL TEAMWORK AZIENDALE	pag. 18
COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELLE FIGURE PERIFERICHE DI RIFERIMENTO	pag. 21
RISULTATI ATTESI	pag. 22
FATTORI DETERMINANTI	pag. 23
CONTROLLO E MONITORAGGIO	pag. 24
INDICATORI	pag. 25

PREMESSA

Grazie a tecniche anestesilogiche innovative e metodiche chirurgiche minimamente invasive, la specialistica ambulatoriale è oggi sempre più spesso sede per l'effettuazione di procedure anche complesse.

A questa tendenza corrispondono una progressiva riduzione del numero e delle dimensioni delle strutture ospedaliere e un progressivo spostamento di risorse dalle strutture di ricovero verso le attività ambulatoriali, che sempre meno rappresentano un "accessorio" delle attività di ricovero.

Alla luce di queste considerazioni, appare evidente che l'assistenza specialistica ambulatoriale è il punto d'incontro più usuale del cittadino con le strutture sanitarie della ASP, in quanto attività rivolta a pazienti esterni, presso le strutture ospedaliere o territoriali, come consulenza specialistica al medico di medicina generale, svolta al fine di ottenere diagnosi e trattamenti per i quali non sia necessario il ricovero ospedaliero (ordinario o di day hospital).

Ai fini di una buona politica sanitaria, relativamente alla componente strutturale dei livelli elementari di assistenza, diventa pertanto strategica l'erogazione delle prestazioni entro i tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti, garantendone un accesso adeguato in relazione alle condizioni cliniche valutate dal medico responsabile.

Il tempo di attesa è il tempo che intercorre tra la richiesta di prestazione dell'utente e la possibilità di fruizione di essa. Esso può essere calcolato secondo due criteri di osservazione diversi:

- il criterio "**ex ante**", che esprime l'intervallo di tempo intercorrente tra la richiesta della prestazione (data di presentazione del paziente allo sportello) e la data proposta per la prenotazione;
- il criterio "**ex-post**", che esprime l'intervallo di tempo intercorso tra la data di richiesta dell'utente e la effettiva erogazione della prestazione.

Limitatamente al criterio "ex-ante", bisogna osservare che si configura come un tempo di garanzia, cioè un impegno preso dalla struttura erogante di esecuzione della prestazione nella data indicata; e che il paziente, per bisogni o necessità proprie, può anche non accettare (garanzia dei tempi di attesa).

La lista di attesa è l'elenco che esprime la numerosità della domanda registrata.

Le liste d'attesa rappresentano una caratteristica strutturale propria di Sistemi Sanitari che scelgono, per la loro natura universalistica e solidale, di non ricorrere al prezzo quale strumento di regolazione del rapporto tra domanda e offerta di servizi.

Nel contesto sanitario, l'attesa del paziente può caratterizzare diverse fasi della sua relazione con il medico e le strutture di diagnosi e cura: essa si riferisce all'intervallo temporale che intercorre tra l'identificazione di un problema di salute e la sua diagnosi e tra la diagnosi e l'eventuale trattamento.

Proprio per la loro natura strutturale e per la probabilità di influenzare il risultato clinico delle prestazioni sanitarie e le condizioni di vita dei cittadini, le liste d'attesa hanno acquisito un peso crescente nell'ambito dei Servizi sanitari, tanto da divenire una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Se le liste d'attesa rappresentano il luogo in cui trovano attuazione i valori etico - sociali su cui si fonda un Sistema Sanitario di tipo universalistico (equità di accesso, appropriatezza clinica e organizzativa), tempi d'attesa troppo lunghi possono minare le caratteristiche di equità e universalità del Sistema stesso e possono danneggiarne la gestione pubblica, incrementando il ricorso a strutture sanitarie private in grado di offrire le medesime prestazioni in tempi più brevi.

A fronte di un'utenza sempre più abituata a dare per scontato il servizio e ad attribuire alla puntualità e alla velocità dello stesso una notevole importanza, le liste d'attesa si pongono quale fattore critico per la struttura sanitaria, in termini di miglioramento della qualità del servizio e di customer satisfaction.

Non solo quindi una questione organizzativa, ma un problema percepito dagli utenti, i quali, di fronte alla difficoltà nel valutare le competenze tecnico-scientifiche degli operatori o l'efficacia dei trattamenti, possono preferire il riferirsi alla velocità del servizio quale indicatore di qualità relativamente alla prestazione ricevuta.

Appare tuttavia evidente come il principio della tutela della salute, correlato al principio di equità e a fronte di risorse limitate, non possa tradursi nella possibilità di esigere "tutte le prestazioni, nello stesso modo e negli stessi tempi".

A fronte di una crescente domanda di assistenza, l'esigenza è trovare un equilibrio (l'area di sovrapposizione) tra le dimensioni domanda di assistenza dei pazienti, effettivi bisogni di salute e offerta di servizi.



Questo equilibrio rappresenta concettualmente l'area dell'appropriatezza clinica, ossia l'ambito in cui una domanda di assistenza è riconosciuta come un bisogno assistenziale e incontra una coerente offerta di servizi (la prestazione).

Una domanda sanitaria elevata può non coincidere con i reali bisogni di assistenza, rappresentando piuttosto il riflesso di aspettative e desideri crescenti degli utenti, spesso inappropriati dal punto di vista clinico e legati ad un maggior livello di conoscenze dell'utente sanitario.

Studi di benchmarking dimostrano che agire sul lato dell'offerta, mediante l'incremento di risorse e delle prestazioni erogate, ha effetti solo di breve periodo, in quanto ad un aumento dell'offerta segue un corrispondente aumento della domanda; pertanto se si intendono attuare soluzioni in termini di appropriatezza degli interventi sanitari, è assolutamente necessaria la disponibilità di informazioni dettagliate, relativamente alle caratteristiche cliniche dei pazienti che accedono alle prestazioni (il loro effettivo bisogno assistenziale), in modo tale che gli interventi diretti al governo della domanda influenzino positivamente i comportamenti professionali e la responsabilizzazione dei cittadini ad un uso corretto e appropriato dei servizi sanitari.

Il nuovo assessment e la modernizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale richiedono l'avviamento di un processo che consenta la realizzazione di una serie di sistemi informatici e strumenti funzionali al governo e alla gestione delle procedure assistenziali.

Sulla scorta di quanto rilevato e sulla base degli obiettivi progettuali evidenziati dall'Assessorato nel Piano Sanitario Regionale "Piano della Salute" 2011-2013, con il decreto 30 dicembre 2010 "Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art. 11 del decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122", e con gli obiettivi 2012 delle Aziende Sanitarie Provinciali, in sintonia con quanto indicato nel Piano Attuativo Aziendale 2012-2104, l'ASP di Agrigento, intende sia sviluppare un sistema per l'integrazione e l'accessibilità ai propri servizi di prenotazione secondo le specifiche contenute nel presente documento, sia rispondere in maniera corretta ed adeguata al piano nazionale di contenimento delle liste di attesa in accordo con quanto espresso nel Piano Attuativo Aziendale nella linea progettuale specifica.

Al riguardo, tale impianto trova la sua piena concretizzazione nella realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione completamente informatizzato e nella produzione di linee di indirizzo per il monitoraggio e la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Per **Centro Unificato di Prenotazione (CUP)** si intende il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Tale sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Tra le numerose e variegate modalità di sistemi CUP esistenti, considerando tanto l'ambito territoriale di riferimento, quanto l'insieme delle risorse sanitarie gestite (sia in termini quantitativi: numerosità di prestazioni e agende; sia in termini qualitativi: tipologia di prestazioni e d'accesso, 1° e 2° livello), nonché il regime di erogazione (Servizio Sanitario Nazionale, intramoenia, ecc.), la soluzione progettuale più rispondente alle esigenze sembra essere quella del CUP Aziendale, inteso come Sistema CUP specifico di una singola ASP, caratterizzato dalla unicità dell'ambito di applicazione, anche se all'interno vi possono essere un numero considerevole di strutture erogatrici, punti di prenotazione,....

Obiettivo del CUP Aziendale è rendere possibile la prenotazione "allargata ed incrociata" di prestazioni presso varie tipologie di strutture (strutture pubbliche e private accreditate), per i diversi regimi di erogazione (prestazioni SSN, libera professione intramoenia e intramoenia allargata), e per le differenti modalità di accesso (ricovero ordinario, day hospital, specialistica ambulatoriale, ecc), anche se il punto rilevante e determinante del programma risiede nella prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In questo documento sono riportate delle linee di indirizzo per l'ottimizzazione del governo del sistema di prenotazione ed erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali ed per il conseguente monitoraggio dei tempi di attesa nella ASP 1

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Stante la sensibilità della problematica, l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura del paziente, è regolamentata da precise disposizioni legislative e linee di indirizzo che fanno essenzialmente riferimento alla documentazione di seguito riportata:

- D.A. 17 novembre 2009 “Programma regionale per l'ottimizzazione delle prestazioni ambulatoriali rese dalle strutture sanitarie pubbliche ospedaliere e territoriali”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana, parte I, n. 58 del 2009;
- D.A. 9 agosto 2010 “Aggiornamento delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera”;
- D.A. 12 agosto 2010 “Regolamento di gestione delle prescrizioni”;
- Protocollo di intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, concernente il Piano nazionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012;
- Nota del Ministero della Salute prot. n. 42754-P del 30 dicembre 2010 recante “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi d'attesa, come da Accordo Stato-Regioni 28 ottobre 2010 sul Piano nazionale di governo dei tempi d'attesa (PNGLA 2010-2012)”;
- D.A. n. 3254 del 30 dicembre 2010 “Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del Piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario 2007-2009, richiesta ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010, n.78, convertito nella legge 30 luglio 2010, n. 122”;
- “Linee guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi”, approvate il 20 aprile 2011 durante l'incontro fra rappresentanti del Ministero della salute, rappresentanti delle Regioni e rappresentanti AgeNaS;
- Documento del 28 aprile 2011 approvato dal Comitato LEA nella seduta del 25 febbraio 2011, recante “Aggiornamento delle linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa, di cui al punto 9 dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra Stato e Regioni sul PNGLA 2010-2012”;
- Decreto del Presidente della Regione n. 282/11 di approvazione del Piano sanitario della Regione Sicilia “Piano della salute” 2011-2013;
- Decreto Assessoriale n. 1220 del 30 giugno 2011, con il quale si approva il Piano regionale per il governo dei tempi d'attesa per il triennio 2011-2013 (PRGTA);
- Nota prot. n. DASOE/5/69284 del 23 agosto 2011, che chiede ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie (ASP, AO e AOUP) e ai rappresentanti legali degli ospedali Buccheri La Ferla, ISMETT, IRCSS, Fondazione Istituto S. Raffaele G. Giglio di nominare dei referenti aziendali per l'attuazione del PRGTA.

Tale produzione documentale rappresenta un presupposto fondamentale per la determinazione dei tempi massimi di attesa che attualmente sono così codificati:

Per le prestazioni da effettuarsi in regime ambulatoriale:

- U (urgente) da erogarsi entro 72 ore dalla richiesta;
- B (breve) da erogarsi entro 10 giorni dalla richiesta;
- D (differibile) da erogarsi entro 30 giorni dalla richiesta per le visite ambulatoriali ed entro 60 giorni per le prestazioni di diagnostica strumentale;
- P (programmabile) da erogarsi entro 180 giorni dalla richiesta.

Le prestazioni codificate come “urgenti”, a causa del rilevante impatto organizzativo, dovranno essere dettagliatamente motivate o documentate dai MMG o dai PLS o da altro medico richiedente.

Per le prestazioni da effettuarsi in regime di ricovero:

A: entro 30 giorni

B: entro 60 giorni

C: entro 180 giorni

D: entro 12 mesi

Il D.A. 17 novembre 2009, in particolare, ha individuato una serie di “prestazioni critiche” riportate nella tabella seguente oggetto di primaria attenzione le prestazioni critiche previste ed elencate di seguito; ma devono essere oggetto di attenzione tutte quelle prestazioni che di volta in volta dal riscontro ex-ante dovessero prefigurare situazioni di non congruità o di criticità relative al mancato ottenimento della prestazione entro lo standard temporale predefinito

Le prestazioni critiche sono rappresentate nella tabella di seguito riportata.

PRESTAZIONE	CODICE ICD9 - CM	CODICE NOMENCLATORE
RADIOLOGIA		
MAMMOGRAFIA (no screening)	87.37	87.37.1 – 87.37.2
TC senza e con MDC		
TORACE	87.41	87.41 – 87.41.1
ADDOME SUPERIORE	88.01	88.01.2 – 88.1.1
ADDOME INFERIORE	88.01	88.01.4 – 88.01.3
ADDOME COMPLETO	88.01	88.01.6 – 88.01.5
CAPO	87.03	87.03 – 87.03.1
RACHIDE E SPECO VERTEBRALE	88.38	88.38.2 – 88.38.1
BACINO	88.38	88.38.5
RISONANZA MAGNETICA		
CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	88.91	88.91.1 – 88.91.2
PELVI, ROSTATA E VESCICA	88.95	88.95.4 – 88.95.5
ECOGRAFIA		
ADDOME	88.74 – 88.75 – 88.76	88.74.1 – 88.75.1 – 88.76.1
MAMMELLA	88.73	88.73.2
CARDIACA (ecocolordoppler cardiaco)	88.72	88.72.3
ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	88.73	88.73.5
ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI	88.77	88.77.2
OSTETRICA - GINECOLOGICA	88.78 – 88.79	88.78 – 88.78.2
ESAMI SPECIALISTICI		
COLONSCOPIA (no screening)	45.23	45.23
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	45.24
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	45.13 – 45.16
ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	89.52
ELETTROCARDIOGRAMMA HOLTER	89.50	89.50
AUDIOMETRIA	95.41	95.41.1
SPIROMETRIA	89.37	89.37.1 – 89.37.2
FONDO OCULARE	95.1	95.09.1
VISITE SPECIALISTICHE		
VISITA ONCOLOGICA		89.7
VISITA CARDIOLOGICA	89.7	89.7
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7	89.7
VISITA NEUROLOGICA	89.7	89.13
VISITA GINECOLOGICA	V72.3	89.26
VISITA DERMATOLOGICA	89.7	89.7
VISITA OCULISTICA	95.0	95.02
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7	89.7
VISITA ORTOPEDICA	89.7	89.7
VISITA UROLOGICA	89.7	89.7

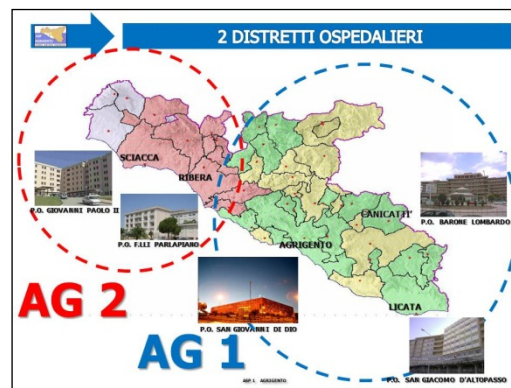
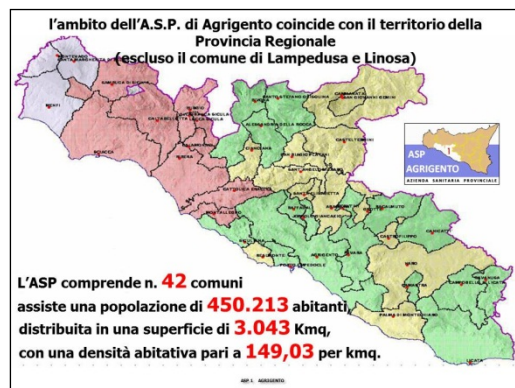
IL CONTESTO

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, istituita con Legge Regionale 14 aprile 2009 n.5, è divenuta operativa il 1° settembre 2009, con la contestuale soppressione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 1 e delle Aziende Ospedaliere "S. Giovanni di Dio" di Agrigento e "OCR" di Sciacca.

Essa comprende 42 comuni, situati nella parte centro meridionale della Sicilia, ed assiste una popolazione complessiva di 450.213 abitanti, distribuita in una superficie di 3.043 Km^q, con una densità abitativa pari a 147,95 per Km^q.

L'ambito territoriale, coincide per larga parte con la Provincia Regionale (ne resta escluso il Comune di Lampedusa e Linosa), ed è caratterizzato da una zona costiera, pianeggiante, e dall'entroterra, in parte collinare ed in parte montuoso. La zona costiera risulta ben collegata dalla rete stradale; mentre quella montana, in ragione delle peculiari caratteristiche geomorfologiche ed orografiche del territorio, si connota, per lo più, per la precarietà dei collegamenti viari (stradali e/o ferroviari) per gran parte, obsoleti, tortuosi, e talora sconnessi e fatiscenti che rendono assai problematico il celere spostamento degli abitanti verso i centri dove insistono i Presidi Ospedalieri.

L'A.S.P. di Agrigento, come da Decreto Presidenziale 22 settembre 2009 "Definizione dei distretti sanitari della Regione ai sensi dell'art. 12 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5", è articolata in 7 distretti sanitari di base e 2 distretti ospedalieri come rappresentato nelle figure seguenti



Nei 7 distretti, in atto, operano:

- n. 43 punti di guardia medica festiva, prefestiva e notturna;
- n. 20 Consultori Familiari pubblici e n. 2 Consultori privati convenzionati;
- n. 5 SERT;
- n. 23 poliambulatori (per gran parte di tipo "spoke");
- n. 215 strutture e professionisti accreditati e/o con contratti per la erogazione di prestazioni specialistiche;
- n. 3 stabilimenti termali accreditati;
- n. 9 centri di emodialisi accreditati;
- n. 3 RSA (di cui 1 pubblica e 2 private convenzionate);

- n. 1 CTA in convenzione;
- n. 8 Centri che erogano prestazioni di riabilitazione (art.26 della legge 833/78);
- n. 2 PTE;
- n. 2 case di cura private convenzionate;
- n. 18 postazioni del "Servizio di emergenza sanitaria regionale S.U.E.S. – 118": n°4 MSA (con Medico ed infermiere), n°5 MSA (con Infermiere a bordo) n°9 MSB (senza medico ed infermiere);
- n. 376 medici di assistenza primaria;
- n. 61 pediatri di libera scelta.

Di seguito vengono riportate una serie di tabelle riepilogative, indicanti l'elenco delle strutture poliambulatoriali della ASP, distinte nelle loro diverse allocazioni nei Distretti Ospedalieri e nei Distretti Sanitari di Base. Le branche specialistiche indicate per ogni singola struttura vanno considerate "in fieri", stante il continuo divenire delle prestazioni offerte.

DISTRETTO	cod. STS11	denominazione struttura
Distretto Ospedaliero AG1	600104	Poliambulatorio P.O. "Barone Lombardo"
	600109	Poliambulatorio P.O. "San Giacomo d'Altopasso"
	600130	Poliambulatorio P.O. "San Giovanni di Dio"
Distretto Ospedaliero AG2	600118	Poliambulatorio P.O. "F.Ili Parlapiano"
	600131	Poliambulatorio P.O. "Giovanni Paolo II"
Distretto Sanitario di Base di Agrigento	600101	Poliambulatorio di Agrigento
	600108	Poliambulatorio di Favara
	600115	Poliambulatorio di Porto Empedocle
Distretto Sanitario di Base di Bivona	600102	Poliambulatorio di Bivona
	600102	Poliambulatorio di Cianciana (in capo al Poliambulatorio di Bivona)
	600102	Poliambulatorio di San Biagio Platani (in capo al Poliambulatorio di Bivona)
Distretto Sanitario di Base di Canicattì	600105	Poliambulatorio di Canicattì
	600113	Poliambulatorio di Naro
	600126	Poliambulatorio di Racalmuto
	600116	Poliambulatorio di Ravanusa
Distretto Sanitario di Base di Casteltermeni	600106	Poliambulatorio di Casteltermeni
	600121	Poliambulatorio di Cammarata
Distretto Sanitario di Base di Licata	600110	Poliambulatorio di Licata
	600114	Poliambulatorio di Palma di Montechiaro
Distretto Sanitario di Base di Ribera	600107	Poliambulatorio di Cattolica Eraclea
	600118	Poliambulatorio di Ribera
	600127	Poliambulatorio di Burgio
Distretto Sanitario di Base di Sciacca	600103	Poliambulatorio di Caltabellotta
	600111	Poliambulatorio di Menfi
	600112	Poliambulatorio di Montevago
	600120	Poliambulatorio di Sambuca di Sicilia
	600122	Poliambulatorio di S. Margherita Belice
	600123	Poliambulatorio di Sciacca

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI AGRIGENTO			
BRANCA SPECIALISTICA	AGRIGENTO	P.TO EMPEDOCLE	FAVARA
	O = presente	O = presente	O = presente
Anestesiologia	O		
Angiologia	O	O	
Cardiologia	O	O	O
Chirurgia vascolare	O		
Dermatologia	O	O	
Diabetologia	O	O	O
Endocrinologia	O	O	
Fisiatria	O		
Ginecologia	O	O	
Medicina Interna	O	O	O
Medicina dello sport	O		
Medicina Legale	O		O
Nefrologia	O		
Neurologia	O	O	
Odontoiatria	O	O	O
Oftalmologia	O	O	
Oncologia	O		
Ortopedia	O	O	O
Otorinolaringoiatria	O	O	O
Patologia clinica (*)	O	O	O
Pneumologia	O	O	O
Radiologia	O		
Reumatologia	O	O	O
Urologia	O	O	

(*) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati attivati:

- n. 1 laboratorio centrale -tipo "CA" presso il Presidio Ospedaliero "San Giovanni di Dio" di Agrigento;
- n. 2 punti prelievo "PP" presso i poliambulatori di Agrigento e Favara, entrambi collegati in rete con il "CA"

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI BIVONA			
BRANCA SPECIALISTICA	BIVONA	CIANCIANA	S. BIAGIO PLATANI
	O = presente	O = presente	O = presente
Angiologia	O		
Cardiologia	O	O	O
Chirurgia	O		
Dermatologia	O		
Fisiatria	O		
Medicina Interna	(*)		
Neurologia	O		
Odontoiatria	O		
Oftalmologia	O		
Oncologia	O		
Ortopedia	O	O	O
Otorinolaringoiatria	O		
Patologia clinica (**)	O		
Pediatria	(*)		
Pneumologia	O		
Radiologia / Ecografia	O		
Urologia	O		

(*) Sono erogate prestazioni specialistiche di Medicina Interna e Pediatria ad opera di dirigenti medici specialisti del luogo.

(**) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", è stato istituito:

- n. 1 laboratorio tipo "P+A" presso il Poliambulatorio di Bivona (Punto prelievo con "POCT": laboratorio ad attività analitica limitata ad un numero ristretto di esami che, di norma, corrispondono agli esami di tipo B del nomenclatore tariffario regionale). Il laboratorio opera in genere solo a supporto delle urgenze; per il resto fa riferimento al laboratorio "CA".

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI CANICATTI'				
BRANCA SPECIALISTICA	CANICATTI'	NARO	RACALMUTO	RAVANUSA
	O = presente	O = presente	O = presente	O = presente
Allergologia	O			
Angiologia	O			
Audiologia (*)	O			
Cardiologia	O	O	O	O
Cardiologia (*)	O			
Chirurgia	O	O		
Dermatologia	O			
Endocrinologia	O		O	
Neurologia	O			
Odontoiatria	O			
Oftalmologia	O			O
Oncologia	O			
Ortopedia	O	O	O	O
Otorinolaringoiatria	O	O	O	O
Patologia clinica (**)	O			
Pneumologia	O			
Radiologia (***)	O			
Reumatologia	O			
Urologia	O		O	

(*) Branca attiva con Specialista dipendente o con Medico della Medicina dei Servizi.

(**) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati individuati:

- n. 1 laboratorio tipo "P+A" presso il Presidio Ospedaliero "Barone Lombardo" di Canicattì;
- n. 1 punto prelievo "PP" presso il poliambulatorio di Canicattì.

(***) Branca attiva solo per prestazioni ecografiche; quelle radiologiche non vengono eseguite per mancanza delle attrezzature occorrenti.

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI CASTELTERMINI		
BRANCA SPECIALISTICA	CASTELTERMINI	CAMMARATA
	O = presente	O = presente
Cardiologia	O	O
Chirurgia	O	O
Dermatologia	O	
Diabetologia	O	O
Endocrinologia	O	O
Geriatria	O	O
Odontoiatria	O	
Oftalmologia	O	
Ortopedia	O	O
Otorinolaringoiatria	O	
Patologia clinica (*)	O	O
Pneumologia	O	O
Radiologia		O
Reumatologia	O	
Urologia	O	O

(*) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati attivati:

- n. 1 punto prelievo "PP" presso il Poliambulatorio di Casteltermini;
- n. 2 punti prelievo "PP" presso il PTE e il Poliambulatorio di Cammarata.

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI LICATA		
BRANCA SPECIALISTICA	LICATA	PALMA DI MONTECHIARO
	O = presente	O = presente
Angiologia	O	
Cardiologia	O	O
Chirurgia	O	O
Dermatologia	O	O
Diabetologia	O	O
Endocrinologia	O	
Geriatria	O	
Medicina dello sport	O	
Neurologia	O	O
Odontoiatria	O	
Oftalmologia	O	
Oncologia	O	
Ortopedia	O	O
Otorinolaringoiatria	O	O
Patologia clinica (*)	O	O
Pediatria	O	
Radiologia		O
Reumatologia	O	O
Urologia	O	O

(*) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati attivati:

- n. 1 laboratorio tipo "P+A" presso il P.O. "San Giacomo d'Altopasso" di Licata;
- n. 1 punto prelievo "PP" presso il Poliambulatorio di Palma di Montechiaro.

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI RIBERA			
BRANCA SPECIALISTICA	RIBERA	BURGIO	CATTOLICA ERACLEA
	O = presente	O = presente	O = presente
Angiologia	O		
Audiologia	O		
Cardiologia	O		
Dermatologia	O		
Endocrinologia	O		
Geriatria	O	O	O
Ginecologia	O		
Medicina dello sport	O		
Neurologia	O		
Oftalmologia	O		
Oncologia	O		O
Ortopedia	O		
Otorinolaringoiatria	O		
Patologia clinica (*)	O		
Reumatologia	O	O	O
Urologia	O		

(*) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati attivati:

- n. 1 laboratorio tipo "P+A" presso il P.O. "F.lli Parlapiano" di Ribera;
- n. 1 punto prelievo "PP" presso il Poliambulatorio di Ribera.

BRANCA SPECIALISTICA	POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO SANITARIO DI BASE DI SCIACCA					
	SCIACCA	SAMBUCA di SICILIA	S. MARGHERITA BELICE	MONTEVAGO	CALTABELLOTTA	MENFI
	O = presente	O = presente	O = presente	O = presente	O = presente	O = presente
Cardiologia	O		O		O	O
Chirurgia	O	O			O	
Dermatologia	O	O	O		O	O
Endocrinologia	O	O				
Geriatria	O					
Ginecologia	O					
Medicina dello sport						O
Neurologia	O					
Odontoiatria	O					
Oftalmologia	O			O		
Ortopedia	O		O			
Otorinolaringoiatria	O	O		O		O
Patologia clinica (*)	O					
Radiologia (**)	O					O
Urologia	O	O	O		O	

(*) Secondariamente ai DD.AA. n.62 del 16 gennaio 2009 e 12 giugno 2009, con l'adozione del "Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio", sono stati individuati:

- n. 1 laboratorio tipo "P+A" presso il Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Sciacca;
- n. 1 punto prelievo "PP" presso il poliambulatorio di Menfi.

(**) Gli esami vengono effettuati presso il Presidio Ospedaliero "Giovanni Paolo II" di Sciacca e presso il PTE di Menfi

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO OSPEDALIERO AG1			
BRANCHE SPECIALISTICHE	AGRIGENTO	CANICATTI'	LICATA
	O = presente	O = presente	O = presente
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	O		
CARDIOLOGIA	O	O	O
CHIRURGIA GENERALE	O	O	O
CHIRURGIA VASCOLARE			O
CLINICA DEL DOLORE	O		
EMODINAMICA	O		
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	O	O	
MEDICINA INTERNA	O	O	O
MEDICINA NUCLEARE	O		
MEDICINA RIABILITATIVA	O	O	
MEDICINA TRASFUSIONALE	O	O	
NEFROLOGIA	O		
NEUROLOGIA	O	O	
OFTALMOLOGIA	O		
ONCOLOGIA	O	O	
ORTOPEDIA	O		O
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	O	O	O
OTORINOLARINGOIATRIA	O		O
PATOLOGIA CLINICA	O	O	O
PEDIATRIA	O	O	O
RADIOLOGIA	O	O	O
TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	O		
THALASSEMIA	O		
UROLOGIA	O		

POLIAMBULATORI DEL DISTRETTO OSPEDALIERO AG2		
BRANCHE SPECIALISTICHE	SCIACCA	RIBERA
	O = presente	O = presente
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	O	
CARDIOLOGIA	O	
CHIRURGIA GENERALE	O	O
ENDOSCOPIA DIGESTIVA	O	
MEDICINA INTERNA	O	O
MEDICINA RIABILITATIVA	O	O
MEDICINA TRASFUSIONALE	O	
NEFROLOGIA	O	
NEUROLOGIA	O	
OFTALMOLOGIA	O	
ONCOLOGIA	O	
ORTOPEDIA	O	
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	O	
PATOLOGIA CLINICA	O	O
PEDIATRIA	O	
RADIOLOGIA	O	O
UROLOGIA	O	

Alla data di stesura del presente documento non esistono regolamenti, procedure o linee di indirizzo aziendali per il monitoraggio dei tempi di attesa.

Il riscontro di essi viene effettuato sulla scorta dei dati desunti ed organizzati secondo criteri non codificati, assolutamente difformi e personalizzati da dipendenti non bene identificati che “storicamente” si sono occupati della problematica; il sistema delle prenotazioni, peraltro, per larga parte ancora cartaceo o informatizzato tramite un software desueto e poco affidabile (o in ogni caso poco maneggevole) non permette l'estrazione “filtrata” dei dati di volta in volta utili per il governo dei tempi di attesa e per la realizzazione dei flussi istituzionali di governo.

Da ciò la necessità di provvedere alla realizzazione di un sistema che permetta un rapido ed efficace superamento delle criticità riscontrate, allineando le funzioni le nuove necessità aziendali.

DEFINIZIONE E OBIETTIVI

Il contesto rappresentato nel precedente paragrafo, non risponde alle moderne necessità aziendali di una ordinata composizione dei dati in un sistema integrato di rete che permetta non solo una agevole gestione dei flussi ed un controllo accurato per l'individuazione degli scostamenti, ma anche la programmazione di eventuali azioni correttive da intraprendere.

Si è reso pertanto necessario da parte della Direzione Strategica, mettere mano a 2 nodi fondamentali del problema:

- L'informatizzazione dei processi di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali e del monitoraggio dei tempi di attesa su base aziendale, in un sistema integrato di gestione in rete;
- L'individuazione di organismi, processi e procedure per il controllo continuo di tali processi.

E' stato pertanto dato mandato ad una società di informatizzazione dei servizi sanitari per la produzione e la progressiva implementazione del software di informatizzazione del CUP Aziendale, secondo un cronoprogramma che ha portato alla piena attivazione del CUP entro il 31 dicembre 2012.

In tutt'uno, pertanto, gli obiettivi specifici che si intendono realizzare possono essere così sintetizzati:

- Istituzione del CUP Aziendale Unico e completamente informatizzato, che preveda singole postazioni di prenotazione completamente inserite in un sistema di rete;
- Unificazione dei processi e delle procedure di accettazione delle prenotazioni e della reportistica di monitoraggio;
- Completa informatizzazione del sistema di prenotazione e di monitoraggio (ex-ante ed ex-post) delle prestazioni ambulatoriali;
- Istituzione di un organismo strategico di programmazione e controllo (Teamwork Aziendale per il Monitoraggio dei Tempi di Attesa, TAMTA) per la verifica periodica delle performance ambulatoriali in termini di volume di prestazioni, tempi di attesa, qualità delle prestazioni e per la pianificazione e l'attuazione di appositi piani di miglioramento per la risoluzione di eventuali criticità rilevate.

PIANO DELLE AZIONI

Il piano delle azioni prevede una articolazione di step diversi e consequenziali:

1. Ricognizione ed analisi della normativa nazionale, regionale e aziendale in materia di liste d'attesa

Come già specificato nel paragrafo "normativa di riferimento" (vedi).

2. Analisi del contesto (in termini di risorse strutturali, umane ed economiche) e della letteratura esistente

Quello delle liste d'attesa è un tema tecnicamente definibile come complesso; pertanto, per una sua interpretazione e per la formulazione di giudizio non ci si può esimere dall'esplicitare il campo semantico, il contesto socioculturale e il sistema dei valori di riferimento.

Appare ovvio che è assolutamente necessaria la conoscenza delle risorse disponibili, sia in termini di strutture, personale e fondi economici spendibili per una corretta ricollocazione dei servizi.

3. Progressiva informatizzazione delle strutture poliambulatoriali con piena attuazione del CUP Aziendale con software unico e dedicato

Tale azione deve essere raccordata ai risultati attesi (vedi specifico), secondo un cronoprogramma ben specificato che prevede:

- A. La pianificazione e programmazione del software contestualizzata alle peculiari potenzialità e/o esigenze dei singoli punti di erogazione;
- B. La visione e valutazione del software in fase di programmazione, per la definizione di eventuali modifiche ed aggiustamenti in corso d'opera;
- C. Il caricamento dei dati necessari all'avvio (tipologia delle prestazioni erogate, elenco degli specialisti, agende di prenotazione....);
- D. La formazione iniziale (di startup) ed aggiornamento periodico di tutti gli operatori coinvolti;
- E. La formazione avanzata di altri operatori, preventivamente individuati, per le operazioni di backoffice (apertura e chiusura delle agende di prenotazione, piccole modifiche e manutenzione del programma....);
- F. L'avviamento progressivo dei sistemi nelle strutture sanitarie, secondo un cronoprogramma di massima che preveda il coinvolgimento:
 - Delle strutture poliambulatoriali interne
 - Delle strutture poliambulatoriali esterne accreditate
- G. La progressiva implementazione delle strutture informatizzate con il Call-Center Aziendale, secondo permessi e limitazioni da codificare in corso d'opera.

Per ciò che concerne la informatizzazione degli ambulatori accreditati, pur essendo prevista una codifica ed una tempistica genericamente definita, si sottolinea come essa sia fortemente condizionata da una serie di fattori che si riportano di seguito:

- accertamento della compatibilità degli standard già esistenti nelle diverse strutture;
- autorizzazione regionale ad estendere la anagrafica dei pazienti;
- stipula di apposite intese di collaborazione.

4. Costituzione di un Teamwork (gruppo di lavoro) Aziendale per il Monitoraggio dei Tempi di Attesa (TAMTA)

Tale gruppo di lavoro, appare necessario per il controllo decentrato delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa e per la pianificazione ed attuazione di eventuali piani di miglioramento a seguito del riscontro di criticità.

La sua presenza è pertanto strategica nei confronti della corretta attuazione del progetto, essendo caratterizzato da una composizione di figure professionali altamente efficaci e competenti, seppur diverse e da una attribuzione di funzioni e responsabilità specifiche, meglio identificate nel paragrafo successivo, appositamente dedicato

5. Interviste con operatori ed interlocutori locali a diverso titolo coinvolti nel progetto; programmazione di audit organizzativi

Il coinvolgimento del personale (amministrativo, sanitario, in rappresentanza di Associazioni di diritto o in vario modo operanti nel sociale...) appare strategico, allo scopo di rilevare le opinioni e le percezioni degli stessi sulla problematica dei tempi d'attesa; soprattutto per la individuazione di criticità, difficoltà e di impedimenti che possono determinare delle derive negative nei confronti della attuazione del progetto.

La pianificazione di audit organizzativi secondari alla analisi dei dati raccolti, è da considerarsi il sistema più efficace per ciò che concerne la valutazione e la risoluzione dei problemi emersi.

6. Individuazione di appositi indicatori per la valutazione e il monitoraggio dei processi

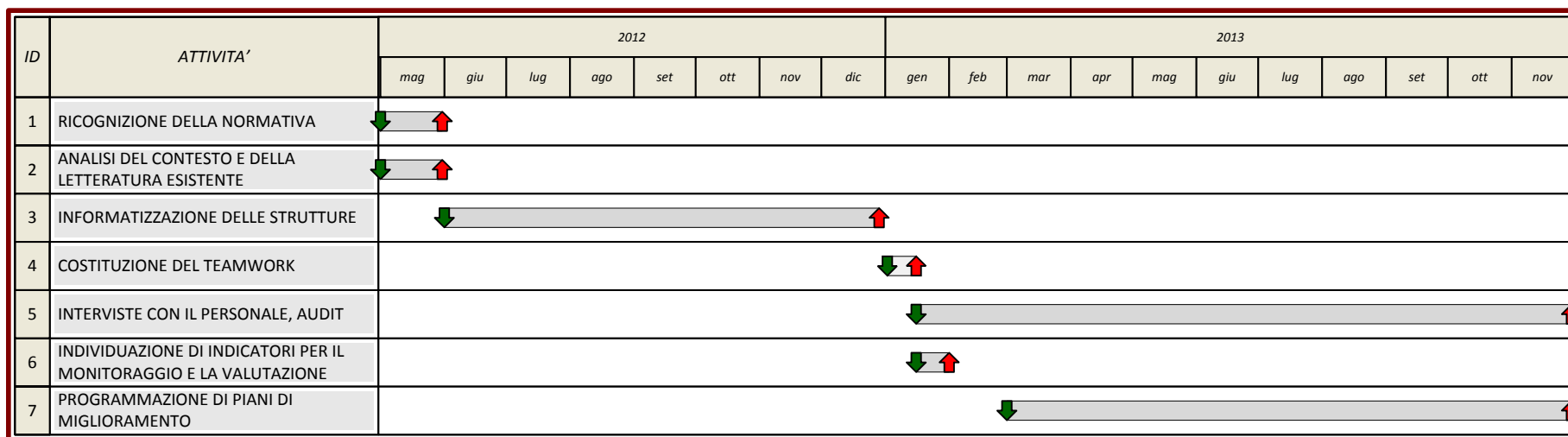
Ciò che distingue una valutazione da una semplice raccolta di informazioni più o meno strutturata e significativa è il tentativo di formulare un giudizio sull'oggetto d'analisi, affinché quest'ultima non risulti fine a se stessa ma strumentale e orientativa rispetto alle esigenze decisionali della Direzione Strategica.

Per potere effettuare tale valutazione è indispensabile predisporre una serie di indicatori validi, accurati riproducibili e riconosciuti.

7. Programmazione di appositi piani di miglioramento sulla scorta delle indicazioni dei dati

La valutazione attraverso gli indicatori deve rappresentare il momento di avvio di politiche atte al superamento di eventuali criticità emerse, se è vero – come è vero - che “misurare senza cambiare è uno spreco. Cambiare senza misurare è sconsiderato” (Berwick).

Si riporta di seguito il diagramma di Gantt, in rappresentazione dei tempi di attuazione del programma



IL TEAMWORK AZIENDALE

Stante la articolazione della ASP, che prevede la presenza di numerose strutture eroganti prestazioni specialistiche ambulatoriali dislocate peraltro in un territorio particolarmente esteso, si è avvertita la necessità di decentrare funzioni, compiti e responsabilità con la costituzione di un teamwork (gruppo di lavoro) che racchiudesse in sé le figure strategiche di riferimento per tutti i fattori che – direttamente o indirettamente – intervengono nel complesso dei processi previsti per il buon funzionamento dei meccanismi di prenotazione e di erogazione delle prestazioni ambulatoriali; prioritariamente, la stesura e la pubblicizzazione e l'aggiornamento di un documento normativo a tutela dell'Utente e dell'Azienda (Regolamento Aziendale del CUP).

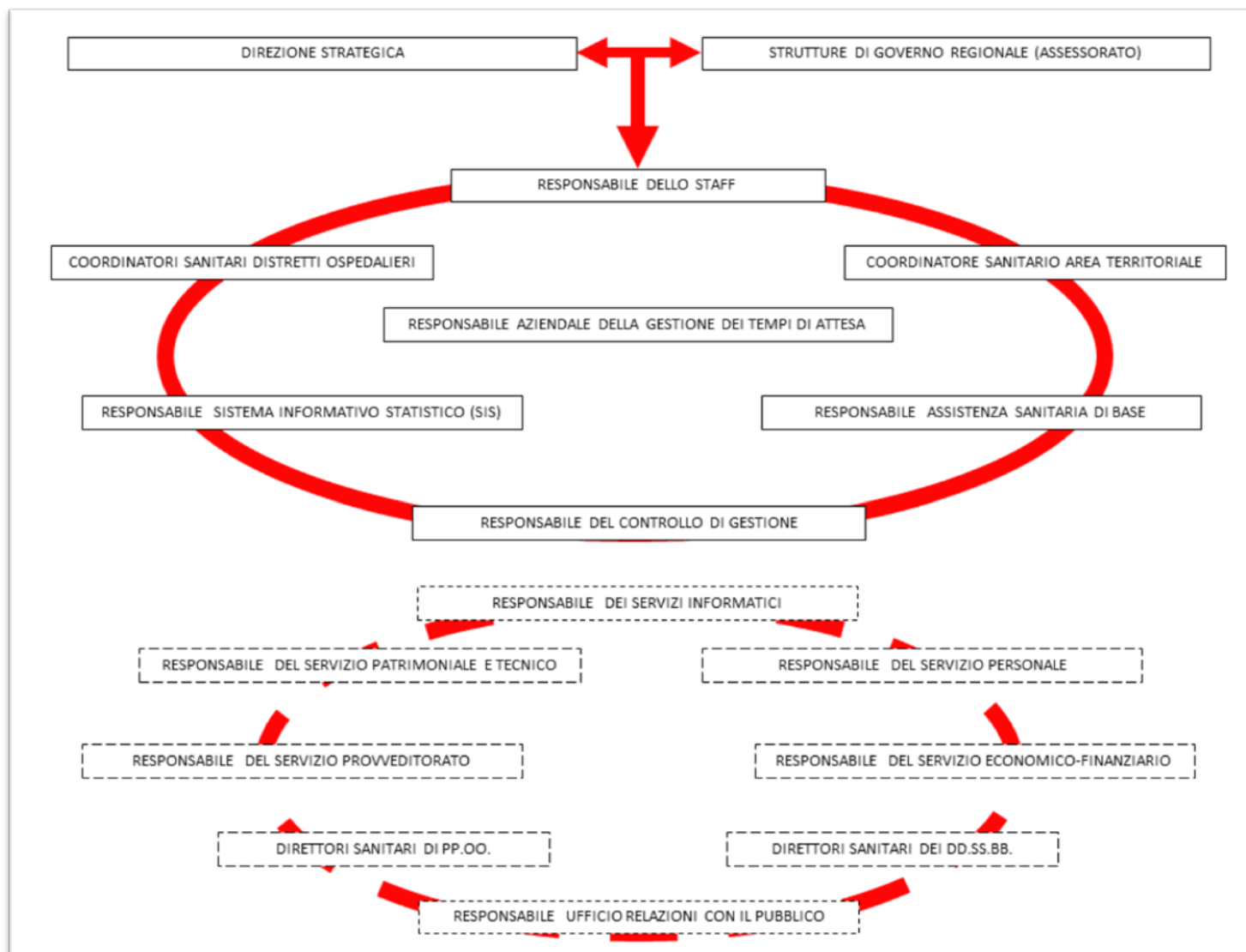
Per il corretto funzionamento di tale organismo, è consigliabile che esso si riunisca con una periodicità almeno mensile

Le figure previste sono riportate nella tabella seguente, correlate ognuna alle responsabilità individuate, nell'ottica complessiva di ottimizzare i processi secondariamente al contesto locale in termini di strutture, volume di prestazioni, risorse umane e strumentali disponibili; e di pianificare e rappresentare ai vertici aziendali soluzioni alle criticità riscontrate.

FIGURE COMPONENTI IL TEAMWORK AZIENDALE	MATRICI DI RESPONSABILITA'
RESPONSABILE DEL SERVIZIO INFORMATIVO STATISTICO	Produzione, verifica ed elaborazione dei dati relativi alla attività specialistica ambulatoriale sulla scorta dei flussi di governo generati dal sistema informatico
RESPONSABILE DELLO STAFF	Analisi e valutazione critica dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Individuazione di politiche aziendali per la risoluzione di eventuali criticità riscontrate Pianificazione di interventi correttivi o migliorativi con i Responsabili delle strutture sanitarie aziendali coordinate
RESPONSABILE DEL CONTROLLO DI GESTIONE	
RESPONSABILE ASSISTENZA SANITARIA DI BASE	
COORDINATORE SANITARIO DELL'AREA TERRITORIALE	
COORDINATORI SANITARI DEI DISTRETTI OSPEDALIERI	
RESPONSABILE AZIENDALE DEI TEMPI DI ATTESA DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	Coordinamento dei componenti il teamwork aziendale Coordinamento con le strutture di controllo aziendali e regionali
FIGURE DI SUPPORTO AL TEAMWORK AZIENDALE	FUNZIONI
RESPONSABILE DEI SERVIZI INFORMATICI	Supporto per tutti gli aspetti tecnici inerenti le apparecchiature hardware, il funzionamento e l'aggiornamento del software e il buon funzionamento della rete informatica
DIRETTORI SANITARI DEI PRESIDII OSPEDALIERI	Analisi e valutazione critica dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Ottimizzazione delle risorse umane e strumentali dei CUP Ottimizzazione delle risorse umane e strumentali delle strutture poliambulatoriali
DIRETTORI SANITARI DEI DISTRETTI SANITARI DI BASE	Analisi e valutazione critica dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali Ottimizzazione delle risorse umane e strumentali dei CUP Ottimizzazione delle risorse umane e strumentali delle strutture poliambulatoriali
RESPONSABILE DEL SERVIZIO PATRIMONIALE E TECNICO	Supporto per tutti gli aspetti logistici inerenti interventi tecnici o sul patrimonio
RESPONSABILE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO	Supporto per tutti gli aspetti logistici inerenti la fornitura di strumenti, arredi o apparecchiature
RESPONSABILE DEL SERVIZIO PERSONALE	Supporto per tutti gli aspetti logistici inerenti la gestione del personale
RESPONSABILE DEI SERVIZI ECONOMICO-FINANZIARIO	Supporto per tutti gli aspetti amministrativi e contabili
RESPONSABILE UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Supporto per tutti gli aspetti relativi alla comunicazione esterna

Di seguito sono rappresentati in modo schematico l'organigramma e il funzionigramma del teamwork (fig. 1).

Fig. 1 – organigramma e funzionigramma del teamwork per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali specialistiche



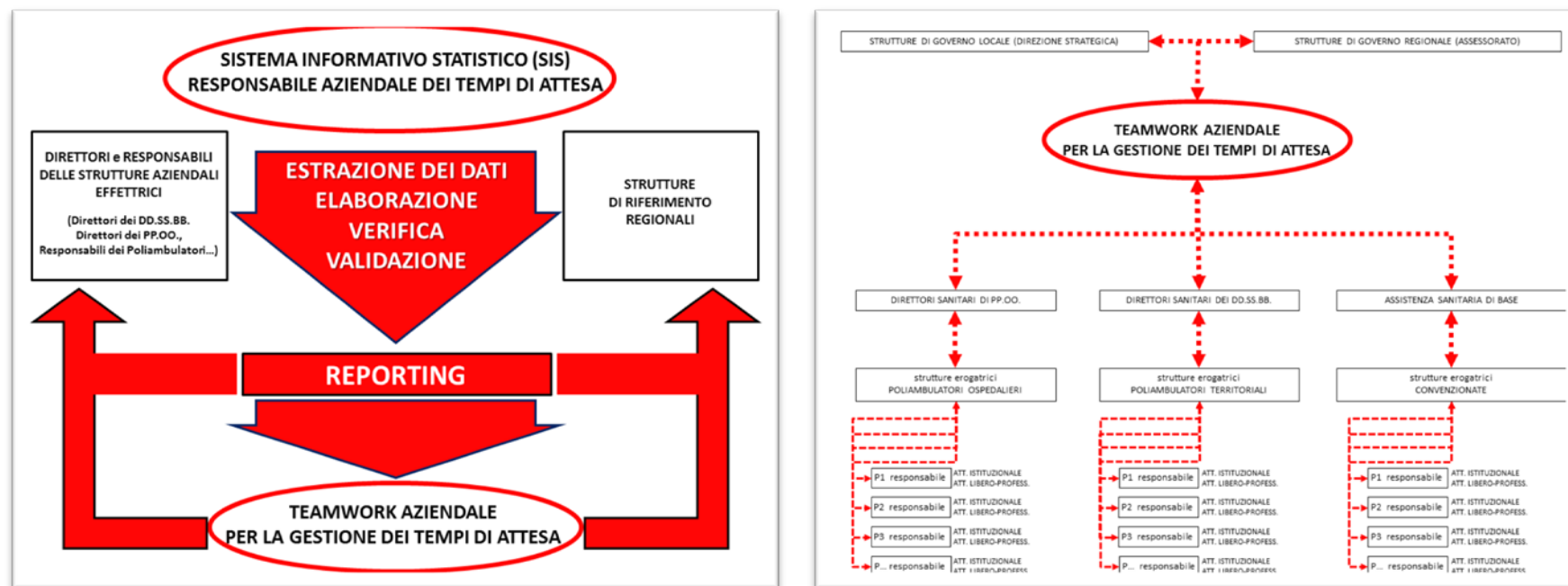
Funzione prioritaria del teamwork è pertanto quella di garantire la corretta erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali con una serie di attività e di proposte operative che si fondano prioritariamente non solo sull’attento monitoraggio dei tempi di attesa, sulla analisi e validazione dei dati, nonché sulla corretta trasmissione dei flussi; ma anche – grazie ad una stretta collaborazione con il Controllo di Gestione – sulla evidenziazione e sulla analisi di eventuali situazioni di criticità per favorire l’adozione di politiche locali che ne permettano, nei limiti del possibile, la correzione, e valorizzare a livello delle strutture regionali di riferimento la valutazione dell’operato aziendale.

A questo scopo, il teamwork ha necessità di avvalersi di una serie di dati che rappresentano il substrato sostanziale su cui fondare le politiche operative.

“Di Dio ci fidiamo. Tutti gli altri portino dati”. Questo aforisma di Walter Deming sottolinea l’importanza di avere dati quanto più oggettivi possibili e rapportati a standard di riferimento: solo allora i numeri diventano informazioni, un indicatori, misure, indici importantissimi e determinanti capaci di modificare la probabilità delle decisioni.

Sarà pertanto lo stesso teamwork ad individuare i dati e gli indicatori ritenuti appropriati e necessari per un corretto controllo dei processi. Tali dati dovranno essere disponibili “online” attraverso un sistema gestionale con accessi selettivi e predeterminati; il flusso di essi (schematicamente rappresentato nelle fig. 2) è bidirezionale e quasi circolare, permettendo una ampia disponibilità e diffusione di essi. Non è da escludere, ma anzi auspicabile che tale flusso avvenga attraverso i circuiti del web.

fig. 2 – path dei flussi dei dati per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali



COMPETENZE E RESPONSABILITA' DELLE FIGURE PERIFERICHE DI RIFERIMENTO

Appare assolutamente prioritario, nell'ottica di un corretto funzionamento dei processi assistenziali e burocratici che stanno alla base del governo della erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e del monitoraggio dei relativi tempi di attesa, stabilire competenze e responsabilità ("chi fa che cosa, come e quando"), articolate per singolo operatore coinvolto nella produzione degli esiti. Esse sono pertanto rappresentate nella tabella seguente in modo schematico, volendo semplicemente riprodurre un suggerimento, una traccia, un indirizzo dal quale ogni addetto può discostarsi con atto proprio formalmente notificato ed autorizzato dal Responsabile del Poliambulatorio o dall'immediato superiore gerarchico, ai fini della ottimizzazione del servizio e dell'adeguamento al set logistico ed organizzativo locale.

tab.1 - Competenze e responsabilità degli operatori coinvolti nella erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e del monitoraggio dei tempi di attesa

OPERATORE	COMPETENZE E RESPONSABILITA'
RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO	COORDINA LE ATTIVITA' SANITARIE E TECNICHE RELATIVE ALLA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI • Si interfaccia con il Direttore del Distretto Sanitario di Base • Assicura tutti i processi sanitari per la erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali • Analizza i dati provenienti dalle strutture centrali di riferimento (teamwork aziendale, responsabile dei tempi di attesa, sistema informativo statistico) • Provvede alla corretta segnalazione delle sospensioni delle attività o di eventuali criticità nel corretto funzionamento dei processi assistenziali • Individua il Responsabile dello sportello prenotazioni tra gli operatori addetti alle prenotazioni • Individua il Responsabile di cassa • Laddove non individuati, ricoprire il ruolo di Responsabile dello sportello prenotazioni e Responsabile di cassa
MEDICO SPECIALISTA	EROGA LE PRESTAZIONI SANITARIE • All'inizio del turno di lavoro ritira presso lo sportello il foglio di lavoro che dovrà restituire a fine turno, debitamente aggiornato con le prestazioni effettivamente rese (notificando quindi eventuali pazienti che non si sono presentati all'appuntamento) e controfirmato
INFERMIERE	COADIUVA IL MEDICO DURANTE LA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE • Ordina il flusso dei pazienti prenotati
RESPONSABILE DELLO SPORTELLLO PRENOTAZIONI	SOVRAINTENDE ALLE OPERAZIONI CHE SI ESEGUONO ALLO SPORTELLLO PRENOTAZIONI • Coordina gli operatori • Risolve laddove possibile piccole criticità tecniche relative alla gestione dell'hardware e del software
OPERATORE ADDETTO ALLE PRENOTAZIONI	• Effettua le prenotazioni attraverso il software dedicato • Laddove non è previsto un responsabile di cassa, riscuote le somme relative al pagamento dei ticket • A fine turno, contabilizza le somme incassate trasferendole al Responsabile di cassa, se individuato
RESPONSABILE DI CASSA	• Sovrintende a tutte le operazioni relative ai pagamenti e agli incassi, compresa la centralizzazione degli incassi (accreditamento delle somme presso l'istituto bancario competente) • Controlla e custodisce il contante nelle apposite casseforti presenti nei poliambulatori
RESPONSABILE DELL'ACCREDITAMENTO DEGLI INCASSI	CENTRALIZZA A SCADENZE DETERMINATE GLI INCASSI PRESSO L'ISTITUTO BANCARIO COMPETENTE • Laddove non individuato, tale funzione è assolta dal Responsabile di cassa o dal Responsabile del Poliambulatorio

RISULTATI ATTESI

Atteso che la mission dell'Azienda è "garantire la salvaguardia della salute dei cittadini attraverso l'erogazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza fissati dalla Regione integrando gli stessi con gli interventi concertati a livello territoriale con gli enti locali, nonché le quote di partecipazione ai servizi integrati per le spese sociali di rilievo sanitario, assicurando gli aspetti organizzativi e gestionali dei programmi generali da svolgere per raggiungere gli obiettivi definiti dalla Regione", i risultati attesi possono essere così sintetizzati:

- **Puntuale conoscenza dei tempi d'attesa**, con l'attento monitoraggio del fenomeno e l'ottimizzazione della loro gestione, in un contesto volto ad orientare l'assistenza verso il miglioramento continuo della qualità creando le premesse per una gestione unitaria dell'offerta specialistica territoriale e ospedaliera;
- **Definizione dei reali fabbisogni** per le diverse tipologie di prestazioni sulla base delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche e orografiche del territorio, al fine di potere garantire la migliore risposta all'utenza, riducendo così il ricorso improprio all'attività ospedaliera nonché la grave crisi determinata dalla mobilità finanziaria passiva;
- **Implementazione del sistema CUP Aziendale**, completamente informatizzato, con la piena attivazione della rete delle attività specialistiche, attraverso lo sviluppo di un software unico che preveda:
 - la completa fruizione da parte degli operatori appositamente individuati, delle strutture di controllo e di gestione aziendali, oltre che di altri futuri operatori sanitari (MMG, PLS e Farmacie convenzionate) delle funzioni previste dal software sia per ciò che riguarda il front-office che il back-office, attraverso permessi selettivi e personalizzati;
 - la formazione del personale per l'accesso al programma da tutti gli sportelli dei poliambulatori esistenti in Azienda;
 - la riduzione del tempo di prenotazione tramite l'utilizzo di lettori codici a barre con riduzione di tempi di attesa allo sportello e degli errori di digitazione;
 - l'individuazione della richiesta di prestazione da parte dell'utente quale "Primo contatto del paziente con il sistema, relativamente al problema di salute posto" per il rispetto dei tempi massimi di attesa;
 - l'accesso alle prestazioni secondo criteri di priorità clinica utilizzando le indicazioni per l'adozione del criterio di stratificazione delle agende per priorità cliniche, già definiti nell'Accordo integrativo regionale con i medici di medicina generale;
 - l'acquisizione periodica della conferma e/o revoca della prestazione prenotata, per le prestazioni che richiedono maggiore tempo di attesa;
 - la possibilità del pagamento anticipato del ticket entro 3 giorni lavorativi dalla data della prenotazione;
 - la possibilità di garantire al paziente, all'atto della prenotazione, una ampia scelta di appuntamenti nel rispetto dei tempi previsti per prestazione e priorità, compresa la possibilità di "sforare" tale parametrizzazione, qualora l'utente, per propria personale scelta, preferisca effettuare la prestazione con un determinato specialista o in una determinata struttura (previa acquisizione di idonea liberatoria autografa);
 - la articolazione dell'agenda in apposite fasce di prenotazione (slot) flessibili e forzabili secondo modi e tempi in accordo con il tempario e con le esigenze aziendali, concordate e contrattate prioritariamente con gli specialisti
 - la apertura della routine operativa di prenotazione del CUP (previa formazione e accreditamento con logging) anche ai medici di MMG e PLS, al fine di consentire loro, di prenotare le prestazioni e/o le consulenze necessarie, dai propri ambulatori, utilizzando il sistema attraverso una metodica di zonaltà concentriche per l'individuazione della struttura più idonea.

FATTORI DETERMINANTI

Il problema delle liste di attesa può essere definito tecnicamente complesso, stante che le sue componenti sono molteplici, tra loro interdipendenti e collegate da relazioni non lineari. Alcune di queste componenti possono essere lette dal lato della domanda (effettive necessità assistenziali presenti sul territorio, percentuale di compartecipazione dell'utente ai costi del servizio...); altre dal lato dell'offerta (razionalizzazione dei sistemi di prenotazione e nell'uso delle risorse, linee guida e profili di assistenza, organizzazione degli erogatori...).

Prescindendo dalla scomposizione dettagliata di tali variabili, oggetto di valutazione secondaria alla analisi dei dati desunti dal piano ricognitivo delle azioni previste, appare evidente come si possano sin da adesso identificare degli elementi che possono influenzare il buon esito del piano di azione suesposto, riconducibili essenzialmente a quattro blocchi:

DETERMINANTI LEGATE AL PAZIENTE:

- mancata o tardiva disdetta delle prestazioni prenotate e le prenotazioni multiple presso sedi diverse;
- attitudine dei pazienti a rivolgersi ai servizi sanitari (secondo il parere degli operatori, le crescenti aspettative di assistenza e un'attenzione a volte eccessiva per le proprie condizioni di salute portano ad esercitare pressioni crescenti sul medico prescrittore, al fine di ottenere la prescrizione "desiderata");
- le preferenze personali dell'utente verso certe strutture o certi medici. Questo aspetto è particolarmente interessante in quanto sembra essere oggetto di una valutazione controversa: in chiave problematica da parte degli operatori sanitari (quelli delle strutture di grandi dimensioni e a forte attrattività, in particolare) e come manifestazione di un'istanza legittima degli utenti, soprattutto in termini di continuità del percorso di diagnosi e cura.

DETERMINANTI LEGATE AL CONTESTO:

- graduale invecchiamento della popolazione;
- ruolo di mass media, rubriche giornalistiche e televisive nell'incoraggiare un modello di consumo sanitario inappropriato e spesso non giustificabile da un punto di vista clinico (una sorta di "effetto Elisir").

DETERMINANTI LEGATE AL SISTEMA SANITARIO:

- generale carenza di risorse economiche, umane e tecnologiche;
- ruolo e qualificazione dei medici prescrittori (a questi è rimproverata un'eccessiva facilità nel fare prescrizioni legata forse ad una perdita di competenze e autorevolezza);
- libera professione intramuraria degli specialisti, la quale può concretizzarsi in una riduzione delle ore ambulatoriali;
- mancata omogeneità e nella difficoltà di accesso ai sistemi di prenotazione;
- tipo di prestazione richiesta (per esempio, perché concentrata in poche strutture);
- aumento dell'offerta secondo la dinamica, propria delle prestazioni sanitarie, che vede un aumento del loro consumo a fronte di un aumento dell'offerta.

DETERMINANTI LEGATE AGLI OPERATORI/EROGATORI:

- appropriatezza delle richieste dei medici di medicina generale: gli stili di pratica clinica sono influenzati anche da elementi e fattori non strettamente clinici, tra i quali la stessa presenza di tempi lunghi d'attesa e la diffusione della c.d. medicina difensiva;
- la capacità di erogazione delle prestazioni;
- l'attrazione della domanda (spostamenti interprovinciali o interregionali dell'utenza).

Il Teamwork Aziendale, nei processi di monitoraggio e valutazione dei tempi di attesa e della produttività, dovrà di volta in volta integrare e correggere tutti questi fattori, in una sorta di mediazione tra le richieste dell'utenza e le logiche aziendali.

CONTROLLO E MONITORAGGIO

Il controllo dei processi fino a qui descritto passa attraverso il riscontro di diversi livelli di monitoraggio che sono di precipua competenza ed attuazione del Teamwork Aziendale, attraverso la osservazione e l'analisi critica dei dati. A titolo esemplificativo di seguito ne vengono riportati alcuni, sottolineando come – di volta in volta – necessità aziendali o specifiche situazioni temporali o locali possano richiederne la integrazione di altri, da codificare in corso d'opera. Sotto tale ottica, appare appropriata e condivisibile la attivazione di idonei “tavoli tecnici” o gruppi di lavoro dedicati, secondo le esigenze e le necessità del caso.

1. volume di prestazioni erogate, scomposte per classe di priorità e per struttura erogante
2. percentuale di attribuzione dei livelli priorità rispetto al numero totale di prestazioni erogate di primo contatto stratificata per classe di priorità e per prestazione
3. report trimestrale da inviare alle strutture assessoriali di riferimento, comprendente il numero di prestazioni stratificate per classe di priorità e per tipologia di prestazione, ed articolato secondo i tempi di attesa e secondo la congruità (soprattutto riferita alle prestazioni critiche di cui al già citato D.A.)
4. analisi dei comportamenti prescrittivi del medico di MMG riguardo a:
 - congruità delle prescrizioni relativamente ai parametri: diagnosi/esame richiesto;
 - congruità delle prescrizioni relativamente ai parametri: diagnosi/grado di priorità assegnato alla richiesta
5. analisi delle disomogeneità stratificate per medico prescrittore riguardanti i controlli di cui al punto precedente onde consentire la pianificazione di piani di miglioramento al fine di rendere quanto più omogenea e condivisa l'attribuzione dei criteri, procedura necessaria in quanto garanzia di equità e trasparenza nei confronti dei cittadini (linee guida prescrittive, percorsi diagnostico-terapeutici, audit clinici...). Tale modalità di monitoraggio verrà applicata con due linee distinte di intervento tanto ai “primi accessi” quanto alle “visite di controllo” mediante l'utilizzo di report separati
6. analisi delle disomogeneità stratificate per branca specialistica nell'ambito delle diverse strutture eroganti (poliambulatori) al fine di permettere la pianificazione di piani di miglioramento volti a rendere quanto più omogenei e congrui i tempi di attesa per le date prestazioni. Anche questo monitoraggio verrà effettuato con due linee distinte di intervento tanto ai “primi accessi” quanto alle “visite di controllo” mediante l'utilizzo di report separati.
7. analisi delle disomogeneità stratificate all'interno di una stessa branca specialistica al fine di individuare eventuali disequità nella distribuzione delle prestazioni (concentrazione di prestazioni a carico di un solo specialista, penuria a carico di un altro), per consentire la corretta identificazione dei fattori determinati tale fenomeno e l'approntamento di eventuali correttivi.

INDICATORI

Gli indicatori principali sono quelli stabiliti dal PRGTA (Piano Regionale del Governo dei Tempi di Attesa) e vanno rilevati mensilmente attraverso una reportistica di facile lettura e di immediata visualizzazione; essi riguardano sostanzialmente il volume delle prestazioni, la congruità di esse espressa con la metodica ex-ante, scomposta secondo le classi di priorità.

Il rilievo dei dati e la stesura della reportistica vanno in carico al Servizio Informativo Statistico (SIS) e al Referente Aziendale per i Tempi di Attesa; ma si è già precisato come qualsiasi altro operatore, con permessi selettivi e autorizzati, possa accedere al software gestionale per l'accesso alla banca dati.

Il Teamwork Aziendale, autorizzerà di volta in volta tali accessi, nell'ottica di uno snellimento dei processi di controllo e di verifica. Come già evidenziato, è auspicabile che la reportistica sia disponibile online, riducendo i tempi di accesso e i consumi di materiale cartaceo.

Nella valutazione dei dati occorre tenere nella giusta considerazione particolari tipologie di prestazioni che possono alterare se non falsare completamente il quadro numerico e statistico, tanto da richiederne l'esclusione dal monitoraggio; o quanto meno scremate dal quadro valutativo globale. A titolo esemplificativo vanno ricordati:

- i ricoveri che abbiano carattere di urgenza clinica
- le visite o gli esami di controllo (successivi al primo e programmati dallo specialista che abbia già preso in carico il paziente);
- le prestazioni inserite in programmi di screening
- le prestazioni e i ricoveri eseguiti in regime di libera professione intramuraria
- le prestazioni che sono state personalizzate secondo precise indicazioni e preferenze del paziente, diverse da quelle proposte dalla struttura accettante.

Di volta in volta, pertanto, il Teamwork Aziendale, prenderà in esame i dati e appronterà gli indicatori più appropriati ai criteri di monitoraggio da eseguire e alla tipologia di valutazione da esprimere.