

# REGIONE EMILIA-ROMAGNA

## Atti amministrativi

### GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 272 del 13/03/2017

Seduta Num. 10

**Questo** lunedì 13 **del mese di** marzo  
**dell' anno** 2017 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA  
**la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:**

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Donini Raffaele	Assessore
7) Gazzolo Paola	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Petitti Emma	Assessore

**Funge da Segretario l'Assessore:** Bianchi Patrizio

**Proposta:** GPG/2017/218 del 15/02/2017

**Struttura proponente:** SERVIZIO ASSISTENZA OSPEDALIERA  
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

**Assessorato proponente:** ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

**Oggetto:** RIDUZIONE DELLE LISTE DI ATTESA PER I RICOVERI CHIRURGICI  
PROGRAMMATI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

**Iter di approvazione previsto:** Delibera ordinaria

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, così come successivamente modificato ed integrato, il quale:

- all'art. 1, comma 2, individua fra i principi nel cui rispetto opera il Servizio Sanitario Nazionale quello di equità nell'accesso all'assistenza;
- all'art. 14 sancisce la necessità di adottare misure che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere provvedano ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Sistema sanitario Nazionale;
- all'art 8-quinquies, comma 2 punto C, prevede che gli accordi contrattuali indichino i requisiti organizzativi del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, e all'art. 15 quinquies fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;

Visti inoltre:

- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;
- l'articolo 1, comma 283 della suddetta legge n. 266/2005, che ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale, che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la deter-

minazione delle sanzioni amministrative previste dalla stessa legge;

Considerato:

- che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

- che l'anzidetta Intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9;

Vista l'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, rispetto alla quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo, in Emilia-Romagna con Delibera della Giunta Regionale n. 1532/2006;

Vista la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

Vista l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede da parte delle regioni l'adozione di un piano attuativo, approvato in Emilia-Romagna con Delibera della Giunta Regionale n. 925/2011;

Vista la Legge n. 135 del 7 agosto 2012 sulle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e in cui tra l'altro, si favorisce la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere;

Vista la Legge n. 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (art. 2 Decreto n. 158/12);

Visto l'articolo 41, comma 6, del D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private;

Vista l'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all'art. all'art. 21 "Attività intramoenia";

Visto il decreto 2 aprile 2015, n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

Viste:

- la propria deliberazione n.557/2000 ad oggetto: "Linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo";
- la propria deliberazione n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" con la quale si è provveduto a:
  - adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa;
  - stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria e l'eventuale IRCCS di riferimento, predisponessero il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- la propria deliberazione n. 73/2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06" con la quale si è provveduto a definire le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", per disciplinare le procedure per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2 "Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;

- la propria deliberazione n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" con la quale sono state date disposizioni alle Aziende USL di integrare il programma attuativo aziendale, disponendo, al fine di ottimizzare il raggiungimento dei risultati attesi, lo stanziamento di un finanziamento ad hoc, ed è stato dato il mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale con il compito di valutare le attività svolte dalle singole Aziende in tema di liste di attesa;
- la propria deliberazione n.748/2011 "Linee guida CUP" in recepimento delle Linee guida nazionali;
- la propria deliberazione n. 925/2011 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" con la quale:
  - è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010;
  - sono state date disposizioni alle Aziende USL per l'elaborazione e l'avvio di un Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa sia per la parte di specialistica ambulatoriale che per la degenza;
  - sono stati approvati dal Tavolo tecnico regionale, e sostenuti economicamente, i Programmi attuativi aziendali di tutte le Aziende sanitarie;
- la propria deliberazione n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal D.L. n. 158 del 13/9/2012 a seguito della quale è stata effettuata la ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio della libera professione intramoenia e del volume delle prestazioni erogate nell'ultimo biennio; e si è ribadita la necessità del monitoraggio dell'attività libero-professionale rispetto all'attività istituzionale in modo che il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
- la propria deliberazione n. 1621/2013, circolari applicative n. 158950 del 2/7/2013, 231682 del 10/6/2014 (e successive integrazioni) attraverso le quali si indirizzano le aziende sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di pubblicazione delle liste di attesa sia sul versante dell'attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale;
- la propria deliberazione n. 1735/2014 "Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014" in cui al

paragrafo "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche" si indicano le azioni prioritarie, che le Aziende sanitarie dovranno attuare con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contenere i tempi di attesa;

- la circolare n. 21 del 10/11/2014 (nota prot. 0420632/2014) in cui, in applicazione della propria deliberazione n. 1735/2014, di cui sopra, le Aziende hanno elaborato i Programmi straordinari per il contenimento dei tempi di attesa;
- la propria deliberazione n. 901/2015 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015" in cui tra gli obbiettivi di mandato per le Aziende sanitarie assumono rilievo quelli inerenti la facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero di cui al paragrafo 1.1 dell'Allegato A (IV);
- la propria deliberazione n. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'ascenso alle prestazioni sanitarie" con la quale sono state date indicazioni alle Aziende Sanitarie in ordine al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- la propria deliberazione n. 2040/2015 "Riorganizzazione della rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. salute 70/2015";
- la propria deliberazione 1003/2016 recante "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2016" in cui tra gli obiettivi di mandato per le Aziende sanitarie assumono rilievo quelli inerenti la facilitazione all'accesso e la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero, di cui al punto 3.1 dell'Allegato A, laddove è prevista l'emanazione di una specifica delibera di Giunta regionale contenente le indicazioni alle Aziende Sanitarie, previsione alla quale si da attuazione con il presente provvedimento;

Tenuto conto che:

- il programma di mandato della Giunta (X Legislatura) è caratterizzato da un forte impegno per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero e che a tal fine sono state fornite precise indicazioni alle direzioni generali e obbiettivi specifici alle aziende sanitarie per la programmazione del 2015 e del 2016;
- tutte le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione, hanno adottato un programma straordinario per migliorare significativamente i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte dello specialista in caso di patolo-

gie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici;

Considerato che la Regione ha inoltre responsabilizzato le Direzioni aziendali (ed in particolare quelle Sanitarie):

- inserendo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa nella delibera di programmazione annuale e nella delibera con gli obbiettivi di mandato dei Direttori Generali;
- vincolando prioritariamente il riconoscimento di incentivazioni economiche al raggiungimento dei risultati in tema di governo delle liste di attesa;

Ritenuto che le Aziende oltre che proseguire nell'adozione di tutti gli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari, sono tenute a monitorare la libera professione, un regime di erogazione che, pur rappresentando un'opportunità per il cittadino e per il professionista, deve essere legato esclusivamente ad una libera scelta e non essere alimentato dai lunghi tempi di attesa in regime istituzionale;

Rammentato inoltre che Aziende sono autorizzate a sospendere l'attività libero-professionale in quelle specialità che in regime istituzionale hanno tempi di attesa più lunghi rispetto alla libera professione;

Richiamata la Legge 724/94 che all'art. 3, comma 8, istituisce, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell'accesso, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri;

Richiamati:

- la L.R. n. 19/1994 "Norme per il riordino del Servizio Sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e succ.mod.;
- la L.R. 29/2004 "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale" e succ. mod.;
- la L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modificazioni;
- la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 avente per oggetto "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007" e successive modifiche e integrazioni;

- il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e successive modifiche;
- la propria delibera n. 89/2017 "Approvazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2017/2019";

Richiamate infine le proprie delibere n.193/2015, n.516/2015, n.628/2015, n.2185/2015, n.2189/2015, n. 56/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n.1681/2016, n. 2344/2016 e n. 3/2017 di riorganizzazione dell'ente Regione e di attribuzione degli incarichi dirigenziali;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1. di disporre che ciascuna Azienda Sanitaria realizzi gli interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri programmati secondo le tempistiche e gli obiettivi descritti nell'Allegato parte integrante della presente deliberazione;
2. di confermare la necessità di utilizzare a livello aziendale e regionale, tutti gli strumenti finalizzati al governo dei tempi di attesa indicati negli atti normativi sopra richiamati;
3. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;
4. di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa.



## **Piano gestione accesso prestazioni di ricovero programmato**

La delibera 925/2011 indicava la necessità che le Aziende sanitarie svolgessero una attività di verifica dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero programmato, di seguito **PRP**.

Con DGR 1056/2015 la regione Emilia-Romagna ha deliberato le strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale dettando gli obiettivi per gli anni 2015-2016.

Parimenti, con il presente piano per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato si confermano, per gli anni 2016-2017, le indicazioni contenute nella DGR 925/2011 ed in particolare si sottolinea la necessità di raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Il governo dei tempi di attesa deve essere condiviso con tutte le strutture erogatrici sia pubbliche che private accreditate almeno a livello dei singoli ambiti provinciali.

### **A Strategie per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato**

#### 1 Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Come indicato nella DGR n. 1003/16: "*Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016*", per potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa, è necessario identificare una figura di responsabile unica all'interno dell'Azienda (RUA).

Ferma restando la responsabilità complessiva, compresa la corretta gestione delle liste di attesa, del Direttore Sanitario, il RUA può essere identificato nel Direttore Sanitario o in figura da questi delegata. Nell'ambito di processi di integrazione interaziendale, o comunque a fronte di una condivisione fra le direzioni aziendali, il RUA può essere individuato anche in forma congiunta fra più Aziende. Nel caso si individuino RUA aziendali è opportuno garantire un coordinamento provinciale unico. Il RUA deve garantire il presidio della organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili. Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, il RUA dovrà predisporre controlli ad hoc sulle relazioni fra attività libero professionale ed attività istituzionale e sul corretto rapporto, specifico per intervento, fra interventi urgenti e programmati.

A tal fine dovrà vigilare sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, al fine di garantire: una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione; la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali; la finalizzazione delle risorse, ivi compresa la committenza verso le strutture private accreditate, al superamento delle criticità in materia di liste di attesa. Le funzioni andranno specificate, restando comunque ferma la possibilità che le direzioni generali agiscano direttamente su dinamiche particolarmente critiche.

Relativamente ai criteri di formazione delle liste, si richiama l'obbligo di pubblicazione introdotto dall'art.41 del DLgs 33/2013 come successivamente modificato ed integrato.

Prospettivamente il RUA dovrà definire interventi, anche formativi, che garantiscano che le fasi di accoglienza dei pazienti, di informazione e di gestione della permanenza in lista siano gestite con idonee competenze da parte degli operatori coinvolti.

#### **Obiettivo:**

- nomina del RUA con definizione delle specifiche funzioni

#### **Tempi:**

- Marzo 2017

## 2 Completamento dell'informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale:

Al fine di realizzare un sistema integrato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, le Aziende in forma singola o aggregata, dovranno garantire l'adozione di strumenti uniformi a livello regionale (cataloghi, codifiche) e l'introduzione di metodi tecnico-organizzativi, percorsi formativi e prodotti (software e applicativo) tali da consentire:

- uniformità a livello regionale, nel rispetto delle politiche aziendali, delle modalità di gestione delle liste di attesa;
- diffusione completa, a livello aziendale, dell'adozione degli strumenti informatici della gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato;
- monitoraggio aziendale prospettico, con sistemi di avviso (*cruscotto, mail etc.*), in grado di consentire interventi mirati laddove risultano evidenti criticità nel rispetto dei tempi di attesa;
- integrazione con i sistemi aziendali che gestiscono la programmazione delle sale operatorie;
- attivazione dei percorsi tecnici ed organizzativi per la pulizia delle liste al fine di soddisfare i criteri di corretta gestione delle agende promuovendo l'utilizzo di verifiche delle liste medesime;
- garanzia di una corretta e trasparente informazione al paziente relativamente alla sua posizione in lista

I principi di trasparenza ed informatizzazione devono essere garantiti anche dalle strutture private accreditate secondo le previsioni del relativo Accordo regionale.

Le procedure informatiche dovranno inoltre assicurare in tempo reale l'alimentazione completa ed omogenea dell'archivio di **SIGLA-Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa- (portale regionale)** affinché sia verificato il rispetto degli obiettivi di programmazione nonché venga effettuato il monitoraggio prospettico dei tempi di attesa per le PRP come esplicitato al successivo punto 3.

### **Obiettivo:**

- completezza del sistema unico centralizzato ed informatizzato delle liste di attesa per le strutture pubbliche (adesione SIGLA di tutte le Aziende su tutte le discipline chirurgiche)
- monitoraggio dei volumi PRP e dei tempi di attesa in regime istituzionale e in libera professione (relativamente alla prestazione di ricovero e al percorso di accesso)

### **Tempi:**

- Marzo 2017

### **Obiettivo:**

- predisposizione di un sistema di prenotazione informatizzato ed adesione al sistema SIGLA per le strutture private accreditate

### **Tempi:**

- Giugno 2017

### 3 Strumenti per il monitoraggio

Ricordato che, a livello nazionale, il monitoraggio dei tempi di attesa è effettuato in maniera retrospettiva sui dati SDO, per garantire una gestione prospettica dei dati relativi alle attese per le prestazioni di ricovero programmato, funzionale anche alla individuazione tempestiva di criticità e relative soluzioni, a livello regionale si ribadisce l'utilizzo del sistema SIGLA, alimentato dalle procedure informatizzate aziendali, sviluppato e mantenuto a cura della società in house regionale. Il cruscotto di monitoraggio SIGLA sarà completato di funzionalità tali da garantire anche le esigenze di monitoraggio a livello aziendale.

Un ulteriore sviluppo del sistema di monitoraggio regionale è l'integrazione del sistema di classificazione di SIGLA, in buona parte declinato per patologia, con una classificazione di interventi e procedure chirurgiche, utilizzando codifiche ICD9-CM, funzionale alla gestione sovraziendale. L'adozione di tale classificazione dovrebbe inoltre permettere una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la programmazione di sala operatoria.

#### **Obiettivo:**

- implementare la classificazione ICD9 CM degli interventi in SIGLA

#### **Tempi:**

- Giugno 2017

### 4 Obiettivi e tempi di attesa

Come indicato nella delibera di programmazione e di finanziamento del 2016 (DGR 1003/2016), l'obiettivo di riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero ospedaliero programmato è prioritario per le prestazioni correlate alle patologie neoplastiche, alla protesi d'anca ed alle prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale (regime di ricovero diurno: chemioterapia; coronarografia; biopsia percutanea del fegato; emorroidectomia; riparazione di ernia inguinale. regime di ricovero ordinario: by pass aortocoronarico; angioplastica carotidea; endoarterectomia carotidea; tonsillectomia) entro i tempi relativi alle specifiche classi di priorità per caso, come previste dall'accordo Stato-Regioni 11 luglio 2002.

<b>Classe di priorità per il ricovero</b>	<b>Indicazioni</b>
CLASSE A	Ricovero entro <b>30 giorni</b> per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi
CLASSE B	Ricovero entro <b>60 giorni</b> per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente
CLASSE C	Ricovero entro <b>180 giorni</b> per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i <b>12 mesi</b> .

**Obiettivo:**

- a) patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg
- b) protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg
- c) per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità

In linea con il monitoraggio regionale, gli obiettivi verranno verificati retrospettivamente dai dati SDO fino alla realizzazione della completa alimentazione di SIGLA.

**Tempi:**

- a) Patologie neoplastiche - Dicembre 2017, per le patologie prostatiche e vescicali entro tale termine dovrà essere concluso il lavoro di definizione dei criteri per l'assegnazione delle priorità l'inserimento in lista e, in particolare, per le seconde, di differenziazione degli interventi chirurgici dalla somministrazione per via endoscopica di farmaci.
- b) protesi d'anca: Dicembre 2017
- c) tutte le altre prestazioni: Dicembre 2017

**B Appropriatelyzza**5 Appropriatelyzza

Come per le prestazioni ambulatoriali, anche per le prestazioni di ricovero programmato gli aspetti relativi alla appropriatezza assumono un rilievo diretto rispetto alla garanzia di corretto utilizzo delle risorse e governo dei tempi di attesa. Anche in continuità con i contenuti della DGR 2040/2015 e delle linee di programmazione 2016 (DGR 1003/2016) si sottolineano i seguenti aspetti particolarmente rilevanti rispetto all'obiettivo di standardizzare il percorso del paziente chirurgico e di raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica.

*a. Valutazione multidisciplinare in oncologia***Obiettivo:**

- come già sottolineato ed indicato dalla DGR 2040/2015, è mandatorio che in tutti i centri che trattano casistica oncologica, l'indicazione chirurgica venga posta sempre a seguito di valutazione multidisciplinare, sul modello del breast multidisciplinary team. A tal fine le Aziende e i Centri privati accreditati devono definire procedure che garantiscano la coerenza dei percorsi di accesso alle PRP rispetto a tale requisito.

**Tempi:**

- Giugno 2017

*b. Volumi ed esiti***Obiettivo:**

- relativamente alle indicazioni contenute nel DM 70/2015, così come specificate nella DGR 2040/2015, e agli indicatori di cui al DM 21 giugno 2016, inerenti i volumi di attività e le soglie di esito per interventi chirurgici programmabili, le Aziende e le strutture private accreditate devono definire criteri di accesso alle PRP che garantiscano il rispetto dei volumi di cui alle indicazioni normative succitate, tenendo conto anche dei dati relativi alle soglie di esito.

**Tempi:**

- Giugno 2017

*c. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria***Obiettivo:**

- per ogni azienda sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione perioperatoria del paziente. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.

**Tempi:**

- Giugno 2017

**Obiettivo:**

- a livello regionale verranno definiti, in collaborazione con le Aziende, profili standard di riferimento preoperatori condivisi fra i professionisti e omogenei, per la valutazione anestesiológica dei pazienti da sottoporre a prestazioni di ricovero programmato. Relativamente a tale attività sarà necessario predisporre, con un linguaggio facilmente comprensibile e nel rispetto dei principi della Health Literacy, documenti informativi regionali che focalizzino gli aspetti anestesiológicos.

**Tempi:**

- Giugno 2017

*d. Governo dei criteri di assegnazione alle classi di priorità***Obiettivo:**

- nell'ambito del sistema informatico centralizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, andrà garantita la definizione dei criteri di assegnazione dei casi alle classi di priorità. Il RUA dovrà garantire la omogeneità e coerenza con le indicazioni regionali su tutto l'ambito aziendale, fatto salvo quanto previsto al punto 4 per le patologie oncologiche prostatiche e vescicali.

**Tempi:**

- Marzo 2017

*e. Analisi comparativa tassi specifici di utilizzo***Obiettivo:**

- Il livello regionale dovrà garantire la produzione di analisi comparative del tasso di utilizzo specifico nei diversi territori provinciali per i principali interventi chirurgici, in particolare per le tipologie associate, sulla base delle risultanze della letteratura, a margini ampi di variabilità decisionale. Tali analisi comparative andranno utilizzate in ambito aziendale per valutazioni di appropriatezza specifica.

**Tempi:**

Marzo 2017

*f. Trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario o di ricovero diurno al regime ambulatoriale in coerenza con la DGR 2040/2015 e DGR 1003/2016*

Relativamente alle prestazioni per le quali sono già state formulate indicazioni relative all'opportuno trasferimento verso livelli assistenziali a minore intensità le Aziende dovranno garantire il completamento di tale trasferimento senza effetti negativi sulla qualità della prestazione secondo le percentuali tendenziali che saranno definite a livello regionale.

**Obiettivo:**

- definizione percentuali di riferimento per trasferimento con circolare regionale

**Tempi:**

- Marzo 2017

**Obiettivo:**

- raggiungimento percentuali di trasferimento per erogatore

**Tempi:**

- Dicembre 2017

*g. Migliorare la presa in carico del paziente predisponendo percorsi clinici univoci e standardizzati per patologie ad alta prevalenza.*

**Obiettivo:**

- oltre alle attività da condurre a livello locale, il livello regionale, con il concorso delle Aziende, svilupperà i percorsi clinico-assistenziali di riferimento per la chirurgia oncologica della mammella

**Tempi:**

- Giugno 2017

**C Comunicazione al paziente**

6 Semplificazione accesso

Ai diversi livelli, aziendale, provinciale e regionale, dovranno essere uniformate le procedure di accesso alle prestazioni di ricovero programmato secondo principi di trasparenza e semplificazione. A livello di singolo stabilimento tali procedure devono garantire una gestione centralizzata.

**Obiettivo:**

- garanzia di percorsi uniformi di accesso alle prestazioni di ricovero programmato di livello aziendale

**Tempi:**

- Giugno 2017

7 Informazione ai pazienti

Le aziende devono predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Tali materiali, per i diversi canali informativi devono contenere le informazioni inerenti le modalità di accesso, gli elementi più significativi del percorso di accesso, le modalità di contatto che la struttura adotterà verso il paziente nel corso della sua permanenza in lista, anche con la finalità di garantire la cosiddetta "pulizia" della lista e l'eventuale offerta di sedi alternative per i casi che stanno attendendo troppo a lungo. Dovrà inoltre essere specificata la modalità di visualizzazione da parte del paziente della propria posizione in lista rispetto alla priorità.

Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

**Obiettivo:**

- presenza di materiali e strumenti informativi uniformi di livello almeno aziendale.

**Tempi:**

- Marzo 2017

**8 Comunicazione e informazione al paziente in corso di permanenza in lista**

La comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell'accesso alle PRP.

Tenuto conto di come, allo stato attuale, solo in una percentuale di casi limitata, alla iscrizione in lista corrisponde la comunicazione della data/periodo previsto di ricovero è necessario adottare pratiche trasparenti e professionali di comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista.

Dal punto di vista informativo occorre garantire la visualizzazione della propria posizione in lista per livello di priorità ed il tempo prospettato per il trattamento.

Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa.

**Obiettivo:**

- definizione delle modalità di comunicazione ed informazione aziendali al paziente in corso di permanenza in lista.

**Tempi:**

- Giugno 2017

**Obiettivo:**

- adozione di applicativo regionale per la gestione informatizzata della comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista (a cura della società in house regionale).

**Tempi:**

- Giugno 2017

**Obiettivo:**

- integrazione applicativi finalizzata alla definizione della data/periodo previsto per il ricovero al momento dell'inserimento in lista.

**Tempi:**

- Dicembre 2017

**D Miglioramento della capacità produttiva****9. Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche**

La integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle sale operatorie risponde in primo luogo ad un criterio di trasparenza nella gestione degli accessi alle prestazioni di ricovero programmato. Anche il pieno utilizzo delle potenzialità produttive e la loro miglior finalizzazione al superamento delle criticità relative alle liste di attesa risulta più agevole se le procedure vengono integrate. Ciò anche in relazione alla possibilità di produrre statistiche (tempi medi di utilizzo della sala per intervento, utilizzo presidi, etc.) che permettono di formulare programmazioni settimanali basate su dati oggettivi e statisticamente significativi. Resta ferma, evidentemente, la necessità di garantire il pieno utilizzo delle sale operatorie.

**Obiettivo:**

- garantire l'integrazione fra le procedure di gestione informatizzata dell'accesso alle prestazioni di ricovero e quelle di programmazione e gestione delle sale operatorie

**Tempi:**

- Dicembre 2017

**10. Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa**

La possibilità di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità può trarre un impulso decisivo dalla integrazione di cui al punto precedente, ma può essere realizzata anche a prescindere dal completamento della integrazione delle procedure informatiche. Oltre agli aspetti tecnici, assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione complessiva che devono garantire una visione corretta ed equa dei fenomeni. Tali processi vanno inoltre collocati in un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito provinciale.

**Obiettivo:**

- programmazione delle risorse chirurgiche e anestesilogiche sulla base della criticità delle liste di attesa

**Tempi:**

- Giugno 2017

**11. Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni**

Nelle situazioni in cui sia garantito il pieno utilizzo delle sale operatorie e permangano criticità nelle liste di attesa, va programmato l'utilizzo su sei giorni, anche per attività chirurgica programmata, delle sale operatorie.

**Obiettivo:**

- programmazione sale operatorie su sei giorni per superamento criticità

**Tempi**

- Giugno 2017



12 Utilizzo finalizzato al recupero delle liste di attesa della quota, specifica per l'attività di ricovero derivante dalla applicazione del 5% prevista dall'art. 2 del Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in Legge 8 novembre 2012, n. 189.

**Obiettivo:**

- il fondo ex 5%, stimabile relativamente alla specifica attività di ricovero a livello regionale in € 860.000, previa informazione alle OOSS, deve essere finalizzato alle attività di recupero dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato critiche. Tale utilizzo deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggior criticità.

**Tempi:**

- Marzo 2017

13. Finalizzazione delle attività riconosciute come attività aggiuntiva al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato.

**Obiettivo:**

- almeno il 30% degli importi dedicati al riconoscimento di attività aggiuntiva devono presentare una finalizzazione alla riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmato critiche. L'impiego di tali importi deve privilegiare il reclutamento di professionisti nelle aree di maggiore criticità.

**Tempi:**

- Marzo 2017.

14 Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h

Una corretta, condivisa ed omogenea gestione dei percorsi di valutazione preoperatoria e di chiamata dei pazienti dovrebbero influire positivamente sulle dimensioni dei rinvii di interventi programmati nelle successive 48h. Nel 2015 le dimissioni da reparti chirurgici classificate con il codice di "intervento rinviato" sono state 2.150, e la proiezione relativa all'anno 2016 mostra un dato sostanzialmente sovrapponibile. Tale dato ricomprende sia i rinvii per cause sanitarie che quelli per cause organizzative. Al fine di limitare al minimo tale seconda tipologia occorre sottoporre a specifico monitoraggio i rinvii degli interventi programmati.

**Obiettivo:**

- avvio di un monitoraggio specifico dei rinvii degli interventi chirurgici in ogni Azienda

**Tempi:**

- Marzo 2017

15 Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa

Deve essere perseguita la maggiore efficienza, in ambito provinciale, della attività chirurgica programmata per garantire i tempi di attesa previsti. La medesima finalità di garanzia dei tempi deve essere perseguita rafforzando le sinergie di rete in primo luogo all'interno della rete ospedaliera pubblica in ambito distrettuale e/o provinciale, successivamente, ricercando sinergie con il privato accreditato che insiste nell'area territoriale di competenza, attraverso la finalizzazione della committenza. Le sinergie di rete ai vari livelli dovranno garantire all'utente l'offerta di un'eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa.

**Obiettivo:**

- attivazione di modalità esplicite di integrazione dell'offerta per ambiti provinciali

**Tempi:**

- Dicembre 2017

**Obiettivo:**

- definizione delle modalità di offerta di sedi di trattamento alternative in caso di impossibilità a garantire i tempi previsti

**Tempi:**

Giugno 2017

**D Attività libero professionale****16 Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia**

Nel 2015 su 197.000 ricoveri chirurgici programmati nelle strutture pubbliche, 3024 sono stati erogati in regime di libera professione, per una percentuale del 1.5%.

A livello di sistema il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative è pertanto garantito in modo adeguato.

A livello delle singole aziende andrà monitorato in modo specifico, prevedendo il blocco dell'attività libero professionale nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione e/o nei tempi di attesa.

Relativamente alla trasparenza dei percorsi, le Aziende dovranno garantire il monitoraggio comparativo dei tempi di attesa dei ricoveri in relazione all'accesso a partire da prestazioni istituzionali o prestazioni in regime libero professionale, garantendo che non vi siano differenze nei tempi di attesa, per classi di priorità, fra le due tipologie di prestazione.

**Obiettivo:**

- monitoraggio attività libero professionale in regime di ricovero e uniformità tempi in relazione alla tipologia di prestazione (istituzionale o libero professionale) che ha dato origine al percorso

**Tempi:**

- Marzo 2017

**E Azioni a valenza esterna****17 Accordi regionali con il privato accreditato.**

Le Aziende sono tenute ad attivare a livello locale, in applicazione degli accordi sottoscritti a livello regionale con le associazioni del privato accreditato, tavoli di integrazione pubblico-privato finalizzati al miglioramento della accessibilità alle prestazioni di ricovero programmato e alla definizione di modalità omogenee in materia di:

- percorsi chirurgici e di valutazione preoperatoria anestesologica
- appropriatezza
- organizzazione delle liste

**Obiettivo:**

- attivazione dei tavoli di integrazione pubblico-privato

**Tempi:**

- Marzo 2017

**Obiettivo:**

- condivisione dei percorsi chirurgici e di valutazione anestesiologicala preoperatoria

**Tempi:**

- Giugno 2017

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2017/218

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Atti amministrativi**

**GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 272 del 13/03/2017

Seduta Num. 10

OMISSIS

---

L'assessore Segretario

Bianchi Patrizio

---

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi