



REGIONE SICILIA
AZIENDA UNITA' SANITARIA PROVINCIALE
SIRACUSA

*Piano Aziendale di contenimento dei tempi di attesa
per il triennio 2019-2021*



Giugno 2019

Direttore del Dipartimento
Assistenza Distrettuale e I.S.S.
dott. Anselmo Madeddu

Direttore Generale
dott. Salvatore Lucio Ficarra

INDICE

1 Premessa

ATTIVITA' AMBULATORIALE

2 Interventi per il governo della domanda

2.1 *Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (IGD1)*

2.2 *Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (IGD2)*

2.3 *Accordi Aziendali con i MMG-PLS-SAI (IGD3)*

2.4 *Cruscotto di monitoraggio(IGD4)*

3. Interventi per il governo dell'offerta

3.1 *Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali(IGO1)*

3.2 *Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana(IGO2)*

3.3 *Aumento dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini(IGO3)*

3.4 *Acquisto di prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale(IGO5)*

3.5 *Monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria erogata a carico dell'utente ed attuazione dell'eventuale blocco(IGO6)*

3.6 *Definizione e applicazione dei "percorsi di tutela"(IGO8)*

3.7 *Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali(IGO9)*

3.8 *Riserva della classe di Priorità P per i primi accessi e gestione separata degli accessi successivi(IGO10)*

3.9 *Monitoraggio dei tempi massimi di attesa-Coordinamento Provinciale-Centralizzazione agende-Visibilità(IGO11 -IGO12-IGO13-IGO17)*

3.10 *Interoperabilità provinciale e interaziendale CUP(IGO 14)*

3.11 *Sistemi di sbarramento delle prenotazioni(IGO15)*

3.12 *Sistemi di disdetta telematica delle prenotazioni(IGO16)*

3.13 *Gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" (IGO18)*

3.14 *CUP online aggiornato in tempo reale(IGO19)*

3.15 *Servizio di prenotazione tramite Farmacie Territoriali(IGO20)*

3.16 *Governo del fenomeno della prestazione non eseguita(IGO21)*

3.17 *Prenotazioni non disdette, recupero quote di compartecipazione alla spesa(IGO22)*

3.18 *Presa in carico del paziente cronico(IGO23)*

3.19 *Informazione e comunicazione sulle Liste di Attesa(IGO 24)*

3.20 *Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale(IGO25)*

3.21 *Coinvolgimento degli organismi territoriali di tutela(IGO26)*

3.22 *Individuazione ambiti territoriali di garanzia(IGO27)*

ATTIVITA' DI RICOVERO

3.23 *Incremento dell'efficienza dei posti letto ospedalieri, incremento sedute operatorie(IGO4)*

3.24 *Agende di prenotazione e rispetto tempi massimi di attesa per i ricoveri programmati(IGO9)*

3.25 *Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati(IGO11)*

ALLEGATI

A documento fabbisogno totale prestazioni specialistiche

A1 documento fabbisogno prestazioni critiche

B documento per l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini

C procedura per il "percorso di tutela"

D procedura per il recupero somme prenotazioni non disdette

E presa in carico pazienti cronici

F piano operativo per le attività di ricovero

Obiettivi e scopi del documento

Premessa

Il presente documento recepisce il “Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio “2019-2021” D.A. del 12 Aprile 2019 pubblicato sulla G.U. della Regione Sicilia n.18 del 26 Aprile 2019. In coerenza con questo l'ASP di Siracusa si impegna a rivedere le linee di intervento, gli aspetti organizzativi, in un’ottica di riordino e rifunzionalizzazione della specialistica ambulatoriale, pubblica e privata, per garantire il diritto di accesso, di equità e uguaglianza del Servizio Sanitario Regionale.

L’Asp di Siracusa rivedrà e consoliderà le attività intraprese già nelle edizioni precedenti, e avvierà quanto di nuovo previsto dal “Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2019-2021”.

In coerenza con quanto indicato nel nuovo “Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2019-2021” si riportano le linee di intervento che l’ASP di Siracusa porrà in essere, contestualizzate alle caratteristiche e criticità presenti nel proprio territorio. A tal fine le attività sono state schematizzate e ricondotte a singoli interventi, come indicati dal PRGLA, e distinti in Interventi per il Governo della Domanda (codificati come **IGD**) e Interventi per il Governo dell’Offerta (codificati con **IGO**).

ATTIVITA' AMBULATORIALE

2 Interventi per il Governo della Domanda (codificati come IGD)

Premesso che l'ASP di Siracusa dispone, già da tempo, di un CUP informatizzato e centralizzato a cui sono collegate tutte le strutture pubbliche e private accreditate interessate nell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali previste dal PRGLA e che da ogni singola postazione è possibile prenotare e accedere all'intera offerta aziendale (territoriale, ospedaliera e accreditata).

Premesso che resta l'obbligo del rispetto dei tempi massimi di attesa per codice di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate e non solo per quelle previste dal monitoraggio nazionale, vengono considerate oggetto del presente programma e del relativo monitoraggio tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero elencate ai PUNTI 6.1 e 6.2 del PRGLA 2019/2021 . Per tutte le prestazioni l'Azienda si impegna a mantenere liste separate, differenziandole per classe di priorità, per prime visite, controlli e follow up.

I tempi massimi di attesa per l'effettuazione, in questa Azienda, delle visite specialistiche e delle prestazioni strumentali ambulatoriali di cui al punto 6.1 del PRGLA 2019/2021 vengono fissati sulla base delle classi di priorità U-B-D-P.

I tempi massimi di attesa per l'effettuazione, in questa Azienda, delle prestazioni di ricovero di cui al punto 6.2 del PRGLA 2019/2021 vengono fissati sulla base delle classi di priorità A-B-C-D.

L'ambito di applicazione del presente programma attuativo è costituito dal **primo accesso dei cittadini alle prestazioni ambulatoriali e a quelle di ricovero.**

L'azienda si impegna a garantire i tempi massimi di attesa previsti, in misura almeno uguale al 90% delle richieste, a prescindere dalla priorità di accesso individuata

2.1 Valutazione dell' appropriatezza prescrittiva (IGD1)

Nella piena consapevolezza che l'accesso alle prestazioni per i pazienti che più ne hanno di bisogno e che più opportunamente possono trarne dei benefici debba rispondere ad un ordine di prenotazione clinico e non più cronologico e che la realizzazione di ciò, affinché sia equa e trasparente, presuppone l' utilizzo corretto e sistematico della scelta della classe di priorità, appare di fondamentale importanza il governo della domanda.

L'ASP di Siracusa ha avviato pertanto un monitoraggio sistematico sulle richieste di prestazioni specialistiche riguardante :

- a) percentuale di utilizzo della classe di priorità ;
- b) presenza del quesito diagnostico;
- c) indicazione di "primo accesso" o "accesso successivo".

Il sistema di prenotazione in uso presso l'ASP di Siracusa, ha reso l'acquisizione dei punti a),b),c), obbligatori ai fini della prenotazione.

Avendo già recepito la "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" (Allegato "C" del PRGLA 2019/2021), è stato nominato un Referente per ogni struttura erogatrice al fine di valutare e gestire, in fase di prenotazione, la classe di priorità indicata e la garanzia dei tempi massimi.

La valutazione di concordanza viene fatta per le 11 prestazioni condivise dai gruppi Tematici per la rilevanza diagnostica e l'impatto sociale.

Le discipline interessate sono la **Cardiologia, la Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva e la Radiologia.**

2.2 Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (IGD2).

L'ASP di Siracusa ha adottato i seguenti Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO):

- a) i “Raggruppamenti di Attesa Omogenei(RAO)” elaborati dai Tavoli Tecnici Interaziendali, promossi dalle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali del Bacino Orientale della Sicilia in data 08/02/2010, con Delibera n° 369 del 28 Aprile 2011- Adozione Linee Guida prescrittive secondo priorità clinica (RAO);
- b) i “Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) di Gastroenterologia” frutto di collaborazione tra le Società scientifiche di Gastroenterologia (AIGO-SIED-SIGE), l'Assessorato e le Società di medicina generale;
- c) la Procedura Gestionale per l'applicazione del modello RAO - Allegato n°1 - “Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) dell'Area Cardiologica, Gastroenterologica e Radiologica” elaborati dai Gruppi tematici promossi da Agenas della Regione Sicilia - Assessorato alla Salute - Dipartimento per le attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico - Servizio - “Qualità, Governo clinico e Sicurezza dei Pazienti che fanno parte integrante del PRGLA 2019/2021.

Disponibili e consultabili sul sito web aziendale.

2.3 Accordi Aziendali con i MMG-PLS-SAI (IGD3)

L'ASP si impegna a rivedere gli accordi aziendali **MMG-PLS e Specialisti Ambulatoriali** nell'intento di renderLi partecipi e consapevoli della necessità aziendale di migliorare l'appropriatezza prescrittiva senza venire meno ai bisogni dei cittadini. Gli Accordi Aziendali saranno comunque soggetti ad eventuali modifiche derivanti da Intese stipulate a livello regionale.

2.4 Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio(IGD4)

L'ASP si impegna a realizzare un cruscotto di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tutte le prestazioni previste dal PRGLA 2019/2021. Il software di gestione CUP in uso nell'ASP di Siracusa, consente già di monitorare i volumi di prescrizioni per tipologia di prestazione, sia nel caso di erogatori interni sia nel caso di accreditati esterni. Al fine di consentire, un benchmark interno, come richiesto al punto 2.1 del PRGLA , sarà realizzato un aggiornamento del programma per rilevare automaticamente il prescrittore e verificarne l'appropriatezza di comportamento (IGD4).

3 Interventi per il Governo dell'Offerta (codificati come IGO)

Si riportano di seguito gli interventi che la Asp di Siracusa intende realizzare coerentemente a quanto riportato sul PRGLA per il governo dell'offerta.

3.1 Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali (IGO1)

Premesso che per definire il fabbisogno è necessario conoscere le caratteristiche demografiche della popolazione, soprattutto in relazione alla distribuzione per classi di età, si riportano più sotto i prospetti relativi ai residenti nella provincia di Siracusa rilevati al 31.01.2018 (dati ISTAT):

LA POPOLAZIONE

Al 01 gennaio 2018 la popolazione della Provincia di Siracusa ammonta complessivamente a 400.605 unità, per il 51% rappresentata dal sesso femminile e per il 49% da quello maschile.

La ripartizione nei 4 Distretti in cui è suddivisa l'ASP di Siracusa evidenzia le seguenti percentuali: Augusta 12,4 %, Lentini 13,5 %, Noto 25,5 %, Siracusa 48,6 %.

Per il calcolo del fabbisogno di prestazioni ambulatoriali la popolazione è stata rielaborata secondo i Pesi Ministeriali di consumo del Livello "Assistenza Specialistica" per singola fascia di età prevista.

DISTRETTO	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
AUGUSTA	24.847	24.943	49.790
<i>Melilli</i>			<i>(13.519)</i>
LENTINI	26.247	27.708	53.955
<i>Carlentini</i>			<i>(17.768)</i>
<i>Francofonte</i>			<i>(12.661)</i>
NOTO	50.746	51.233	101.979
<i>Avola</i>			<i>(30.576)</i>
<i>Sub-Distretto Pachino</i>			<i>(47.375)</i>
SIRACUSA	95.616	99.265	194.881
<i>Sub-Distretto Palazzolo</i>			<i>(30.569)</i>
TOTALE	197.456	203.149	400.605

Distretto	Indice di vecchiaia %
Augusta	145,08
Lentini	163,10
Noto	130,89
Siracusa	153,34
Indice di vecchiaia = (popolazione > 65 aa./popolazione 0-14 aa.)*100	

PESI MINISTERIALI Livello di assistenza Specialistica								
Classe Età	< 1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
Peso	0,389	0,221	0,279	0,39	0,65	1,56	2,177	2,074

POPOLAZIONE PROVINCIALE AL 01.01.2018

	< 1 anno	1-4 anni	5-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	> 75 anni	Totale
Popolaz. Totale	3.183	13.622	37.382	42.251	105.916	113.914	44.672	39.665	400.605
Popolaz. Totale Pesata	1.238	3.010	10.430	16.478	68.845	177.706	97.251	82.265	457.224

La Popolazione pesata per Distretto secondo gli indicatori di consumo delle prestazioni specialistiche (Ministero della Salute)

L'applicazione dei Pesi Ministeriali modifica leggermente la popolazione dei diversi Distretti, riducendo percentualmente quella di Noto e aumentando quella di Siracusa e soprattutto Lentini che hanno infatti indici di vecchiaia più alti, mentre la popolazione di Augusta rimane sostanzialmente stabile percentualmente:

Augusta 12,5 %, Lentini 13,8 %, Noto 24,9 %, Siracusa 48,9 %.

Distretto Sanitario di Augusta	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75	Totali
Augusta	270	1.134	3.220	3.621	9.709	10.130	4.536	3.651	36.271
Melilli	112	501	1.334	1.487	3.853	3.823	1.396	1.013	13.519
POPOLAZIONE TOTALE	382	1.635	4.554	5.108	13.562	13.953	5.932	4.664	49.790
POPOLAZIONE PESATA	149	361	1.271	1.992	8.815	21.767	12.914	9.673	56.942

Distretto Sanitario di Lentini	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75	Totali
Carlentini	131	566	1.663	1.719	4.733	4.987	2.202	1.767	17.768
Francofonte	114	461	1.194	1.467	3.203	3.413	1.433	1.376	12.661
Lentini	198	730	2.029	2.324	5.974	6.515	2.827	2.929	23.526
POPOLAZIONE TOTALE	443	1.757	4.886	5.510	13.910	14.915	6.462	6.072	53.955
POPOLAZIONE PESATA	172	388	1.363	2.149	9.042	23.267	14.068	12.593	63.043

Distretto Sanitario di Noto	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75	Totali
Avola	260	1.120	2.015	3.531	8.294	9.067	3.366	2.923	30.576
Noto	211	812	2.409	2.590	6.329	6.829	2.510	2.338	24.028
Pachino	205	842	2.233	2.675	6.151	6.141	2.085	1.905	22.237
Portopalo	35	124	442	472	1.019	1.111	398	331	3.932
Rosolini	160	779	2.251	2.470	5.751	5.755	2.121	1.919	21.206
POPOLAZIONE TOTALE	871	3.677	9.350	11.738	27.544	28.903	10.480	9.416	101.979
POPOLAZIONE PESATA	339	813	2.609	4.578	17.904	45.089	22.815	19.529	113.674

Distretto Sanitario di Siracusa	<1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	>75	Totali
Buccheri	6	47	142	169	461	584	225	345	1.979
Buscemi	4	23	91	108	250	306	106	147	1.035
Canicattini	53	237	632	804	1.724	1.988	764	923	7.125
Cassaro	6	10	59	90	168	233	83	108	757
Ferla	12	73	193	236	602	710	292	329	2.447
Floridia	185	818	2.311	2.622	6.430	6.398	2.114	1.816	22.694
Palazzolo Acreide	46	264	777	819	2.046	2.628	985	1.100	8.665
Priolo Gargallo	115	405	1.173	1.366	3.148	3.504	1.183	989	11.883
Siracusa	924	4.097	11.602	11.919	31.537	35.203	14.206	12.117	121.605
Solarino	89	334	857	927	2.346	2.146	776	655	8.130
Sortino	47	245	755	835	2.188	2.443	1.064	984	8.561
POPOLAZIONE TOTALE	1.487	6.553	18.592	19.895	50.900	56.143	21.798	19.513	194.881
POPOLAZIONE PESATA	578	1.448	5.187	7.759	33.085	87.583	47.454	40.470	223.565

In relazione ai superiori dati di popolazione è stato prodotto un documento che tiene conto anche delle caratteristiche epidemiologiche, delle liste di attesa e della mobilità passiva interregionale, elaborato per ogni singola prestazione utilizzando il tempario allegato all'AIR per la Specialistica Ambulatoriale Interna, D.A. 28 agosto 2012 (Allegato A).

Inoltre, dai Flussi C ed M sono stati ricavati i volumi di prestazioni di tutti gli erogatori pubblici e privati (Ospedalieri e Territoriali), suddivisi per Branca e Distretto. Per ogni volume di prestazioni è stato calcolato il rapporto con la popolazione totale e pesata.

Ai Volumi di prestazioni "interne" è stata aggiunta la Mobilità Passiva per completezza di rilevazione.

Il coefficiente ricavato è stato confrontato con quello medio Nazionale per verificarne il livello di congruità.

Dall'analisi effettuata è stato possibile desumere le carenze nell'offerta e le situazioni per le quali esiste invece una sufficiente risposta delle Strutture (pubbliche e private) dell'Azienda rispetto a quella media Nazionale.

LA MOBILITA' PASSIVA 2018
(La Mobilità Passiva Totale e le Fughe a maggior impatto)

	Mobilità Passiva Totale	Policlinico Catania	AO Cannizzaro	ARNAS Garibaldi	Policlinico Messina	ASP CT Accreditati	ASP RG Strutture Pubbliche	ASP RG Accreditati
Cardiologia	9.523	5.339		977		805	948	
Chir. Gen.	1.788	770						
Ch. Vasc. Ang.	2.024	1.560						
Dermatologia	5.526	4.931						
Endocrin-Diab.	11.449	7.352		2.961				
FKT	5.780		575			4.307		
Gastroenterol.	3.014	1.023			533		414	
Med. Nucleare	4.662		1.417	606		1.426		531
Nefrologia	4.828	836	1.047					2.073
Neurologia	11.531	4.477	596		2.204	3.107		
Oculistica	4.893	2.557		837			838	
Odontoiatria	1.481	803						
Oncologia	9.091	7.089		487				
Ortopedia	1.244						503	
Ost. Ginec.	7.021	3.978	785	1.271			697	
O R L	5.780	3.980	419	576				
Pneumologia	6.976	6.128						
Radiologia	17.123	2.565	1.077	2.231		5.141	807	3.366
Reumatologia	2.332	1.168						
Urologia	1.216	391	451					
Laboratorio	346.032	24.711	2.328	20.359		174.475		90.532

IL FABBISOGNO

Come previsto al punto 6.1 del PRGLA è stata focalizzata l'analisi del Fabbisogno per le prestazioni oggetto di monitoraggio, valutando il volume di prestazioni necessario a garantire per almeno il 90% delle classi di priorità B e D il rispetto dei tempi massimi di Attesa. Sono stati presi in considerazione solo i primi accessi sia per le visite sia per le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema sanitario.

PRESTAZIONE	PRENOTAZIONI			FABBISOGNO	FABBISOGNI FINALI PER CLASSI DI PRIORITA'	
	Classe di Priorità B	Classe di Priorità D	Totale	FABBISOGNO corretto con Mobilità Passiva	Classe di Priorità B	Classe di Priorità D
1^ Visita						
Cardiologica	3.318	3.180	6.498	6.849	3.497	3.352
Chirurgica Vasc.	238	218	456	562	293	269
Endocrinologica	374	827	1.201	1.458	454	1.004
Neurologica	2.012	1.631	3.643	4.288	2.368	1.920
Oculistica	3.053	6.662	9.715	10.521	3.306	7.215
Ortopedica	3.775	4.084	7.859	8.056	3.870	4.186
Ginecologica	1.184	1.581	2.765	3.257	1.395	1.862
Otorinolaringo.ca	3.832	4.858	8.690	9.872	4.353	5.519
Urologica	862	1.221	2.083	2.281	944	1.337
Dermatologica	3.804	5.168	8.972	10.470	4.439	6.031
Fisiatrice	1.776	2.456	4.232	4.359	1.829	2.530
Gastroent.ca	398	574	972	1.206	494	712
Oncologica	161	173	334	585	282	303
Pneumologica	1.276	1.081	2.357	3.309	1.791	1.518

PRESTAZIONE	PRENOTAZIONI			FABBISOGNO FABBISOGNO corretto con Mobilità Passiva	FABBISOGNI FINALI PER CLASSI DI PRIORITA'	
	Classe di Priorità B	Classe di Priorità D	Totale		Classe di Priorità B	Classe di Priorità D
Diagnostica x Immagini						
Mammografia Bil.	553	1.469	2.022	2.162	591	1.571
Mammografia Mon.						
TC Torace	904	673	1.577	1.686	966	720
TC Add. Super.	116	50	166	178	124	54
TC Add. Infer.	94	40	134	143	100	43
TC Add. Completo	681	526	1.207	1.289	727	562
TC cranio-encef.	541	559	1.100	1.176	578	598
TC rach.-speco cerv.	82	106	188	201	88	113
TC rach.-speco torac.						
TC rach.-speco lombos.						
TC bacino - art. S.I.	15	6	21	23	16	7
RM encef.-tronco	171	404	575	615	183	432
RM Add. Inf.-scavo pel.	65	32	97	104	70	34
RM colonna in toto	352	729	1.081	1.156	376	780
Diag. Ecogr. Capo-collo	324	1.376	1.700	1.817	346	1.471
ECDgrafia Cardiaca	1.100	1.382	2.482	2.616	1.159	1.457
ECDgrafia TSA	931	1.737	2.668	2.812	981	1.831
Ecografia Add. Sup.						
Ecografia Add. Inf.						
Ecografia Add. Completo	1.294	2.983	4.277	4.572	1.383	3.189
Ecogr. Bilat. Mammella	163	704	867	927	174	753
Ecogr. Monol. Mammella						
Ecogr. Ostetrica						
Ecogr. Ginecologica	86	356	442	473	92	381
ECD arti inf. Art.-Ven.	1.192	2.082	3.274	3.451	1.256	2.195

PRESTAZIONE	PRENOTAZIONI			FABBISOGNO	FABBISOGNI FINALI PER CLASSI DI PRIORITA'	
	Classe di Priorità B	Classe di Priorità D	Totale		FABBISOGNO corretto con Mobilità Passiva	Classe di Priorità B
Altri esami specialistici						
Colonscopia totale	2.786	770	3.556	4.413	3.457	956
Polipectomia int. Crasso						
EGDscopia	2.379	807	3.186	3.954	2.952	1.002
EGDscopia + biopsia						
ECGrama	15.221	4.776	19.997	21.007	15.990	5.017
ECGrama din. (Holter)	808	259	1.067	1.125	852	273
T. cardiov. Cicloerg. o ped.	188	403	591	623	198	425
Altri T. cardiov. da sforzo						
Es. Audiometrico tonale	500	1.226	1.726	1.961	568	1.393
Spirometria semplice	459	638	1.097	1.540	644	896
Spirometria globale						
Fotografia Fundus	255	1.276	1.531	1.658	276	1.382
EMG semplice arto sup./inf	490	1.004	1.494	1.759	577	1.182
EMG sem. capo/Polisonnog.						
EMG sempl. Tronco						
Valuaz. EMG dinam. Camm.						
Valuaz. EMG dinam. Arto sup.						

Il numero e la tipologia di prestazioni occorrenti, come rilevato dal Fabbisogno sopra esposto, è stato suddiviso per singolo erogatore pubblico e privato limitatamente a quelle prestazioni in cui si è rilevata una particolare criticità nel rispetto dei tempi massimi di attesa (al momento solo per le classi B e D); in pratica gli erogatori dovranno mettere a disposizione dell'Azienda un determinato numero di prestazioni in agende gestite dal CUP; diversi erogatori accreditati hanno già in atto tale tipo di collaborazione con l'ASP di Siracusa. La esposizione del Fabbisogno per le prestazioni critiche è riportato nell'Allegato "A1".

3.2 Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana(IGO2)

I Direttori dei 4 Distretti Sanitari e i Direttori dei P.P.O.O. hanno predisposto l'apertura degli ambulatori, nelle ore serali e nei fine settimana per alcune prestazioni risultate critiche.

Per l'estensione dell'orario si farà fronte con l'art.55 comma 2 lett. "d" del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria per i dipendenti e con attività in plus-orario per gli specialisti ambulatoriali interni (art. 27 comma 5 ACN 17.12.2015), vedi anche punto 3.4

Le nuove ore di specialistica ambulatoriale interna verranno assegnate con vincolo di apertura nelle ore pomeridiane.

3.3 Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva(IGO3)

Il Direttore del Dipartimento delle Scienze Radiologiche ha presentato *"Il Piano di utilizzo delle apparecchiature di diagnostica per immagini"* (Allegato "B").

Per ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di RMN e TAC, ha predisposto un piano di utilizzo delle apparecchiature in dotazione alla ASP che prevede l'apertura delle attività nelle ore serali e nei fine settimana per i servizi di Radiologia del P.O. Umberto I° e P.O. Avola-Noto e limitatamente alle prestazioni TAC anche per gli Ospedali di Augusta e Lentini, Avola e Noto. Il numero di prestazioni programmate sarà coerente con i fabbisogni rilevati dal Piano delle prestazioni necessarie elaborato al punto (IGO1).

(IGO 4) vedi Attività di Ricovero.

3.4 Acquisto di prestazioni aggiuntive da erogare in regime Libero Professionale(IGO5)

L'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni previste dal PRGLA e di acquistare prestazioni aggiuntive da erogare in regime Libero Professionale; l'attività in regime libero-professionale sarà concordata con i professionisti coerentemente al documento di fabbisogno delle prestazioni specialistiche di cui al punto (IGO1) ai criteri di appropriatezza per codice di priorità (IGO2) e ai risultati del monitoraggio sui tempi di attesa (IGO9), (IGO11).

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive avverrà solo per le prestazioni in cui si registra un mancato rispetto dei tempi massimi di attesa e secondo quanto previsto dall'art.55 comma 2 lett. "d" del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

3.5 Attuazione del blocco dell'attività Libero Professionale(IGO6)

L'Azienda si impegna ad adottare una procedura finalizzata al controllo periodico dei volumi di attività prodotte in intramoenia e in regime ordinario affinché, in caso di discrepanze, si possa procedere al blocco delle attività intramoenia. Si impegna altresì alla produzione di un Report annuale nel quale siano evidenziati i volumi di attività istituzionale e quelli in Libera-Professione.

Tale controllo avviene in effetti già da due anni per i Medici che non svolgono prestazioni chirurgiche; da alcuni mesi è stato sviluppato un apposito flusso (oresa) per la quantificazione dei volumi orari dell'attività operatoria, al fine di verificare il rapporto tra attività istituzionale e in libera professione dei medici che svolgono prevalentemente attività chirurgica.

(IGO 7) di competenza regionale.

3.6 Definizione e applicazione dei “percorsi di tutela” (IGO8)

E' stata redatta un'apposita procedura operativa per garantire i “percorsi di tutela” dei cittadini che ne fanno richiesta. Il “percorso” viene attivato nei casi in cui l'Azienda non riesce a garantire la visita specialistica o le prestazioni entro i tempi previsti dalla classe di priorità indicata sulla richiesta del medico curante; sono esclusi dalla “tutela” i cittadini che hanno rifiutato la prima disponibilità all'interno dell'Ambito di Garanzia.

La procedura operativa fa parte integrante del presente documento (Allegato “C”).

3.7 Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali(IGO9)

L'ASP di Siracusa partecipa ai monitoraggi dei tempi di attesa nazionali e regionali.

Risulta sempre più evidente l'esigenza, rappresentata a livello ministeriale e regionale, di raccogliere una puntuale informazione sulle attività sanitarie, per poter conoscere e misurare la performance, le dinamiche ed i risultati delle attività intraprese per il monitoraggio ed il governo del fenomeno delle liste d'attesa. In particolare, conformemente al PNGLA ed al D.A 30 giugno 2011 e coerentemente alle indicazioni riportate al punto 6 del PRGLA 2019/2021 le attività di monitoraggio previste sono:

- a) *Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali;*
- b) *Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali;*
- c) *Monitoraggio delle prestazioni erogate in ALPI (ex ante);*
- d) *Monitoraggio della sospensione delle attività di erogazione;*
- e) *Monitoraggio dei Volumi di prestazioni (Ordinari, Alpi, Accreditati Esterni);*
- f) *Monitoraggio dei Tempi di Attesa per i ricoveri programmati;*

Prestazioni ambulatoriali

Il monitoraggio riguarderà le prestazioni codificate in relazione alla priorità clinica come B (breve) e D (differibile) e solo il primo accesso, presupponendo un'adeguata presa in carico del paziente nel successivo percorso assistenziale specialistico; in questo senso è d'obbligo l'indicazione sulla ricetta di prescrizione medica se trattasi di prima visita o controllo.

E' stato implementato un sistema che consente un inquadramento più completo delle fasi del processo assistenziale diagnostico terapeutico e del rispetto della tempestività operativa, di monitoraggio e controllo dell'intero iter clinico, considerando quindi anche i momenti di approfondimento e di controllo, potenziando ed adeguando l'attuale sistema di informatizzazione per la gestione dei processi di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, soprattutto per quanto riguarda i nuovi campi riguardanti il tipo di accesso, la codifica per priorità clinica e la garanzia dei tempi massimi, predisponendo la revisione e l'aggiornamento delle agende di prenotazione delle strutture eroganti, per renderle congrue rispetto alla codifica delle classi di priorità clinica.

a) Monitoraggio ex post dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali

Il monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge n. 326/2003.

Attraverso i campi del flusso informativo, previsti come obbligatori, riguardanti la data di prenotazione e la data di erogazione, la tipologia di accesso, la garanzia dei tempi massimi, è possibile configurare il monitoraggio per i tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali.

Il PNGLA 2010-2012 ha previsto l'obbligatorietà della compilazione di altri campi, sempre relativamente al flusso ex art. 50, riferiti al primo accesso, per differenziare le prestazioni rispetto ai successivi controlli, alla classe di priorità e alla garanzia dei tempi massimi d'attesa, che permette di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia del rispetto dei tempi massimi d'attesa e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità a lui offerta come garantita. Considerando in aggiunta il codice della struttura che ha evaso la prestazione, già in precedenza obbligatorio, si configura un preciso flusso informativo sui tempi d'attesa della specialistica ambulatoriale che consente un più completo monitoraggio Ex post.

b) Monitoraggio dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante

Conformemente al PRGLA 2019/2021, questa ASP prevede una modalità di monitoraggio dei tempi d'attesa attraverso il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità Ex ante, basato sulla rilevazione trimestrale.

Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio: una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNGLA 2019/2021 (Aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.

Il flusso Ex ante permette di stabilire la congruità del sistema di prenotazione rispetto ai tempi dei codici di priorità indicati sulle ricette.

Il referente aziendale provvede a restituire agli Uffici dell'Assessorato i risultati del monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

c) Monitoraggio dei tempi d'attesa per l'Attività libero-professionale intramuraria (ALPI).

Il monitoraggio dell'ALPI consente di verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e in ALPI. Tale verifica è resa più agevole grazie alle attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in ALPI in atto effettuate tramite i C.U.P. aziendali.

Secondo le indicazioni nazionali e regionali specifiche per consentire anche una maggiore valutazione sulla regolarità e la correttezza dell'ALPI rispetto all'attività istituzionale, l'attività di monitoraggio Ex ante dell'attività ALPI è omogenea ed allineata temporalmente all'attività di monitoraggio Ex ante delle prestazioni ambulatoriali istituzionali.

d) Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni

Un importante elemento di garanzia della efficacia ed efficienza del S.S.R., a garanzia del cittadino, è costituito dalla regolarità che deve avere lo svolgimento dell'attività di erogazione delle prestazioni sanitarie, senza incorrere in sospensioni tranne che per motivi tecnico-organizzativi imprevedibili ed eccezionali. L'art. 1, comma 282 della legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006) nel quadro degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito per le Aziende sanitarie ed ospedaliere il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, disponendo che le Regioni e le P.A. di Trento e Bolzano sono tenute ad adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione può essere ammessa, perché legata a motivi tecnici, dandone informazione semestrale al Ministero della salute, secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 122 del 27 maggio 2002.

Così come previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 122 del 27 maggio 2002 e come disposto dalla nota Assessoriale prot.39621 n. DASAOE/8 del 22.05.2018 - Tempi di Attesa. Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni ed interventi correttivi. Adempimenti LEA 2017.

L'ASP ha adottato, con Atto deliberativo n.1097 del 23.12.2011 e pubblicato sul proprio sito web aziendale, il **Regolamento del Centro Unico di Prenotazione dell'ASP di Siracusa.**

Il suddetto Regolamento, del quale è stata data scrupolosa informazione a tutti gli operatori interessati, agli articoli 11, 18 e 19 ha individuato il protocollo operativo da osservare in caso di assenza improvvisa dello Specialista o motivi tecnici (guasto macchine, aggiornamenti, revisioni etc.) al fine di evitare al massimo il disagio per gli utenti.

Le azioni previste, in linea con la direttiva assessoriale n. 44933 del 27.05.2015 e prot.39621 n. DASAOE/8 del 22.05.2018, dovrebbero garantire ogni opportuna iniziativa atta ad assicurare il regolare svolgimento delle prestazioni sospese a garanzia della tutela della salute del cittadino.

La rilevazione afferisce alle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle Aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto vengono pianificate e quindi gestibili anticipatamente. Non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione è informato il Direttore Sanitario di Presidio o di Distretto, che deve a sua volta informare la Direzione Aziendale; le sospensioni dell'attività di prenotazione non possono avvenire infatti senza l'autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale; la Direzione Aziendale dovrà informare la Regione di ogni sospensione avvenuta e tali informazioni dovranno essere inviate al Ministero della salute; ogni evento di interruzione delle attività di erogazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni: tipologia di prestazione sospesa, motivazione della sospensione, durata della stessa, azioni intraprese per evitarla.

In caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione per gravi ed eccezionali motivi, il Direttore Sanitario Aziendale attiverà idonea procedura atta a garantire l'erogazione della prestazione a favore dei pazienti già inseriti nella relativa lista.

In particolare viene riprogrammata la prenotazione del paziente anche in sovrannumero nei giorni immediatamente successivi alla ripresa dell'erogazione delle prestazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione; di tale riprogrammazione viene data tempestivamente comunicazione al paziente; nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'Azienda disporrà per i nuovi utenti dei pre-appointamenti, indicando un periodo di massima nel quale potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione dovrà essere successivamente comunicata direttamente all'utente.

e) Monitoraggio dei Volumi di prestazioni erogate

Il monitoraggio dei Volumi di prestazioni erogate si svolge nel I° e nel 2° semestre di ogni anno. Vengono considerati i volumi totali delle prestazioni oggetto di monitoraggio. Viene inoltre verificato il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal Professionista in regime istituzionale e in ALPI. Tale verifica è resa più agevole grazie alle attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in ALPI in atto effettuate presso i C.U.P. aziendali come già precisato più sopra.

f) Monitoraggio dei Tempi di Attesa per i ricoveri programmati

vedi Attività di Ricovero.

3.8 Riservare la classe di Priorità P ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi(IGO10)

L'ASP di Siracusa gestisce già gli accessi successivi per prestazioni richieste in P Programmata, separatamente rispetto ai primi accessi. Nella programmazione delle attività ambulatoriali una parte delle ore di attività è riservata alla gestione dei controlli e accessi successivi al primo. E' già in corso di realizzazione, per singolo ambulatorio, la predisposizione di un'agenda interna, accessibile solo allo Specialista e non disponibile per il CUP, che dovrà essere riservata ai pazienti che l'ambulatorio prenderà in carico. L'ambulatorio avrà cura, nello stesso tempo, di redigere la nuova richiesta e relativo foglio di prenotazione per l'appuntamento successivo. Le agende interne consentiranno una maggiore trasparenza e soprattutto una migliore gestione dei bisogni dell'utente. Dal 01/01/2020 la classe P sarà riservata solo ai Primi Accessi che, in ragione dello stato clinico del paziente, possono essere soddisfatti entro 120 giorni dalla prenotazione.

3.9 Monitoraggio dei tempi massimi di attesa-Coordinamento Provinciale-Centralizzazione agende-Visibilità(IGO11 -IGO12-IGO13-IGO17)

Per quanto riguarda le attività di cui ai punti (IGO11 -IGO12-IGO13) della check list, il monitoraggio dei tempi di attesa viene condotto puntualmente secondo le modalità e i tempi descritti al punto (IGO9).

Per le azioni previste dai punti IGO12-IGO13 nel sistema informatico CUP, dedicato alle prenotazioni, confluisce già tutta l'offerta pubblica, parte dell'offerta del privato accreditato-contrattualizzato e tutta l'offerta intramoenia. La funzione di Coordinamento Provinciale viene svolta dalla UOSD CUP-Liste di Attesa.

Le Strutture Accreditate e contrattualizzate che erogano le prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dal PRGLA 2019/2021, faranno confluire al CUP aziendale il 100% delle loro agende per l'intero budget assegnato. Tale processo avverrà gradualmente raggiungendo entro il 2019 almeno il 50% di tutte le prestazioni di tutti gli erogatori privati e sviluppando contemporaneamente, attraverso l'analisi puntuale del fabbisogno riguardante le prestazioni critiche, già dal mese di luglio 2019 una reale azione di committenza da parte dell'ASP.

L'offerta sanitaria per i primi accessi sarà comunque totalmente visibile nel sito aziendale, attraverso apposito link alle agende di prenotazione di tutti gli erogatori.

3.10 Interoperabilità provinciale e interaziendale CUP(IGO 14)

L'azienda è già dotata da anni di un unico CUP provinciale.

3.11 Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni(IGO15)

Nel passato recente si è avuto modo di capire che uno dei problemi delle lunghe liste di attesa veniva determinato dal fatto che lo stesso utente, con la stessa ricetta, prenotava, contemporaneamente, in più strutture ambulatoriali della nostra Azienda (ipoteticamente ciò può avvenire anche in strutture di altre Aziende). L'utilizzo della ricetta elettronica ha consentito di porre argine a questo fenomeno. La ricetta elettronica permette di poter prenotare la visita o la prestazione diagnostica solo su una struttura erogatrice. Questo impedisce le prenotazioni multiple con la stessa ricetta. La presa in carico della richiesta è possibile per una sola struttura (pubblica o privata accreditata).

3.12 Attivare sistemi di disdetta telematica delle prenotazioni(IGO16)

Da Luglio 2015 nell' ASP di Siracusa è attivo un sistema di promemoria telefonico denominato Cup Recall. Il sistema Cup Recall contatta l'utente prenotato sei giorni prima dell'appuntamento per ricordare la prenotazione in sospeso; consente, altresì, premendo direttamente un tasto dal telefono fisso o mobile di confermare o disdire la prenotazione.

Nel 2018 il sistema Cup Recall ha contattato n° 110.322 utenti, 6411 (circa il 5,8 %) di questi hanno rinunciato consentendo alla nostra Azienda di riassegnare i posti lasciati liberi ad altri utenti che quindi hanno potuto beneficiare di prestazioni erogate entro sei giorni. I cittadini hanno dimostrato di accettare e gradire questi nuovi sistemi di comunicazione, anche se non sono mancate all'inizio delle difficoltà, soprattutto per i pazienti più anziani non in confidenza con le nuove tecnologie telefoniche.

3.13 Garantire la gestione separata dei canali di accesso: “primi accessi” e “accessi successivi” (IGO18)

Vedi punto 3.8

3.14 Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale(IGO19)

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Siracusa si impegna a sviluppare un sistema CUP online che consentirà la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relative a visite o esami del SSR e della Libera Professione.

Il servizio dovrà consentire contestualmente di:

- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono, o attraverso lo stesso CUP online;
- pagare il ticket/costo della prestazione con bancomat o carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

3.15 Servizio di prenotazione tramite Farmacie Territoriali(IGO20)

Nel mese di giugno 2019, previo accordo con Federfarma, è stato effettuato un test di verifica sulla possibilità di accesso alle prenotazioni tramite Farmacia Convenzionata. Il test ha dato esito positivo ed è in fase di elaborazione il protocollo d'intesa con le Farmacie che aderiranno all'attività. Si prevede di attivare il servizio già dal mese di settembre 2019.

3.16 Garantire il Governo del fenomeno della prestazione non eseguita(IGO21)

Nonostante il servizio di promemoria telefonica abbia svolto e svolge un'importante attività di conferma o disdetta della prenotazione, rimane ancora importante il numero di persone che abbandonano e non si presentano all'appuntamento fissato. Al fine di governare meglio questo fenomeno si è deciso di:

- a) Avviare una campagna informativa sull'importanza di disdire in caso di impossibilità a rispettare l'appuntamento.
- b) Facilitare la possibilità di cancellare una prenotazione attraverso l'invio di apposita comunicazione per posta elettronica o fax; riconsegna del foglio di prenotazione ad uno degli sportelli CUP presenti in Azienda con priorità di accesso allo stesso ed esclusione dell'attesa (già attiva la casella di posta elettronica disdettacup@asp.sr.it e il numero di fax dedicato 0931/890478).
- c) Contattare direttamente gli utenti, da parte di un operatore, 5/6 giorni prima dell'appuntamento fissato, per le prestazioni maggiormente critiche e con lunghe liste di attesa (già operativo).
- d) Attivare un Numero Verde dedicato.
- e) Realizzare quanto disposto al punto **(IGO22)** del PRGLA.

3.17 Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in casi di prenotazione non disdetta(IGO22)

E' stata redatta una procedura aziendale che consentirà il recupero della quota di compartecipazione in caso di prestazione non disdetta. La procedura prevederà l'obbligo, per il cittadino, di versare la quota di compartecipazione prevista in caso in cui non si presenti per effettuare la visita. La procedura è descritta nell'Allegato "D".

3.18 Presa in carico del paziente cronico(IGO23)

Ulteriore elemento qualificante dell'assistenza specialistica nel suo complesso è l'attivazione di una prassi organizzativa comportante la "presa in carico" del paziente cronico sia in termini organizzativi (ad esempio concentrando in un unico accesso le prestazioni afferenti ad un unico profilo diagnostico-terapeutico), sia in termini clinico - assistenziali.

Per tale aspetto assistenziale è imprescindibile l'apporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta che rappresentano il punto di partenza e di arrivo del percorso ambulatoriale e talora ospedaliero del paziente; l'area della specialistica fornirà la necessaria collaborazione sia per il completamento dell'iter diagnostico che per la realizzazione del piano assistenziale individualizzato e il conseguente follow up attivo.

E' evidente come l'esigenza prima espressa andrà riferita a specifiche patologie croniche di particolare gravità o rilevanza sociale, ovvero ai casi che comportano diagnostiche complesse o ad alto costo, mentre non riguarderà le consulenze aventi natura di mera episodicità, o i casi in cui la richiesta del curante è riferita alla sola esecuzione di esami specialistici.

La dimissione facilitata costituisce la modalità con cui viene realizzata la continuità assistenziale ospedale-territorio e la presa in carico del paziente

cronico: i referenti per le dimissioni facilitate già individuati in ogni presidio ospedaliero comunicano al PUA aziendale di riferimento tutti i dati del paziente cronico in dimissione, per la successiva presa in carico da parte del MMG in stretta collaborazione con gli specialisti territoriali o ospedalieri. La “presa in carico” del paziente cronico si realizza soprattutto attraverso l’implementazione del Percorso Diagnostico-Terapeutico e Assistenziale (PDTA) per la specifica patologia, quale sequenza predefinita, condivisa, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ospedaliero e territoriale con la partecipazione integrata di diversi specialisti e del “medico di famiglia” in funzione di case manager.

Nell’ASP di Siracusa è già in stato avanzato di realizzazione il progetto di PSN “Chronic Care Model” che utilizza una piattaforma informatizzata espressamente dedicata che permetterà di “prendere in carico” i pazienti con Diabete Mellito, Scompenso Cardiaco e BPCO. La piattaforma permetterà l’integrazione con i software in uso ai MMG ed è già compatibile con il Software di gestione del CUP Aziendale. L’ASP di Siracusa prevede di riorganizzare le agende di prenotazione con slot espressamente dedicate ai pazienti cronici (in una prima fase solo per le patologie sopra indicate) in maniera tale da permettere agli specialisti di prenotare direttamente le prestazioni necessarie e nella tempistica prevista, come definita nel PDTA. Come già detto sopra, l’accesso avverrà tramite i PUA (con cui la piattaforma è interfacciata) e il segnalante potrà essere oltre al reparto ospedaliero come Dimissione Facilitata, anche il MMG o uno specialista di branca diversa da quella delle patologie sopra indicate. L’utilizzo a regime della piattaforma permetterà di gestire i pazienti con Diabete Mellito, Scompenso Cardiaco e BPCO, in maniera pro-attiva. L’intero progetto è esposto nell’Allegato “E”.

3.18 bis PDTA

Con Delibera n°50 del 27.01.2019 l’ASP di Siracusa ha recepito il PDTA Cardio-Oncologico previsto dal D.A. 25 maggio 2018; il percorso è già attivato e prevede l’utilizzo dei seguenti indicatori di monitoraggio:

- n° valutazioni cardiologiche (inviate dall’oncologo) per ogni U.O. di Cardiologia/ n° totale pazienti in trattamento oncologico;
- tempo di esecuzione della prima visita cardiologica < 10 giorni per ogni U.O. di Cardiologia.

L’ASP di Siracusa ha adottato anche un PDTA per lo Scompenso Cardiaco che sarà revisionato in relazione alla pubblicazione del nuovo PDTA regionale.

Sono inoltre attivati anche PDTA in altre aree: Diabete e BPCO.

3.19 Informazione e comunicazione sulle Liste di Attesa(IGO 24)

Piano di comunicazione aziendale

Il presente Piano, in linea con le indicazioni regionali, prevede una particolare attenzione nel fornire al cittadino le informazioni necessarie per la fruizione consapevole dei servizi offerti e l’affermazione dei propri diritti.

Nell’ambito delle funzioni della UOS Comunicazione e Informazione-Ufficio URP, sarà prevista una specifica e particolare attenzione agli aspetti organizzativi connessi all’accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ed alla gestione delle liste e tempi di attesa, sia attraverso attività di “sportello” o “comunicazione diretta”, sia attraverso appositi strumenti di comunicazione cartacea (locandine, depliant e brochure) e multimediale (sito web aziendale).

Detto materiale informativo cartaceo (locandine, depliant e brochure) e multimediale sarà predisposto per i medici prescrittori e gli assistiti, nonché diffuso presso tutti i punti di erogazione delle prestazioni, presso i punti di prenotazione (CUP), presso gli studi dei medici prescrittori e mediante il sito web aziendale; riguarderà tutte le informazioni di base:

- l’elenco delle prestazioni per le quali viene assicurato il tempo massimo d’attesa associato alla classe di priorità indicata dal medico prescrittore;

- i criteri clinici e le corrispondenti classi di priorità;
- gli ambiti territoriali entro i quali tale tempo massimo viene assicurato;
- le condizioni di completezza della richiesta necessarie ad individuare in modo corretto la garanzia di accesso prioritario;
- le condizioni che fanno decadere il diritto alla garanzia del tempo d'attesa (rifiuto della prima disponibilità prospettata dal CUP o dallo specialista ospedaliero per il ricovero);
- le modalità da osservare per la disdetta delle prenotazioni.

Rivestirà particolare importanza il sito web Aziendale attraverso il quale comunicare periodicamente i risultati delle attività di monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare relative a:

- rilevazioni regionali delle settimane indice;
- report dei monitoraggi aziendali.

Inoltre il sito web Aziendale verrà utilizzato per aggiornare con frequenza almeno annuale, e ogni qual volta si rendesse necessario:

1. la normativa nazionale e regionale di riferimento;
2. la modifica degli Ambiti di garanzia;
3. i Progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa;
4. il Piano Attuativo Aziendale aggiornato;
5. le Informazioni e le Procedure per il pagamento delle prestazioni in caso di mancata presentazione;
6. le Informazioni e i dati riguardanti la Libera Professione (regolamento aziendale; attività ambulatoriale: elenco dei medici autorizzati, prestazioni, giorni/orari, sede, tariffe; attività di ricovero – equipe autorizzate: prestazioni, sede, tariffe);
7. le misure di contrasto assunte in caso di eventuali criticità;
8. ulteriori attività di comunicazione e informazione che verranno definite e sviluppate nel tempo, anche in esito al coinvolgimento degli Ordini Professionali, delle Organizzazioni Sindacali e degli Organismi di Tutela del Cittadino.

Il Piano della Comunicazione prevederà anche altri strumenti tra i quali comunicati agli organi di stampa, conferenze stampa, rivista aziendale.

Il piano della Comunicazione coinvolgerà, pertanto, tutte le strutture aziendali deputate alla informazione, alla formazione, alle relazioni con il pubblico, alle relazioni sindacali, all'attività informatica, ai rapporti con i medici prescrittori ed erogatori.

3.20 Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale(IGO25)

In coerenza con quanto già espresso al punto 3.7 lettera d), si individua il seguente protocollo operativo da osservare in caso di sospensione dell'attività:

- Il Responsabile Medico di ciascun ambulatorio deve inviare comunicazione scritta al Direttore Medico di Presidio o al Direttore di Distretto, specificando quale prestazione è stata o sarà interrotta, dove, perché e per quanto tempo (da quando a quando);
- Il Direttore di Distretto o di Presidio analizza ed eventualmente convalida la sospensione dandone comunicazione alla Direzione Sanitaria, all'ufficio Relazioni con il Pubblico per l'informazione all'utenza sulle soluzioni adottate, all'Ufficio Coordinamento CUP;
- La Direzione Sanitaria deve informare la Direzione Generale di ogni sospensione avvenuta, rendendo disponibili le seguenti informazioni: per quale prestazione si è sospesa l'erogazione, dove, perché e per quanto tempo;
- Anche se l'erogazione della prestazione viene sospesa non può essere sospesa l'attività di prenotazione che dovrà comunque proseguire, calcolando i tempi in base alla stima del periodo di sospensione;

- Nel caso in cui non sia possibile svolgere nemmeno l'attività di prenotazione, la struttura interessata potrà dare dei pre-appointamenti indicando all'utente i periodi possibili per l'erogazione della prestazione. La data precisa sarà comunicata successivamente;
- Se si verifica una interruzione delle prestazioni erogate per motivi tecnici, per mancanza improvvisa e non prevista del personale, guasto macchina ecc., il personale incaricato della preparazione delle attività di lavoro dei professionisti dovrà adoperarsi per il recupero degli appuntamenti secondo le modalità stabilite precedentemente.

3.21 Coinvolgimento degli organismi territoriali di tutela(IGO26)

Già dal 2010 con Delibera n. 783 del 17/09/2010 nell'ASP di Siracusa è stato costituito il Comitato Consultivo, rinnovato con Delibera n. 51 del 31/01/2015. Al Comitato aderiscono 34 associazioni di volontariato e di tutela del diritto alla salute, sia come associazioni singole sia come consorzi. Le associazioni aderenti operano prevalentemente nel territorio provinciale ed in alcuni casi anche a livello regionale. Il Comitato opera in stretto collegamento con l'URP Aziendale esprimendo pareri non vincolanti nelle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria relativamente agli Atti di Programmazione dell'Azienda, all'elaborazione dei Piani di Educazione Sanitaria e alla verifica della funzionalità dei servizi aziendali. Propone inoltre, campagne di informazione sui diritti degli utenti, sulle attività di prevenzione, sui criteri di accesso ai servizi sanitari e sulle modalità di erogazione degli stessi con particolare riferimento all'aspetto dell'accoglienza. Il Comitato Consultivo partecipa insieme all'Azienda, allo sviluppo della Rete civica della salute.

Al fine di dare seguito a quanto previsto dal PRGLA, il Piano Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa sarà sottoposto alla valutazione del Comitato. Trattandosi di un documento dinamico ed in considerazione della brevità dei termini previsti per la predisposizione dello stesso, gli eventuali rilievi e suggerimenti provenienti da tale organismo saranno considerati nell'aggiornamento del PAA che prevedibilmente si renderà necessario già a fine 2019.

L'ASP di Siracusa prevede di procedere ad un confronto con il Comitato Consultivo, specificatamente in relazione alla problematica delle Liste di Attesa, almeno semestralmente prima di aggiornare il Piano Attuativo. Eventuali altri incontri potranno essere programmati qualora si rendesse necessario. I Verbali delle riunioni del Comitato, qualora venga trattata la tematica riguardante le Liste di Attesa, potranno essere inviate al Coordinamento Provinciale previsto al punto 3.9 (IGO12) per una più fattiva collaborazione tra l'Azienda e il Comitato stesso.

3.22 Individuazione ambiti territoriali di garanzia(IGO27)

L'ASP di Siracusa si impegna, considerata la vastità del territorio, a rivedere gli ambiti territoriali di garanzia nella prospettiva di migliorare i servizi offerti e rispondere adeguatamente e in modo soddisfacente alla domanda di salute e alle aspettative dei cittadini appartenenti al territorio provinciale.

Al momento si ritiene opportuno considerare tutto il territorio come **UNICO ambito territoriale di garanzia**. Ai cittadini viene prospettato il tempo minimo di erogazione per la prestazione richiesta a prescindere dalla sede scelta.

Il cittadino che intende avvalersi di uno specifico erogatore o di un erogatore connesso ad una specifica sede, deve formalizzare un atto di rinuncia al tempo minimo prospettato dall'azienda. In questi casi l'azienda non potrà assicurare la stessa classe di priorità richiesta.

Dal 2020 l'ambito di garanzia sarà progressivamente trasferito a livello distrettuale, iniziando con le prestazioni meno critiche.

ATTIVITA' DI RICOVERO

3.23 Incremento dell'efficienza dei posti letto ospedalieri, incremento delle sedute operatorie(IGO4)

L'implementazione di un sistema di prenotazione informatizzato e centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, come previsto al punto 3.24, permetterà di conoscere in tempo reale le necessità di posti letto in relazione alle liste di attesa. Per rendere operativo il Piano per incrementare l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto, descritto nell'Allegato "F", l'ASP di Siracusa ha previsto l'istituzione della figura del "Bed manager" e adottato il Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento nei Pronto Soccorso che dovrà essere integrato a quello per l'incremento dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto.

L'aumento dell'efficienza nell'utilizzo dei posti letto ospedalieri è legata anche a tutte quelle attività che possono migliorare i processi di deospedalizzazione. Da diversi anni l'ASP di Siracusa ha adottato un modello gestionale per la presa in carico da parte dei servizi territoriali dei pazienti ricoverati che necessitano di una continuità assistenziale in dimissione facilitata o protetta. Tale integrazione Ospedale-Territorio avviene con procedura informatizzata gestita dai PUA:

- il referente (quasi sempre il coordinatore infermieristico) del reparto che dimette segnala al PUA Distrettuale le necessità del paziente e chiede l'attivazione della UVM qualora si tratti di Dimissione Protetta, oppure la presa in carico dell'Ambulatorio Specialistico se si tratta di paziente in Dimissione Facilitata (al momento per Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO);
- nella procedura "Dimissione Protetta" la UVM, dopo valutazione, predispone il PAI del paziente che può prevedere o la presa in carico da parte dell'ADI, o il ricovero presso una RSA, o altro percorso secondo le necessità del paziente;
- nella procedura "Dimissione Facilitata" il paziente segue il percorso dettato dal relativo PDTA; come già descritto al punto 3.18 e nel relativo allegato "E", è in fase di avvio la piattaforma informatica (collegata ai PUA) per la gestione di tali pazienti secondo il "Chronic Care Model".

Al sopra indicato modello organizzativo-gestionale partecipano tutti i reparti Ospedalieri di Medicina-Cardiologia-Geriatria-Ortopedia-Chirurgia Generale e Vascolare-Oncologia-Stroke Unit.

Nell'anno 2018 sono stati presi in carico dal territorio n° 969 pazienti in Dimissione Protetta e n° 189 in Dimissione Facilitata; l'attivazione delle procedure descritte, oltre a determinare un rilevante miglioramento della continuità assistenziale realizzando una sostanziale integrazione Ospedale/Territorio, ha permesso di migliorare anche l'efficienza nell'utilizzo dei posti letto contribuendo ad una più rapida e sicura dimissione dei pazienti "cronici" e "fragili".

3.24 Agende di prenotazione e rispetto tempi massimi di attesa per i ricoveri programmati(IGO9)

Per garantire trasparenza ed equità nella gestione dei ricoveri programmati ogni unità operativa con posti letto adotterà delle agende di prenotazione che saranno visibili presso le Direzioni Mediche di Presidio. Tale modalità è già operativa, in forma cartacea, in alcuni Presidi Ospedalieri dell'ASP.

L'Azienda si impegna ad adottare un sistema di prenotazione informatizzato e centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati; il sistema dovrà tenere conto delle classi di priorità attribuite per il rispetto dei relativi tempi massimi di attesa previsti dalle Classi A-B-C-D.

3.25 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati(IGO11)

L'attività di monitoraggio per i ricoveri viene svolta dalla UOC Medicina Ospedaliera secondo quanto previsto ai punti 6.2 e 8.3 del PRGLA; in particolare per l'anno 2018 sono state monitorate tutte le 17 prestazioni in ricovero ordinario con i relativi tempi di attesa secondo le classi A-B-C-D. Si riportano le Tabelle riassuntive dei tempi di attesa suddivisi per tipologia di intervento e per struttura ospedaliera.

TEMPI DI ATTESA ASP SIRACUSA 2018			
RISPETTO TEMPI DI ATTESA 2018			
Ospedali	NON RISPETTATO	RISPETTATO	Totale
P.O. G. DI MARIA DI AVOLA	91	2417	2508
P.O. GENERALE DI LENTINI	30	2906	2936
P.O. MUSCATELLO DI AUGUSTA	56	911	967
P.O. TRIGONA DI NOTO	95	692	787
P.O. UMBERTO I DI SIRACUSA	472	7114	7586
Totale	744	14040	14784

NUMERO CASI TEMPI DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' 2018						
Ospedali	A 30 GIORNI	B 60 GIORNI	C 180 GIORNI	Ricovero senza attesa massima	Senza classe di priorità	Totale
P.O. G. DI MARIA DI AVOLA	1349				1159	2508
P.O. GENERALE DI LENTINI	989	58	30	9	1850	2936
P.O. MUSCATELLO DI AUGUSTA	573	7	1		386	967
P.O. TRIGONA DI NOTO	565	2	1	2	217	787
P.O. UMBERTO I DI SIRACUSA	2514	390	248	349	4085	7586
Totale	5990	457	280	360	7697	14784

I RISPETTO TEMPI DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' 2018									
OSPEDALI	A 30 GIORNI		B 60 GIORNI		C 180 GIORNI		Ricovero senza attesa massima	Senza classe di priorità	Totale
	NON RISPETTATO	RISPETTATO	NON RISPETTATO	RISPETTATO	NON RISPETTATO	RISPETTATO			
P.O. G. DI MARIA DI AVOLA	91	1258						1159	2508
P.O. GENERALE DI LENTINI	22	967	8	50		30	9	1850	2936
P.O. MUSCATELLO DI AUGUSTA	56	517		7		1		386	967
P.O. TRIGONA DI NOTO	93	472	1	1	1		2	217	787
P.O. UMBERTO I DI SIRACUSA	370	2144	78	312	24	224	349	4085	7586
Totale	632	5358	87	370	25	255	360	7697	14784

N.	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM	A 30 GIORNI		A 60 GIORNI		A 180 GIORNI		RICOVERO SENZA ATTESA MASSIMA	TOTALE
				NON RISPETTATO	RISPETTATO	NON RISPETTATO	RISPETTATO	NON RISPETTATO	RISPETTATO		
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	85.2x; 85.33; 85.34;85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0		91		1				92
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82		1						1
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5	1	60		1			6	68
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49. 48.5; 48.6x	154.x; 197.5	3	24		2				29
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183;184; 198.6; 198.82	1	18		1			3	23

6	Interventi chirurgici per melanoma	86,	172.x	1	1						2
7	Interventi chirurgici per tumore della tiroide maligno	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193		3		1				4
8	By pass aortocoronarico	36.1x									
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07		10	107		1		1	1	120
10	Endoarteriectomia carotidea	38,		3	34		1			1	39
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53		26	44	1	14			1	86
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0								
13	Colecistectomia laparoscopica	51,	574.x; 575.x	75	238	38	37	2	5	3	398
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57		9	126					2	137
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50,			7						7
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49		7	74		6		1		88
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x		57	359	11	50	5	12	1	495