

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021.

PAA-GLA 2019-2021

Sommario

Premessa.....	3
Principale normativa di riferimento.....	4
Obiettivi generali.....	6
Analisi del contesto.....	7
Offerta di specialistica ambulatoriale	9
La costruzione delle liste di attesa	10
Il Sistema Obiettivi Direzione Generale anno 2017	10
Il Sistema Obiettivi Direzione Generale anno 2019	12
Le strutture private convenzionate: Agende Cup e Committenza	14
Progetto “Overbooking” sull’abbattimento delle Liste di Attesa	16
L’appropriatezza prescrittiva	17
Centro Unico Prenotazioni (CUP) provinciale	18
Linee di Intervento.....	20
Interventi per il Governo della Domanda (IGD).....	20
Interventi per il Governo dell’Offerta (IGO).....	21

ASP DI TRAPANI - PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021

Premessa

La garanzia della fruizione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di ricovero, nel rispetto dei tempi indicati dal prescrittore, costituisce uno degli obiettivi prioritari del Servizio Sanitario nazionale e regionale nell'ottica di porre il paziente al centro del Sistema Sanità.

Le liste di attesa, rappresentando una delle principali criticità di numerosi sistemi sanitari, pregiudicano l'accessibilità dei cittadini alle prestazioni specialistiche in tempi coerenti con le esigenze cliniche e determinano conseguente sovraffollamento dei Pronto Soccorso, incremento della disabilità ed anche incremento della mobilità passiva.

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alla necessità di cura dei pazienti è una componente fondamentale della qualità e dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ed esprime il grado di tutela dei diritti di accesso alle cure, di equità e di eguaglianza dei cittadini nell'ambito del S.S.R.

Per le suddette ragioni la normativa nazionale e regionale ha fornito nel tempo indicazioni per affrontare il problema che rimane complesso specie in un contesto caratterizzate da risorse limitate. E' necessario quindi coinvolgere attivamente tutti gli attori del sistema sanitario territoriale ed ospedaliero perché in un clima di cooperazione possano promuovere sia l'appropriatezza clinica che quella prescrittiva. Il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa ha individuato l'ASP di Trapani come responsabile del coordinamento e della realizzazione della interoperabilità aziendale degli applicativi al fine di consentire la piena condivisione delle prenotazioni delle prestazioni tra le Aziende Sanitarie della medesima provincia.

L'interconnessione e l'integrazione delle linee di attività della Programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale deve essere necessariamente affiancata dall'implementazione del Piano nazionale cronicità per una migliore risoluzione dei tempi di attesa.

E' necessario quindi creare una gestione unitaria della specialistica territoriale ed ospedaliera in cui la ASP esercita il ruolo di committenza definendo i fabbisogni delle

prestazioni sulla base delle caratteristiche demografiche, epidemiologiche ed orografiche del territorio.

Il Presente Piano Attuativo Aziendale ha come obiettivi prioritari: facilitare l'accesso alle cure, razionalizzare le risorse ed incrementare la flessibilità dell'offerta.

Si tratta di una serie articolata di interventi che saranno realizzati con gradualità e sottoposti a continuo monitoraggio per verificarne l'efficacia e permetterne le necessarie rimodulazioni.

In ottemperanza a quanto disposto all'Art.3 del D.A. 12 aprile 2019 "Approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021" l'Azienda, con Delibera del Direttore Generale n. 1514 del 25/07/2019, ha individuato il Dirigente Responsabile *pro-tempore* dell'U.O.S. "CUP" quale Referente Aziendale per il governo delle liste di attesa (RA-GLA), il quale coordinerà il Gruppo di lavoro aziendale, in corso di costituzione, ed avrà il compito di favorire l'attuazione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) e del Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (PAA-GLA).

Principale normativa di riferimento

- L. 120 del 2007 s.m. e relativi provvedimenti attuativi;
- Legge di riordino del SSR n. 5/2009 e D.A. n. 2654/2009 che individuano nella valorizzazione del territorio e nella riqualificazione dell'attività specialistica ambulatoriale il percorso indispensabile per l'evoluzione del sistema assistenziale;
- Accordo Stato - Regioni 18 novembre 2010;
- Accordo Stato - Regioni 29 aprile 2010 che comprende le Linee guida Nazionali CUP;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 3832 del 02/10/2017, con cui è stato adottato il Regolamento per la gestione recupero crediti;
- Delibera del Commissario n. 861 del 10/04/2018 con cui è stata parzialmente modificata la precedente delibera n. 3832 del 02/10/2017;
- Piano della salute 2011-2013 approvato con decreto Presidenziale 18 luglio 2011;
- Delibera del Commissario Straordinario n. 3230 del 28/12/2018 con cui è stato aggiornato il Regolamento aziendale sulle modalità organizzative dell'attività libero-professionale intramuraria secondo le indicazioni di cui al Decreto Assessoriale del 07/03/2014, recante "*Rimodulazione delle linee di indirizzo regionali per l'attività libero-professionale*", che fa obbligo alle aziende di predisporre il piano aziendale, contenete i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria dal cui confronto deve risultare che l'ALPI non può globalmente comportare per ciascun dirigente, un volume di prestazioni ed un impegno orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali;

- Decreto Ministeriale n. 70/2015, rubricato quale *“Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativa all’assistenza ospedaliera”*;
- Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento *“Piano nazionale della cronicità”* di cui all’art.5, comma 21, dell’intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;
- Legge n. 23/2015, che declina come suo obiettivo strategico e innovazione di sistema la presa in carico del paziente;
- D.A. n. 22 dell’11 gennaio 2019, recante *“Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 2 aprile 2015, n. 70”*, con cui è stato approvato il provvedimento di riordino della rete ospedaliera siciliana;
- D.A. n. 81 del 24 gennaio 2019, recante *“Mantenimento ed integrazione delle attività del sistema informatizzato e centralizzato Qualità Sicilia SSR”*;
- Intesa n. 1079 del 21 febbraio 2019 sancita tra il Governo stato, le Regioni e le Province Autonome sul piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021;
- D.A. n. 96 del 13 marzo 2019, recante *“Schema di contratto di lavoro per i Direttori generali delle aziende del Servizio sanitario regionale della regione siciliana e Documento obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende sanitarie Siciliane 2019/2020 – Approvazione”* che in riferimento alla valutazione dei Direttori generali prevede l’osservanza degli adempimenti prescritti dal PNGLA e PRGLA al punto b del comma 2 dell’Art. 3 (a pena di decadenza automatica) e nell’Obiettivo n. 3 di salute e Funzionamento *“Monitoraggio e Garanzia dei Tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019/2021 e al PRGLA”*;
- Decreto dell’Assessore Regionale della Salute n. 631 del 12/04/2019, avente ad oggetto *“Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”*, pubblicato nel supplemento ordinario della GURS n. 18 del 26/04/2019, con cui è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 e, conseguentemente, è stato adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA), quale strumento di indirizzo in attuazione del quale le Aziende del SSR devono mettere in atto gli interventi dallo stesso previsti per il governo delle liste di attesa ed il superamento delle criticità relative al mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per le visite specialistiche, per le prestazioni diagnostiche strumentali e per le prestazioni in regime di ricovero;
- Circolare Prot. n. 42123 del 24/05/2019 con cui l’Assessore Regionale della Salute ha emanato le *“Disposizioni per l’attuazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021 di cui al D.A. n. 631 del 12/04/2019”* che prevede, tra l’altro, l’onere delle Aziende sanitarie di predisporre il Programma triennale 2019-2021 anche mediante l’attivo coinvolgimento del Referente aziendale dei tempi di attesa.

Obiettivi generali

Il presente Piano si pone l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza organizzativa, prescrittiva ed erogativa per favorire il contenimento dei tempi di attesa, così da garantire al cittadino servizi sanitari entro tempi appropriati alla patologia ed alla necessità di cura.

Obiettivi specifici:

- Mettere in atto azioni finalizzate a garantire ai cittadini, il rispetto dei tempi massimi d'attesa per almeno il 90-95% dei primi accessi, secondo il codice di priorità individuato dal Medico prescrittore (Medico di Assistenza Primaria, Pediatra di Libera Scelta, Medico Specialista) in base alla situazione clinica rilevata.
- Il prescrittore, affinché il proprio paziente possa effettuare la prestazione entro un idoneo tempo di attesa, deve assegnare una specifica classe di priorità in base alle necessità cliniche rilevate ed informare il cittadino sulla necessità di prenotare la prestazione entro una tempistica coerente con la classe di priorità assegnata. Tutte le ricette dovranno indicare, inoltre, il quesito diagnostico prevalente, al fine di garantire l'effettuazione appropriata delle prestazioni stesse e la corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
- Mettere in atto la più ampia apertura possibile delle strutture erogatrici.
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva.
- Gestire in modo sempre più efficiente le prenotazioni effettuate per mezzo del CUP aziendale.
- Realizzare l'acquisto di prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale come strumento eccezionale e temporaneo, nella misura in cui le stesse possano contribuire ad integrare l'offerta istituzionale e prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa.
- Realizzare la migliore informazione sul tema delle liste di attesa ed il coinvolgimento degli organismi di tutela.
- Effettuare un'attività di monitoraggio sulle linee di intervento del PRGLA 2019-2021 per un'eventuale successiva modifica o aggiornamento del Piano stesso, da realizzarsi anche sulla base delle indicazioni che saranno eventualmente fornite dall'Osservatorio nazionale sulle liste di attesa.
- Promuovere la redazione di un Piano Provinciale per la Gestione delle Liste di attesa. Successivamente alla redazione del Piano Aziendale così come previsto dal DA 631/2019, appare indispensabile una pianificazione a livello provinciale, che tenga conto della mission aziendale, della specializzazione dei servizi, dell'expertise degli operatori, al fine di differenziare l'offerta per livelli assistenziali appropriati e la razionalizzazione delle risorse.

Il cittadino deve poter effettuare la prestazione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la priorità attivata dal prescrittore, in almeno una delle sedi di erogazione,

all'interno degli "ambiti territoriali di garanzia" nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità.

Il cittadino ha il dovere di effettuare la prenotazione coerentemente con la tempistica definita dalla priorità indicata dal prescrittore. Non deve prenotare la medesima prestazione presso più Strutture in caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento fissato, deve annullare tempestivamente la prenotazione in modo da consentire ad un altro utente di usufruire del posto liberato in agenda.

Analisi del contesto

L'ambito territoriale dell'Azienda coincide con quello della Provincia di Trapani. Comprende un territorio suddiviso in 24 comuni con una popolazione residente di 430.758 abitanti censita al 1° gennaio 2019, oltre gli immigrati temporaneamente presenti, distribuiti in 2.460 Km² di superficie, isole comprese.

L'Azienda è articolata territorialmente in Distretti Sanitari, ai sensi della L. R. n. 30/93, e successive modifiche ed integrazioni, e della Legge Regionale n. 5/2009.

Il territorio provinciale è suddiviso nei seguenti sei Distretti Sanitari:

- Distretto di Trapani n.50, comprendente i Comuni di Trapani, Favignana, Paceco, Erice, Valderice, Buseto Palizzolo, Custonaci, San Vito Lo Capo.
- Distretto di Pantelleria n.51, comprende il Comune di Pantelleria.
- Distretto di Marsala n. 52, comprendente i Comuni di Marsala e Petrosino.
- Distretto di Mazara del Vallo n.53, comprendente i Comuni di Mazara del Vallo, Salemi, Vita e Gibellina.
- Distretto di Castelvetro n.54, comprendente i Comuni di Castelvetro, Partanna, Santa Ninfa, Campobello di Mazara, Salaparuta e Poggioreale.
- Distretto di Alcamo n.55, comprendente i Comuni di Alcamo, Castellammare del Golfo e Calatafimi- Segesta.

Nell'ambito del medesimo territorio provinciale insistono i Presidi Ospedalieri che vengono classificati secondo i livelli di complessità crescente previsti dal D.M. n.70/2015:

DEA I Livello – Ospedali Riuniti "S. Antonio Abate di Trapani e Vittorio Emanuele III di Salemi";

- DEA I Livello – Ospedale "Paolo Borsellino" di Marsala;
- DEA I Livello – Ospedale "Abele Ajello" di Mazara del Vallo;
- Presidio di Base – Ospedale "S. Vito e Santo Spirito" di Alcamo;
- Presidio di Base – Ospedale "Vittorio Emanuele II" di Castelvetro;
- Presidio in ZONA DISAGIATA – Ospedale "Bernardo Nagar" di Pantelleria.

L'Azienda eroga servizi sanitari agli utenti dei seguenti Comuni:

	Comune	Popolazione <i>residenti</i>	Superficie <i>km²</i>	Densità <i>abitanti/km²</i>	Altitudine <i>m s.l.m.</i>
1	Alcamo	45.190	130,90	348	258
2	Busetto Palizzolo	2.910	72,81	40	249
3	Calatafimi-Segesta	6.507	154,86	42	338
4	Campobello di Mazara	11.758	65,83	178	110
5	Castellammare del Golfo	15.139	127,32	119	26
6	Castelvetrano	31.253	209,76	149	187
7	Custonaci	5.561	69,90	80	186
8	Erice	27.567	47,34	582	751
9	Favignana	4.337	38,32	114	6
10	Gibellina	3.981	46,57	86,2	233
11	Marsala	82.640	243,26	340	12
12	Mazara del Vallo	51.553	274,64	187	8
13	Paceco	11.221	58,01	195	36
14	Pantelleria	7.702	84,53	92	5
15	Partanna	10.337	82,73	126	414
16	Petrosino	8.127	45,28	180	13
17	Poggioreale	1.478	37,46	39	189
18	Salaparuta	1.639	41,42	40	171
19	Salemi	10.532	182,42	58	446
20	San Vito Lo Capo	4.767	60,12	78	6
21	Santa Ninfa	4.969	60,94	81	410
22	TRAPANI	67.531	273,13	248	3
23	Valderice	12.113	52,96	231	240
24	Vita	1.946	9,10	219	480
	TOTALE	430.758			

Dati ISTAT aggiornati al 1° gennaio 2019

L'offerta garantita dalla ASP di Trapani è rappresentata da Presidi Ospedalieri territoriali, da Poliambulatori all'interno di PTA, da Case di Cura Private Accreditate e da numerose strutture ambulatoriali private accreditate.

Nella tabella che segue vengono riportate, suddivise per tipologia e per distretto, le Strutture che afferiscono al territorio dell'ASP di Trapani che erogano prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

N.	Distretti Sanitari	Presidi Ospedalieri Aziendali	Poliambulatori	Case di Cura private accreditate	Strutture Private Accreditate (n. 116 in totale)
50	Trapani	1	1 + 2 satelliti (Valderice e Paceco)	2 (Sant'Anna e Villa dei Gerani)	33
51	Pantelleria	1	1		1
52	Marsala	1	1 + 1 satellite (Petrosino)	1 (Morana)	23
53	Mazara del Vallo	1	1 + 1 satellite (Salemi)		18
54	Castelvetrano	1	1 + 1 satellite (Partanna)	1 (Vittoria)	21
55	Alcamo	1	1 + 2 satelliti (Castellammare del Golfo e Calatafimi-Segesta)		20

Offerta di specialistica ambulatoriale

Le ore di specialistica offerte dai poliambulatori aziendali sono divise tra le varie branche e erogate per la maggior parte da Specialisti ambulatoriali interni.

Il seguente schema mostra il numero degli Specialisti ambulatoriali interni, il totale delle ore prestate dagli stessi su base settimanale, il numero delle Strutture/Specialisti privati accreditati ed il totale ore lavorate dagli Specialisti dipendenti su base mensile negli ambulatori pubblici dell'ASP.

Branca	Num. Specialisti ambulatoriali interni	Tot. Ore Specialisti ambulatoriali interni su base settimanale	Numero Strutture/Specialisti privati accreditati	Tot. Ore Specialisti dipendenti su base mensile
Allergologia	1	24		72
Anestesia e Terapia Antalgica				47
Angiologia	1	34		16
Audiologia	2	21		90
Cardiologia	8	193,50	3	647
Chirurgia	1	6		412
Chirurgia vascolare	1	10		54
Dermatologia	6	109	2	446
Diabetologia	5	92		334
Dietologia				13
Ematologia				36
Endocrinologia	5	87		262
Fisiatria	4	94	21	237

Foniatría	1	24		63
Gastroenterologia				159
Geriatría				28
Medicina dello Sport				96
Medicina Generale				74
Medicina Interna				31
Nefrología	1	36	8	180
Neurología	4	101	3	504
Oculística	7	192	9	637
Odontoiatría	4	138	16 (di cui 1 in fase trasf. rapporto accreditamento)	236
Oncologia				131
Ortopedia	5	89	4	217
Ostetricia e Ginecologia	1	5	3	349
Otorino	6	150,50	1	751
Patologia Clinica	2	64	32	
Pediatria				37
Pneumologia	2	50		238
Psichiatria				
Radiologia	3	46	15	806
Medicina Nucleare			2 (di cui 1 inattiva)	
Reumatologia	2	43		93
Urología	2	53		229
Totale	75	1.662	118	7.525

L'ASP di Trapani ed i precedenti interventi per la gestione delle liste di attesa

La costruzione delle liste di attesa

Così come pubblicato sul sito web aziendale (<http://www.asptrapani.it>), l'ASP di Trapani è dotata di un documento denominato "Criteri per la formazione delle liste di attesa".

Il Sistema Obiettivi Direzione Generale anno 2017

Relativamente agli interventi già posti in essere da questa Azienda, si precisa che il SODG 2017 ha già previsto specifici obiettivi ed indicatori di risultato relativi alla Gestione delle Liste d'attesa ed in particolare l'intervento 2.2 teneva conto del "Monitoraggio dei tempi d'attesa" mentre il 2.3 della "Trasparenza dei dati sui tempi e liste di attesa".

Gli interventi previsti ed i risultati raggiunti al 31/12/2017 risultavano essere i seguenti:

Descrizione e articolazione dell'intervento	Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2017
<p>2.2A Attività e funzionamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa dell'art.2 del D.A. 439 – 2015:</p> <p>a. Monitoraggio e analisi dei dati derivanti dai flussi informativi dei tempi di attesa delle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate ricadenti nell'area provinciale di competenza;</p> <p>b. Analisi delle cause profonde dei fattori favorevoli le criticità locali;</p> <p>c. Individuazione e pianificazione di soluzioni condivise, anche attraverso la formalizzazione di accordi interaziendali e/o interprovinciali;</p> <p>d. Pianificazione e realizzazione di programmi formativi aziendali per il governo delle liste di attesa in coerenza alle indicazioni della Cabina di Regia Regionale di cui all'art.3.</p>	<p>2.2A Report Annuale sui punti a) b) c) d) dell'art.2 di cui all'art. 2 DA 439/2015 da pubblicare sul sito web aziendale.</p>	<p>2.2A SI</p>
<p>2.2B Analisi campi flusso SDO: report semestrale che analizza tutti i campi del flusso SDO e livelli di garanzia.</p> <p><i>NOTA: Si procederà all'esame dei dati così come indicato nelle Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010).</i></p>	<p>2.2B</p> <p>N. campi compilati (data prenotazione, classe di priorità)</p> <p>-----x100</p> <p>N. campi da compilare</p>	<p>2.2B >=90%</p>
<p>2.2C Applicazione del modello delle priorità cliniche condivise (RAO) per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in ambito aziendale.</p>	<p>2.2C Aderenza alle indicazioni regionali/Agenas</p>	<p>2.2C SI</p>
<p>2.2E Monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni:</p> <p>a. Il monitoraggio deve essere effettuato come da Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (dicembre 2010);</p> <p>b. Sulla base delle criticità correlate alla sospensione delle prestazioni devono essere predisposti i relativi interventi correttivi;</p> <p>c. Pubblicazione dei report semestrali e degli interventi correttivi sul sito web.</p> <p><i>NOTA: Viene richiesto l'effettivo monitoraggio (comprovato da idonea documentazione) da parte dell'Azienda sugli interventi messi in atto dalle strutture sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.. Inoltre si chiede se l'Azienda sia venuta a conoscenza dell'eventuale sospensione dell'attività di prenotazione e quali interventi abbia intrapreso.</i></p>	<p>2.2E Monitoraggio:</p> <p>a. Report Semestrale;</p> <p>b. Report con interventi correttivi;</p> <p>c. Pubblicazione sul sito web aziendale.</p>	<p>2.2E SI</p>
<p>2.3 Pubblicare e puntualmente aggiornare sui siti web delle Aziende erogatrici, la sezione "Liste di attesa/ Tempi di Attesa"</p>	<p>2.3 Evidenza di pubblicazione ed aggiornamento sul sito web</p>	<p>2.3 SI</p>

Il Sistema Obiettivi Direzione Generale anno 2019

Relativamente alle attività dal SODG previste per il 2019, si riportano i seguenti interventi:

Descrizione e articolazione dell'intervento	Indicatore di risultato	Valore obiettivo al 31.12.2019
<p>3.1 Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali:</p> <p>In modalità ex-post la valutazione dell'obiettivo prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> Per tutte le 8 prestazioni rispetto alla corretta copertura dei campi relativi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo di accesso, Classe di priorità, Garanzia dei tempi massimi; Si procederà all'esame dei dati pervenuti alla Regione individuando le stesse soglie di garanzia richieste alla Regione come adempimenti LEA; Il raggiungimento del valore soglia per ognuna delle otto prestazioni (visita oculistica; mammografia; TAC torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici; RMN colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica-Ginecologica; Visita Ortopedica; Visita Cardiologica. <p>PREREQUISITO: Relativamente al calcolo degli indicatori, si sottolinea che lo stesso è possibile qualora tutti i campi siano valorizzati, in media, al 90% nei flussi della specialistica ambulatoriale (flusso C, M e XML ex art.50)</p> <p>Tracking: Monitoraggio trimestrale</p> <p>3.2 La valutazione del sub-obiettivo 3.2 viene effettuata secondo la metodologia riportata nei paragrafi 6.1 e 8.2 del PRGLA 2019-2021 e nelle "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi" allegate al PRGLA (Allegato B).</p> <p>Per il 2019 viene definita la seguente modalità di Monitoraggio: una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNLGA 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. Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.</p> <p>Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore: l'accesso al sistema di valutazione dell'obiettivo avviene solo se l'Azienda ha debitamente prodotto il monitoraggio ex ante stabilito dalla Regione sulla base delle indicazioni nazionali</p> <p>Tracking: Monitoraggio trimestrale</p>	<p>3.1</p> <p>N. di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B</p> <p>-----x100</p> <p>N. totale di prestazioni con classe di priorità B</p> <p>N. di prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D</p> <p>-----x100</p> <p>N. totale di prestazioni con classe di priorità D</p> <p>3.2</p> <p>Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)</p> <p>-----x100</p> <p>Totale prestazioni prenotate in classe B</p> <p>Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)</p> <p>-----x100</p> <p>Totale prestazioni prenotate in classe D</p>	<p>3.1</p> <p>OBJ 100% se:</p> <p>Per le 8 prest. In media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 50% per <u>ognuna di esse</u>.</p> <p>L'assenza del pre-requisito (valorizzazione della media del 90% di tutti i campi previsti) non consente il raggiungimento dell'obiettivo (a prescindere dal livello di soglia di garanzia raggiunto). Qualora anche uno solo degli indicatori non raggiunga la soglia prevista, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.</p> <p>3.2</p> <p>Livello I: OBJ 100% se: Per le 43 prest. crit. In media per le classi B e D la soglia di garanzia è >= 90%.</p> <p>Livello II: OBJ 50% se: Per le 43 prest. crit. In media per le classi B e D la soglia di garanzia è compresa tra 85% e 89%.</p> <p>Livello I: il mancato raggiungimento del 90% anche in una sola delle due classi (B o D) non consente il raggiungimento del livello I.</p> <p>SI = 100% del valore dell'obiettivo; valori ≥ 90% B e ≥ 90% D);</p> <p>NO = si passa al Livello II</p> <p>Livello II: il mancato raggiungimento valore compreso tra 85% e 89% anche in una sola delle due classi (B o D) non consente il raggiungimento del livello II</p>

<p>3.3 Tale monitoraggio viene effettuato per tutte le prestazioni comprese nell'elenco "prestazioni di ricovero oggetto di Monitoraggio":</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Interventi chirurgici tumore maligno Mammella 2) Interventi chirurgici tumore maligno Prostata 3) Interventi chirurgici tumore maligno colon 4) Interventi chirurgici tumore maligno retto 5) Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero 6) Interventi chirurgici per melanoma 7) Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide 8) By pass aortocoronarico 9) Angioplastica Coronarica (PTCA) 10) Endoarteriectomia carotidea 11) Intervento protesi d'anca 12) Interventi chirurgici tumore del Polmone 13) Colecistectomia laparoscopica 14) Coronarografia 15) Biopsia percutanea del fegato 16) Emorroidectomia 17) Riparazione ernia inguinale <p>Secondo le modalità indicate nel paragrafo 6.2 e 8.3 del PRGLA 2019-2021 e nell'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa".</p>	<p>3.3 Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.</p> <p>Formula:</p> $\frac{\text{n}^\circ \text{ prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa}}{\text{n}^\circ \text{ prestazioni totali per Classe di priorità A.}} \times 100$	<p>3.3 Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Interventi chirurgici tumore maligno Mammella 74,5 2) Interventi chirurgici tumore maligno Prostata 50,8 3) Interventi chirurgici tumore maligno colon 86,7 4) Interventi chirurgici tumore maligno retto 77,8 5) Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero 83,5 6) Interventi chirurgici per melanoma 89,1 7) Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide 68,1 8) By pass aortocoronarico 84,9 9) Angioplastica Coronarica (PTCA) 88,6 10) Endoarteriectomia carotidea 61,0 11) Intervento protesi d'anca 66,7 12) Interventi chirurgici tumore del Polmone 78,4 13) Colecistectomia laparoscopica 67,0 14) Coronarografia 85,0 15) Biopsia percutanea del fegato 90,0 16) Emorroidectomia 73,3 17) Riparazione ernia inguinale 72,8
<p>3.4 Le Aziende Sanitarie devono garantire:</p> <p>La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale secondo le modalità riportate nel capitolo 8.4 del PRGLA;</p> <p>La vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da art.1, comma 282 e 284, della Legge n.266/2005</p>	<p>3.4 Garantire la vigilanza</p>	<p>3.4 SI</p>
<p>3.5 Le Aziende Sanitarie devono garantire l'informazione e la comunicazione:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Sulle liste di attesa; b) Sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni; c) Sui percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi; <p>Sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA.</p> <p>attraverso sezioni dedicate e accessibili sul sito Web</p>	<p>3.5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) L'Azienda deve realizzare l'intervento "informazione e comunicazione sulle liste di attesa"; 2) L'Azienda deve garantire la presenza sul sito WEB della sezione su Liste e Tempi d'attesa, come indicato nel paragrafo 8.7 del PRGLA 	<p>3.5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) SI; 2) SI.

aziendale, campagne informative, URP, Carte dei Servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.		
<p>3.6 Le Aziende Sanitarie devono garantire:</p> <p>Per i CUP la completa visibilità delle Agende di prenotazione al fine di consentire ogni modalità di prenotazione delle prestazioni offerte dal sistema pubblico compreso l'ALPI e dal privato (l'accreditato si impegnerà a collaborare con la pubblica amministrazione nel sistema di gestione dei tempi e delle liste d'attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie agende di prenotazione, pena la risoluzione del contratto)</p>	<p>3.6 Garantire nel Programma Attuativo Aziendale G.L.A. la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata</p>	<p>3.6 SI</p>
<p>3.7 Le Aziende Sanitarie adottano, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, già sperimentato nella Regione Siciliana. Il modello RAO prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni, facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già adottato dalla Regione Siciliana nella fase sperimentale – Allegato C PRGLA</p>	<p>3.7 Aderenza alle direttive nazionali e regionali</p>	<p>3.7 SI</p>

Le strutture private convenzionate: Agende Cup e Committenza

Rispetto invece all'impatto sulle Liste di Attesa delle prestazioni erogate dalle strutture private convenzionate, si segnalano di seguito due principalmente interventi già posti in essere dall'ASP di Trapani e nello specifico:

1. Inserimento di alcune agende dei privati convenzionati nel sistema CUP
2. Formulazione delle schede quali-quantitative e attribuzione delle stesse alle strutture private convenzionate (alcune branche) nell'ambito della stipula dei contratti di assegnazione del budget.

Per ciò che riguarda le prestazioni erogate dai privati convenzionati prenotabili tramite CUP, si rappresenta che in atto sono inserite a sistema n. 95 prestazioni afferenti a n. 4 branche a visita più diagnostica per immagini, così come si rileva dal report estratto dal sistema CUP ed allegato al presente documento.

Relativamente al concetto di committenza, nell'anno 2018 il Dipartimento "Cure Primarie" ha elaborato uno specifico documento contenente anche le schede quali-quantitative consegnate in seguito alle strutture convenzionate esterne nell'ambito della stipula dei contratti di assegnazione del budget. Le schede quali-quantitative, previste nei decreti di determinazione degli aggregati di spesa provinciali, sono state elaborate tenendo

conto della rete dell'offerta pubblica e privata della Provincia con particolare riferimento alle peculiarità dell'offerta distrettuale attraverso uno studio dettagliato delle liste di attesa.

Proprio lo studio delle liste di attesa riferite al mese di Gennaio 2018, estrapolate dal sistema CUP aziendale, ha consentito di estrapolare le prestazioni su cui l'Azienda risulta particolarmente carente in termini di tempi di risposta alla domanda dei cittadini.

Si è dunque proceduto, per Distretto Sanitario, a comparare le liste di attesa, per ciò che concerne le prestazioni programmabili (le prestazioni urgenti e brevi vengono assicurate, nel 95% dei casi circa, entro i termini di legge), nell'ambito delle attività ambulatoriali erogate in ambiente ospedaliero e territoriale, al fine di analizzare il fabbisogno non solo in termini di tempestività della prestazione ma anche sul versante dell'accessibilità alle cure.

Si è ritenuto opportuno incentrare l'attenzione sulla branca di radiodiagnostica e sulle branche di cardiologia, angiologia e oculistica dal momento che su alcune prestazioni considerate "critiche" così come da D.A. 30/06/2011, recante *"Piano Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa 2011-2013"*, in cui si è registrata una maggiore sofferenza.

Naturalmente sono state poste a confronto solo quelle prestazioni che vengono erogate anche da strutture private accreditate e contrattualizzate con questa Azienda.

L'aspetto qualitativo è stato dunque ricavato, per ogni struttura, in funzione all'analisi sopra descritta.

Relativamente al fattore quantitativo, lo stesso ha avuto come parametro i tempi massimi di attesa per prestazioni programmabili in relazione ai criteri di priorità stabiliti dal D.A. 30.06.2011 e pertanto, fermo restando il budget assegnato, si è chiesto ad ogni struttura un aumento percentuale di prestazioni da erogare rispetto all'anno precedente.

Si è dunque proceduto a richiedere un incremento quantitativo delle prestazioni in interesse rapportando tale incremento al numero di giornate di attesa rilevato nel Distretto in cui insisteva la struttura (attività ambulatoriale territoriale e ospedaliera) tendendo quanto più possibile ai limiti stabiliti dal D.A. sopra citato.

In linea generale, se le liste di attesa superavano i 180 giorni è stato richiesto un incremento del 10% delle prestazioni in interesse rispetto a quanto reso nell'anno precedente mentre, se le liste di attesa risultavano inferiori, è stato richiesto un incremento del 5%.

Obiettivo del lavoro è stato quello di contribuire a ricondurre a regime le liste di attesa aziendali (tempi di attesa superiori a 180 giorni) oltre che produrre un miglioramento delle performance aziendali in risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Progetto “Overbooking” sull’abbattimento delle Liste di Attesa

Ai sensi dell’art. 9 del vigente AIR della Specialistica, in atto gli Specialisti Convenzionati Interni partecipano, su base volontaria, al Progetto sull’abbattimento delle Liste di attesa il cui costo è compreso nello specifico aggregato di spesa (anno 2019 € 200.000,00 circa).

L’abbattimento delle liste di attesa si sviluppa o mediante overbooking (aumento visite durante le ore di lavoro) o mediante ampliamento della fascia oraria. I Progetti vengono naturalmente approvati e monitorati dal CPVA.

Proprio in relazione ai progetti di cui all’articolo 9 dell’A.I.R, il CPVA ha elaborato il documento “*Brevi linee guida per la realizzazione dei Programmi e Progetti finalizzati di cui all’articolo 9 dell’A.I.R. anno 2019*”.

Per l’anno 2019 il progetto abbattimento liste di attesa mediante overbooking ha interessato i seguenti specialisti suddivisi per branca e per Distretto.

OVERBOOKING						
	TRAPANI	PANTELLERIA	MARSALA	MAZARA	ALCAMO	C/VETRANO
Branche	n. specialisti					
Angiologia	1					1
Audiologia					1	1
Cardiologia	2	1	3	3	1	2
Dermatologia	2	1	2	1		1
Diabetologia					1	1
Endocrinologia	1	1	1	1	1	1
Oculistica	3	1	2	2	3	1
Neurologia	1	1	1	1	1	
Odontoiatria	1	1	1			2
Orl	1		1			
Ortopedia	1		2			1
Reumatologia				1		
Urologia	1			1	1	1

Relativamente al progetto abbattimento liste di attesa mediante ampliamento fascia oraria i progetti hanno consentito il potenziamento delle attività secondo il seguente schema:

AMPLIAMENTO FASCIA ORARIA						
	TRAPANI	PANTELLERIA	MARSALA	MAZARA	ALCAMO	C/VETRANO
Odontoiatria	1ora				1½ora	1ore
Chirurgia vasc.	2 ore					2 ore
Odontoiatria	3,30 ore					
Fisiatria	2 ore					
Orl	1,30 ore	1,30 ore		1 ore	4 ore	
Radiologia	4 ore					
Urologia	4 ore					
Pneumologia			4 ore			
Diabetologia			4 ore			
Nefrologia				4 ore		

L'appropriatezza prescrittiva

Nell'ambito della Specialistica convenzionata esterna i Distretti Sanitari pongono in essere regolari controlli sulle prescrizioni effettuate dai MMG.

Al fine di dare uniformità alle operazioni di controllo in tutti i Distretti Sanitari, il Direttore del Dipartimento Cure Primarie, con nota Prot. 90342 del 26.09.2017 (ALLEGATO 5), ha ribadito ai Direttori dei Distretti le tipologie di controllo da porre in essere sulle Strutture Convenzionate Esterne e nello specifico:

Controlli amministrativo contabili sui flussi informativi

1. Controllo logico formale e amministrativo/contabile del flusso M
2. Verifica della corrispondenza tra i dati a valore del flusso e della distinta riepilogativa a firma del responsabile della struttura convenzionata
3. Controllo congruità importi Flusso M e XML
4. Controllo regolarità invii mensili a SOGEI (ex art. 50)

Controlli amministrativi su ricette e rendiconti

1. Verifica della corretta corrispondenza delle ricette trasmesse in allegato al rendiconto
2. Verifica della corrispondenza tra prestazioni prescritte e richieste in pagamento

Controlli tecnico-sanitari su ricette e rendiconti

1. Verifica delle prestazioni esenti dalla partecipazione al costo
2. Verifica delle prestazioni richieste per singolo assistito e degli intervalli di tempo intercorsi tra le stesse.

Controlli sulle incompatibilità del personale operante c/o le Strutture Convenzionate

Detti controlli devono essere effettuati con cadenza annuale, incrociando i nominativi del personale con le altre Aziende operanti in Regione

Controlli sull'appropriatezza delle prestazioni

1. Verifica sull'appropriatezza delle prestazioni richieste in relazione al quesito diagnostico o alla motivazione clinica. In proposito si ricordano le disposizioni di cui al D.A. 17.12.2013 e s.m.i. per l'erogazione di prestazioni di radioterapia, medicina nucleare, TAC e RMN.

Controlli di congruità

1. Definizione della capacità erogativa di ogni Struttura e relativa notifica, ad inizio anno, al Centro interessato
2. Verifica da effettuarsi ai sensi delle Linee Guida attualmente vigenti in Azienda

Controlli su convocazione degli assistiti

1. Verifiche da effettuarsi su campione di assistiti convocati presso il Distretto

Centro Unico Prenotazioni (CUP) provinciale

Nell'ASP di Trapani é attivo il CUP Unico Provinciale, attraverso il quale viene anche gestita l'agenda informatizzata di tutti gli specialisti operanti nell'Azienda.

Grazie al sistema di gestione informatizzata delle prenotazioni, è possibile accedere, da un qualunque punto di prenotazione e con identica modalità, alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate dalle strutture che operano sul territorio provinciale.

Al momento della prenotazione, il cittadino può conoscere il tempo di attesa delle strutture presenti nel suo distretto o delle altre, distribuite in ambito provinciale; in questo

modo può valutare se scegliere la prima disponibilità, indipendentemente dalla sede, oppure scegliere la struttura preferita, indipendentemente dal tempo di attesa.

Ad oggi sono stati attivati nell'ASP di Trapani 53 Sportelli CUP e n. 3 Sportelli presso i Laboratori di Analisi pubblici.

E' possibile prenotare prestazioni in regime SSN (con la ricetta dematerializzata o con la ricetta rossa) presso gli sportelli CUP presenti nei n. 6 distretti sanitari della provincia, sia direttamente on-line, per le prestazioni già attivate. E' inoltre possibile prenotare prestazioni in regime di libera professione.

Visibilità delle liste di attesa

L'ASP di Trapani provvede regolarmente a pubblicare, in tempo reale, sul sito web aziendale, i tempi minimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni, che possono essere consultati mediante l'inserimento della descrizione di una prestazione o il suo codice ministeriale per visionare il relativo tempo di attesa

Riduzione del fenomeno del "Drop-Out"

Al fine anche di incidere sul fenomeno del "Drop-out" ed in particolar modo per porre un deterrente alla diffusa prassi del cittadino di non presentarsi alle visite già prenotate senza effettuare la disdetta della prenotazione, l'ASP di Trapani ha adottato, con Delibera n. 861 del 10/04/2018, a modificazione della Delibera n. 3832 del 02/10/2017, il "*Regolamento Aziendale per il recupero dei crediti, la verifica dell'esenzione ticket in base al reddito, e l'applicazione delle sanzioni*", prevedendo specifiche procedure per visite non effettuate e/o referti non ritirati.

La presa in carico del Paziente Cronico

La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per il governo del fenomeno delle liste di attesa in quanto consente una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che, direttamente programmate dalla struttura, consentono una migliore gestione delle Agende.

Nell'ASP di Trapani gli Ambulatori Gestione Integrata per il Diabete Mellito e lo Scompenso Cardiaco sono operativi in tutti i Distretti Sanitari ad eccezione di Pantelleria mentre l'AGI BPCO è attivo nei Distretti Sanitari di Trapani, Marsala e Castelvetro.

In tutti i Distretti è inoltre attivo lo Sportello Paziente Cronico.

Relativamente all'operatività degli AGI, nell'anno 2018 sono stati registrati i seguenti dati di attività:

- N. 77 MMG operanti negli AGI
- N. 3.745 pazienti in carico agli AGI Diabete Mellito

- N. 2.652 pazienti in carico agli AGI Scopenso Cardiaco
- N. 217 pazienti in carico agli AGI BPCO

Sono dunque stati presi in carico, nell'anno 2018, n. 6.614 pazienti cronici, soggetti a cui è stato garantito un follow-up programmato e un inserimento diretto delle prestazioni nelle agende degli Specialisti tramite accesso diretto degli operatori degli Sportelli Paziente Cronico alla piattaforma CUP.

Attività libero professionale intramuraria

Con Deliberazione n. 3230 del 28/12/2018, l'ASP di Trapani ha approvato il *“Regolamento per la disciplina dell'attività libero professionale intramuraria della Dirigenza medica, veterinaria e del ruolo sanitario”*.

Nello specifico l'art. 14 di detto regolamento prevede l'istituzione della *“Commissione Paritetica Aziendale e di Verifica”* cui viene affidato, tra i compiti, quello di verificare il mantenimento del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e volumi di attività della libera professione intramuraria.

Il successivo art. 16, inoltre, prevede l'istituzione di una specifica funzione per il *“Controllo sanitario ALPI e monitoraggio Liste di Attesa”*, ovvero il monitoraggio in ordine alle liste di attesa ALPI ed alle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, *“... al fine di assicurare il rispetto dei tempi massimi individuati dai vigenti provvedimenti regionali, trasmettendone i risultati con cadenza trimestrale alla Direzione Strategica ed al Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali.”*

Linee di Intervento

Le linee di intervento previste nel Piano Aziendale rispecchiano fedelmente quelle indicate nel Piano Regionale e vengono pertanto suddivisi in Interventi per il Governo della Domanda (IGD) ed Interventi per il governo dell'Offerta (IGO)

Interventi per il Governo della Domanda (IGD)

In questa sezione vengono analizzati gli interventi di razionalizzazione della domanda in base a criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa nonché quelli relativi al monitoraggio delle prescrizioni.

Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva (IGD1)

Gli interventi previsti dal Piano Regionale: utilizzo sistematico delle classi di priorità; presenza del quesito diagnostico; corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi; sono in atto garantiti dalla ASP di Trapani che, secondo quanto previsto dal PRGLA effettuerà un'attività di monitoraggio annuale (a partire dal 30/01/2020 con la redazione di specifico report.

Si prevede la possibilità di attivare dei processi di valutazione delle prescrizioni effettuate da parte degli specialisti ambulatoriali nell'ambito di progetti incentivanti ai sensi dell'AIR 2012

Implementazione del modello dei Raggruppamenti di attesa Omogenei – RAO (IGD2)

L'ASP di Trapani ha partecipato al progetto di Ricerca "Applicazione diffusa delle priorità cliniche alle prestazioni ambulatoriali" promosso da Agenas, nell'ambito del quale sono stati attivati tre gruppi tematici afferenti alle discipline di cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia. Tali gruppi tematici hanno definito le indicazioni cliniche ritenute appropriate per l'attribuzione delle classi di priorità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo il modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO).

Successivamente (fase II) ha partecipato alla sperimentazione del predetto modello e delle indicazioni cliniche condivise su un set di "11 visite/prestazioni pilota", al fine di valutare la concordanza tra medico prescrittore e specialista ambulatoriale esecutore della prestazione.

Terminata la fase di sperimentazione, attualmente le prescrizioni previste nel manuale RAO sono effettuate nel rispetto della concordanza tra diagnosi e classi di priorità. Inoltre la prescrizione in modalità dematerializzata prevede sistemi bloccanti che favoriscono il rispetto delle suddette prescrizioni.

L'Azienda attuerà un monitoraggio del rispetto delle indicazioni previste e redigerà un apposito report.

Aggiornamento degli accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, e gli Specialisti Ambulatoriali (IGD3)

Per quanto di competenza dell'Azienda saranno organizzati incontri con i medici convenzionati delle categorie sopracitate per ottenere la massima collaborazione ai fini del raggiungimento di quanto previsto dal PNGLA e dal PRGLA e concordare eventuali progetti relativi all'appropriatezza prescrittiva.

Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione (IGD4)

Relativamente al monitoraggio dei volumi di prescrizione l'Azienda, utilizzando il sistema TS realizzerà, nel corso dell'anno 2020, un cruscotto informativo specifico per monitorare le prescrizioni almeno per le prestazioni critiche effettuate in modalità dematerializzata.

Interventi per il Governo dell'Offerta (IGO)

In questa sezione verranno riportati gli interventi da porre in essere per modulare l'offerta in funzione della domanda, garantire il rispetto dei tempi di attesa, effettuare il monitoraggio dei tempi massimi di attesa, gestire le modalità di prenotazione delle prestazioni attraverso il CUP, vigilare sul divieto della sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale, attivare i percorsi di tutela per il cittadino, garantire l'informazione e comunicazione trasparente sui tempi di attesa, coinvolgere gli organismi di tutela.

Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali (IGO1)

Entro il 31/12/2019 sarà elaborato un documento con la definizione del fabbisogno a livello provinciale. Nel rispetto del PRGLA saranno individuati i punti di offerta sia relativamente alle prestazioni specialistiche sia alle tecnologie presenti e all'alta specializzazione, i volumi di attività ed il piano delle prestazioni erogabili sia nel pubblico che nel privato.

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

In conformità a quanto previsto dal PRGLA 2019-2021 è necessario riorganizzare l'offerta ambulatoriale ampliando gli orari di apertura per favorirne l'accesso agli utenti.

Le difficoltà maggiori sono legata ai costi di un incremento dell'offerta e – relativamente ai distretti - alla necessità di riorganizzare la presenza di specialisti, tecnici e personale di supporto in strutture che, a differenza dei presidi ospedalieri, non sono aperte H24 e 7 giorni su 7.

A livello dei presidi ospedalieri sarà garantita, attraverso la gestione delle agende di prenotazione coordinata dai dipartimenti ospedalieri, la possibilità, per il cittadino, di trovare aperto un ambulatorio specialistico, per disciplina, in uno degli ospedali dell'Asp nella mattinata del sabato.

Si tratta di un intervento che dovrà rispondere ai criteri di appropriatezza prescrittiva ed essere coerente con il documento sul fabbisogno delle prestazioni specialistiche ambulatoriali definito dall'ASP (IGO1) ai criteri di appropriatezza per codice di priorità (IGD2), ed ai risultati dei monitoraggi sui tempi di attesa (IGO9) (IGO11).

Sarà necessario innanzi tutto realizzare interventi strutturali che permettano un maggior efficientamento del sistema (rimodulazione delle ore, sviluppo dei percorsi per il paziente cronico e potenziamento degli ambulatori infermieristici, redistribuzione della domanda tra gli erogatori pubblici e privati con governo delle agende, etc..) Successivamente sarà necessario investire risorse per adeguare l'offerta specialistica al fabbisogno anche attraverso assegnazione di ore o incrementando prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale, ai sensi dell'art.55 c.2 lett.d del CCNL 2000.

A tal fine potranno essere almeno inizialmente utilizzati fondi derivanti da PO PSN non utilizzati.

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

Intervento da realizzare:

Entro il 31/12/2019 sarà definito un piano aziendale per l'utilizzo ottimale delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.

Sarà programmato un maggior utilizzo delle apparecchiature presenti attraverso la riorganizzazione del lavoro del personale dirigenziale e del comparto afferente al Dipartimento di Diagnostica per immagini in atto in servizio, ma sarà possibile, a seguito della valutazione del fabbisogno di personale, con risorse specificamente individuate, programmare anche un'attività al di fuori dell'orario istituzionale, per un'attività complessiva non superiore a quella espletata in regime ordinario e straordinario. In atto, nell'ASP di Trapani, sono allocate tre RMN: P.O. di Trapani, P.O. di Marsala e P.O. di Castelvetrano, mentre le TAC sono presenti in tutti i presidi ospedalieri. Al fine di aumentare il numero di prestazioni specialistiche, il Capo Dipartimento dei Servizi procederà ad effettuare un bando per il reclutamento di dirigenti medici radiologi, tecnici di radiologia medica e personale infermieristico, per effettuare prestazioni aggiuntive nella fascia oraria 8-14 delle giornate di sabato e nella fascia oraria 20-22 delle giornate feriali. Laddove fosse necessario a soddisfare le richieste di esami si procederà al rinnovo di eventuali apparecchiature vetuste anche con l'utilizzo di risorse provenienti da PO di PSN non utilizzati e, al contempo, si potrà fare uso delle suddette risorse per l'acquisto di prestazioni extra-budget presso le strutture private convenzionate, come da nota autorizzativa/circolare assessoriale Prot. n. 42123 del 24/05/2019.

Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie (IG04)

L'ASP di Trapani adotta modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, e delle sedute operatorie (programmando le stesse anche al pomeriggio) e definisce tali misure entro il 31/12/2019.

E' fondamentale la corretta gestione delle agende di prenotazione e l'equilibrio tra domanda di ricovero e posti letto disponibili agendo su :

- gestione globale delle accettazioni
- trasferimenti
- dimissioni
- pianificazione dei processi di cura

Gestione globale delle accettazioni

L'ottimizzazione dell'accesso dei pazienti al setting assistenziale più appropriato dovrà essere reso possibile sia se il paziente accede dal Pronto Soccorso sia se accede dall'ambulatorio della struttura ospedaliera. Pertanto sia il Medico del P.S. che lo Specialista, valutate le condizioni cliniche generali e sociali del paziente, dovranno pianificare le cure nel *setting* assistenziale più appropriato prospettando anche l'erogazione di assistenza in ADI o nei regimi Ambulatoriale e Day Service, nel quale non è prevista l'utilizzazione di posti letto. Per i ricoveri programmati è necessario ridurre i tempi pre-operatori utilizzando correttamente la pre-ospedalizzazione.

Rilevata la criticità di soddisfare entro i tempi massimi consentiti i ricoveri ordinari, questa ASP ha istituito, anche nell'ottica di contenere il sovraffollamento del Pronto Soccorso, la figura del "**Bed Manager**" in ciascun Presidio Ospedaliero con il compito di favorire il flusso dei pazienti dal Pronto Soccorso verso una più appropriata destinazione di

cura (ricovero, trasferimento, dimissione) in una logica di continuità sia all'interno che all'esterno dell'Azienda.

Il Bed Manager, quindi, ha la funzione di costruire e implementare relazioni stabili e orientate agli obiettivi di facilitazione al ricovero e alla dimissione, interloquendo con le diverse figure (Direttori di Struttura Complessa, Coordinatori infermieristici, Ufficio Territoriale Ospedaliero, Direttore Medico di Presidio, Direttore Centrale Operativa 118), allo scopo di garantire il decongestionamento dell'area di emergenza attraverso la definizione e il governo di procedure relative a:

- Rilevazione in tempo reale della disponibilità dei posti letto;
- Rilevazione quotidiana del numero di pazienti in attesa di ricovero in PS/OBI;
- Verifica della tempistica di trasferimento (almeno 80% <24h) nelle UU.OO. dei pazienti in PS;
- Verifica della tempistica di trasferimento dei pazienti dimessi dalle UUOO e ancora logisticamente in carico alle stesse;
- Rilevazione periodica dei tempi di degenza media per singole UUOO;
- Verifica della formalizzazione delle dimissioni entro le prime ore della giornata nell'arco dell'intera settimana, festivi compresi;
- Gestione dei ricoveri programmati in funzione del fabbisogno di posti letto del P.S., con eventuale proposta di blocco della programmazione in caso di condizioni di sovraffollamento;
- Individuazione di eventuali criticità che rallentino il percorso del paziente durante il ricovero, con proposta di possibili soluzioni.

Il Bed Manager di Presidio Ospedaliero, presente in ciascun ospedale, individuato tra il personale infermieristico appositamente formato, è coordinato da un Bed Manager aziendale.

Ciascuna U.O. dovrà trasmettere, la disponibilità dei posti letto. Il flusso, in attesa del completamento dell'informatizzazione, dovrà prevedere la rilevazione dei posti letto ordinari disponibili ed occupati alle ore 09.00, alle ore 14.00 e alle ore 20.00. Il flusso dovrà essere trasmesso al Pronto Soccorso e al Bed Manager e la trasmissione dovrà avvenire sotto la diretta responsabilità del Direttore della Unità Operativa, che provvederà ad individuare e delegare personale incaricato della trasmissione.

Le Unità Operative e le discipline che in sede di analisi di flusso dei ricoveri saranno individuate come quelle più interessate dall'attività di ricovero proveniente da Pronto Soccorso, dovranno assicurare il 10% dei posti letto da destinare alle urgenze provenienti da Pronto Soccorso.

Ambulatorio dei Codici Bianchi

All'interno dei locali dei Presidi Ospedalieri di Marsala, Mazara, Castelvetro, Alcamo, contigui con il Pronto Soccorso, sono stati attivati gli ambulatori dei Codici Bianchi con l'obiettivo di decongestionare l'accesso al Pronto Soccorso ed evitare lunghe attese ai pazienti che presentano un codice di gravità basso. Tali ambulatori sono gestiti dai medici di Continuità Assistenziale. Nel P.O. di Trapani, il Pronto Soccorso, per i codici bianchi, risulta essere collegato funzionalmente con il PPI allocato a poca distanza presso la Cittadella della Salute.

Sono state definite le procedure di accesso all'ambulatorio dei Codici Bianchi prevedendo l'invio dei pazienti che al triage vengono inquadrati come "codici bianchi".

Trasferimenti

Nel caso in cui la richiesta di assistenza non possa essere soddisfatta in alcun modo nei tempi stabiliti dalla classe di priorità definita dal Medico prescrittore, dovrà essere proposto al paziente il trasferimento presso altre strutture; nel caso di accettazione, da parte del paziente, dovrà essere assicurata, a carico della struttura inviante, la relativa prenotazione.

Dimissioni

Al fine di incrementare il *turn-over* dei pazienti le dimissioni dovranno essere effettuate anche nei giorni di sabato, domenica e festivi.

I tempi di ricovero in acuto dovranno essere strettamente limitati alla fase di acuzie della patologia responsabile del ricovero, trasferendo il paziente, ove necessario, ad altri regimi: riabilitazione, lungodegenza, ADI.

Si rende pertanto necessario massimizzare il numero dei posti letto di riabilitazione e di lungodegenza, nonché potenziare il sistema di "dimissioni protette" che permettono una precoce segnalazione ai servizi distrettuali ed evitano ritardi nella dimissione.

Trasferimenti post acuzie

E' importante che nel corso del ricovero siano precocemente individuati e comunicati, da parte dell'U.O., all'Ufficio Territoriale Ospedaliero i pazienti che, presumibilmente alla risoluzione della patologia acuta che li ha condotti al ricovero, non potranno essere dimessi al domicilio, perché affetti da forme croniche o perché fragili dal punto di vista sociale (senza fissa dimora, senza congiunti che li possano accudire etc). L'Ufficio Territoriale Ospedaliero coordinerà la gestione dei trasferimenti in post acuzie, hospice o RSA e per la gestione dei casi difficili, per la disamina e la gestione di detti trasferimenti lavorerà in team con il personale ospedaliero, il bed manager e il personale del distretto.

Pianificazione dei processi di cura

L'aumento delle patologie croniche richiede una fattiva integrazione tra servizi territoriali e servizi ospedalieri, secondo percorsi assistenziali fondati sulle migliori evidenze scientifiche attraverso il coordinamento di attività operate da team multidisciplinari.

Il modello gestionale per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri prevede come primo *step* l'audit di informazione e di formazione intra-aziendali per una accurata analisi e condivisione delle modalità e delle specifiche di lavoro di protocolli aziendali già formalizzati (entro il 30/06/2020).

Successivamente dovranno essere organizzati audit per una verifica critica con eventuale revisione dei processi in termini di qualità (esiti dell'attuazione dei percorsi

rispetto ad indicatori stabiliti) per arrivare alla definizione dell'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto e l'incremento delle sedute operatorie (entro il 31/12/2020).

Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale (IG05)

L'Azienda si impegna a valutare l'acquisto di pacchetti di prestazioni aggiuntive, sulla base delle risultanze dell'analisi dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche, privilegiando le branche che evidenziano il mancato rispetto dei tempi previsti sulla base delle priorità. Tale acquisto deve prioritariamente essere formalmente concordato con i dirigenti medici che erogano tali tipologie di prestazioni sia in modalità SSN che in modalità ALPI e relativamente alla tariffa ed ai volumi erogabili.

Il fondo da utilizzare ricade nel 5% del compenso del libero professionista, di cui all'art. 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m. e all'Art. 55 comma 1 lettera d) del CCNL della dirigenza dell'8 giugno 2000.

Infatti con l'entrata in vigore del nuovo regolamento ALPI già dal 2015, si è attivata la procedura, per cui in fase di liquidazione delle prestazioni incassate, il sistema aziendale procede all'accantonamento in Contabilità generale di una quota pari al 5% delle somme incassate, per la costituzione di un fondo denominato "Fondo per interventi di prevenzione e riduzione delle liste d'attesa".

Tali prestazioni dovranno essere effettuate al di fuori dell'orario di servizio e dovranno essere prenotate tramite CUP, contraddistinte da codice specifico ai fini della produzione di un flusso autonomo, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Tali modalità verranno successivamente disciplinate da apposito regolamento.

Ogni Distretto Sanitario dovrà censire i dirigenti medici che erogano attività medica specialistica indicando per ciascuno la tipologia di prestazione ambulatoriale.

Attuazione del blocco dell'Attività libero-professionale (IG06)

L'ALPI presso l'ASP di Trapani, in linea con la normativa nazionale e regionale, è disciplinata da apposito regolamento aziendale pubblicato sul sito web aziendale. Tale attività viene svolta all'interno dei locali aziendali appositamente individuati e sono stati attivati sistemi di pagamento delle prestazioni da effettuarsi direttamente in favore dell'Azienda in modo da assicurare la tracciabilità della corresponsione degli importi delle prestazioni libero professionali. Inoltre, sono state attivate attività di controllo finalizzate a garantire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione.

Vengono definiti annualmente, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con i dipendenti aziendali, i volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate e determinati, con i singoli dirigenti o le equipe, i volumi di attività professionale complessivamente erogabile che, ai sensi della normativa vigente in materia, non può superare i volumi di quelli resi in attività istituzionale, né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto. È stato istituito l'organismo paritetico di verifica del corretto ed equilibrato

rapporto tra l'attività istituzionale e l'attività libero professionale. È stato istituito l'Ufficio ALPI, con competenze e funzioni relative a:

1. Istruzione della procedura autorizzativa, correlata alle richieste, e predisposizione degli atti conseguenti per lo svolgimento dell'ALPI;
2. Creazione, attivazione e gestione delle agende di prenotazione dei singoli professionisti autorizzati con atto deliberativo all'esercizio dell'ALPI, individuale o in equipe;
3. Tenuta, aggiornamento e pubblicazione sul sito internet aziendale dell'elenco dei professionisti che esercitano l'ALPI, specificandone la disciplina, le prestazioni erogate, l'onorario, le sedi e gli orari di svolgimento;
4. Aggiornamento del Regolamento aziendale, delle tariffe, degli onorari nonché delle tariffe delle degenze alberghiere e predisposizione dei preventivi;
5. Attività di pubblicità e di marketing in ordine all'offerta delle prestazioni in ALPI;
6. Elaborazione di reportistica periodica;
7. Attuazione degli indirizzi dell'Azienda, delle norme e dei Regolamenti, adozione di atti, provvedimenti, direttive e circolari nella materia in questione;
8. Periodica verifica degli obblighi posti dalla normativa vigente, attuando forme di controllo, anche incrociato, a campione;
9. Programmazione, autorizzazione e liquidazione delle prestazioni erogate al personale di supporto indiretto, diretto e al personale dirigente;
10. Le ore e i giorni di autorizzazione all'esercizio dell'ALPI sono attribuiti in misura proporzionale al fatturato registrato nel biennio precedente (se presente) e all'indice di occupazione degli ambulatori, in modo da utilizzare parametri omogenei.

L'Organismo paritetico di verifica per l'ALPI svolge funzioni di verifica e di promozione delle modalità organizzate dell'ALPI, e in particolare:

- Promozione e vigilanza sull'ALPI;
- Verifica del mantenimento di un corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e i volumi di attività resa in ALPI;
- Verifica e controllo del rispetto dei piani di lavoro ed il corretto utilizzo di spazi e attrezzature per l'esercizio dell'ALPI;
- Formulazione di proposte riguardanti nuove procedure, modifiche del tariffario e, in generali, ogni provvedimento necessario per il buon andamento dell'ALPI.

Nel caso in cui l'Ufficio ALPI dovesse riscontrare il superamento, da parte di un dirigente medico e/o sanitario autorizzato all'ALPI, dei volumi di attività concordati, effettua immediata comunicazione al Comitato che potrà sospendere l'attività libero – professionale del dirigente in questione fino a quando lo stesso non avrà provveduto ad aumentare proporzionalmente il numero delle prestazioni rese in attività istituzionale.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei volumi di attività è stato verificato che il numero delle prestazioni rese in ALPI non supera mai quelle delle prestazioni rese a livello istituzionale e, comunque, può affermarsi che l'attività libero professionale ha rilevanza "residuale" rispetto a quella istituzionale, e ciò sia per il numero non rilevante dei dirigenti medici autorizzati all'ALPI, sia per il numero delle prestazioni rese in attività istituzionale. L'ASP, inoltre, effettua regolarmente il monitoraggio ex ante dell'ALPI secondo le modalità ed i tempi previsti dalla normativa nazionale e regionale sul sito web di AGENAS.

Definizione ed applicazione dei “percorsi di tutela” del cittadino (IG08)

L'ASP di Trapani, al fine di garantire l'esecuzione della prestazione nella classe di priorità richiesta, nel caso in cui venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, garantisce ai cittadini-utenti un “percorso di tutela” secondo la seguente procedura:

1. Se non si riesce a rispettare il tempo massimo di erogazione prevista dalla classe di priorità della prestazione specialistica richiesta si provvede ad inserire tale richiesta in una lista denominata “Percorsi di Tutela”;
2. a questo punto il cittadino-utente viene chiamato per l'erogazione della prestazione richiesta nel rispetto della seguente sequenza:
 - a. prioritariamente presso un PTA o un Presidio in cui è stata programmata un'offerta straordinaria di prestazioni specialistiche con ulteriori ore, oltre quelle istituzionalmente previste;
 - b. oppure viene prenotato presso uno specialista privato convenzionato accreditato;
 - c. come ultima possibilità, viene prenotato presso un medico specialista dell'ASP in attività libero-professionale come prestazione aggiuntiva. All'utente sarà addebitata, se dovuta, solo l'eventuale partecipazione al costo previsto dalla normativa.

Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero (IG09)

Intervento da attuarsi entro 30/06/2020.

L'Azienda si impegna a garantire per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali ed in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio e descritte nel capitolo 6 del PRGLA per il triennio 2019-2021) secondo i limiti fissati nelle tabelle sottostanti.

La classe di priorità è obbligatoria per il primo accesso e quindi la garanzia dei tempi massimi è obbligatoria per il primo accesso.

Tabella 1. Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Priorità	Tempi massimi di attesa
U (Urgente)	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve)	da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P (Programmata)	da eseguire entro 180 giorni fino al 31/12/2019 e entro 120 giorni dal 01/01/2020

Tabella 2. Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Classe	Tempi massimi di attesa e indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi

L'Azienda si impegna a rispettare i tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero previsti dai valori di riferimento dettati dalla normativa nazionale e dai LEA. Per una migliore definizione del rispetto dei tempi di attesa suddetti si rimanda all'IGO4 e per il monitoraggio all'IGO11.

Per i ricoveri, l'inserimento nella lista di attesa, avverrà tramite procedura informatizzata da attuarsi dal 01/01/2020, sulla base dei criteri di appropriatezza e priorità clinica. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, saranno comunicati al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente potrà richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi (IGO 10)

Così come indicato dal PRGLA e ribadito dalla circolare assessoriale Prot. n. 47822 del 11 giugno 2019, la classe di priorità P (Programmata) deve comprendere esclusivamente le prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) che l'Azienda si impegna a garantire al massimo entro 120 giorni. Gli accessi successivi quali follow-up e controlli dovranno essere gestiti separatamente dai primi accessi. Saranno create due agende: una per i primi accessi ed una per gli accessi successivi a prescindere dalla tipologia di prestazione.

Monitoraggio dei tempi massimi di attesa (IG011)

L'Azienda partecipa al monitoraggio dei tempi di attesa nazionali e regionali secondo le indicazioni riportate nel capitolo 6 ed in coerenza con l'allegato B del D.A. 631/2019 PRGLA (IG011a) e verificherà il rispetto dei valori di riferimento dettati dalla normativa nazionale e dai LEA (IG0 11b).

Coordinamento provinciale per il governo delle liste di attesa (IG012)

Il Direttore Generale dell'ASP di Trapani attiva il coordinamento provinciale con tutte le strutture di offerta pubbliche e private accreditate, che hanno l'obbligo di aderire, al fine di aumentare l'efficienza operativa e la capacità di offerta per il governo delle liste di attesa.

In particolare l'Azienda attiverà il coordinamento con le strutture private accreditate mediante un tavolo tecnico dedicato, con l'esclusione dei laboratori di analisi e dell'emodialisi.

Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate (IG013)

Il Programma Attuativo Aziendale prevede l'attuazione della centralizzazione della totalità delle agende pubbliche e private accreditate (IG0 13) da attuarsi entro il 30/06/2020.

In atto il C.U.P. è attivo tutti i giorni in ogni Distretto Sanitario dell'Azienda per garantire le prenotazioni delle singole prestazioni richieste dal medico prescrittore in base alle classi di priorità ed indica la prima data utile. Al momento sono messe a sistema le prestazioni erogate dall'Azienda Provinciale e parte delle attività di branche specialistiche accreditate. La centralizzazione della totalità delle agende pubbliche e private accreditate sarà definita entro il 30/06/2020. E' in corso di definizione un capitolato speciale d'appalto per il CUP della Provincia di Trapani.

Tutte le agende delle strutture pubbliche e private dovranno essere rese disponibili al CUP dell'ASP.

Garantire l'interoperabilità provinciale e interaziendale dei CUP (IG014)

Come riportato al punto precedente, è in corso di definizione un capitolato speciale d'appalto per il CUP della Provincia di Trapani che garantirà la piena interoperabilità dei sistemi aziendali.

Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni (IG015)

Il programma Attuativo Aziendale prevede l'attuazione del sistema di sbarramento delle prenotazioni (IG015a): da attuarsi entro il 30/06/2019.

L'Azienda ha realizzato il sistema di sbarramento delle prenotazioni (IG015b): da attuarsi entro il 30/06/2019.

L'Azienda ha già operativo il sistema di sbarramento delle prenotazioni quando si impegna una ricetta dematerializzata. Per le ricette SSR in cartaceo ("rosse") saranno definiti opportuni sistemi atti a prevenire prenotazioni multiple anche in altre aziende.

Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni (IGO16)

In Azienda è già in uso una procedura di disdetta delle prenotazioni pubblicata sul sito aziendale che prevede almeno tre giorni lavorativi prima della data dell'appuntamento direttamente agli sportelli CUP, a mezzo FAX o e-mail.

L'Azienda nell'ambito del nuovo CUP on-line prevede di dotarsi di un sistema di disdetta direttamente online tramite la stessa interfaccia utilizzata per la prenotazione, con disimpegno automatico e conseguente disponibilità immediata del posto per altro utente.

Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata (IGO17)

Il capitolato speciale di appalto per il CUP provinciale in corso di definizione prevede la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata.

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

L'Azienda, per mezzo del CUP provinciale, garantisce la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" (*follow-up*, controllo) entro il 30/06/2020.

Vedi anche IGO10.

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

L'Azienda prevede di garantire, mediante capitolato speciale di appalto, un sistema di CUP on-line aggiornato in tempo reale, entro il 30/06/2020. In particolare il sistema di CUP on-line:

- dovrà consentire all'utente di operare direttamente fino alla conclusione della prenotazione
- dovrà essere connesso all'anagrafe assistiti per evitare duplicazioni e ritardi di aggiornamento dei database
- dovrà essere connesso con SOGEI (Sistema TS)
- dovrà essere connesso direttamente con le agende della specialistica. Tale collegamento dovrà essere debitamente e tempestivamente aggiornato affinché l'utente possa operare la scelta del professionista del luogo e dell'orario, visualizzando di ciascuno il tempo di attesa
- dovrà consentire inserendo il codice della ricetta dematerializzata la compilazione automatica di campi quali prestazione richiesta, eventuale esenzione, priorità
- dovrà consentire all'utente la stampa o la memorizzazione della prenotazione con tutti i dati previsti
- dovrà includere la possibilità di pagamento dell'eventuale ticket direttamente on line, anche in un secondo momento
- dovrà consentire la cancellazione delle prenotazioni on line con un minimo di 3 giorni lavorativi in anticipo. Agli operatori e allo specialista dovrà essere comunicata la liberazione di quello slot di prenotazione al fine di riutilizzarlo per quelli in attesa (call back)

- l'integrazione con la ricetta dematerializzata dovrà essere completa con possibilità per lo specialista di confermare l'erogazione della prenotazione e la chiusura immediata della ricetta
- i log dovranno essere completi di IP di provenienza della modifica (sia per gli operatori che per i pazienti)
- i sistemi di pagamento dovranno prevedere anche il canale PAGOPA e Lottomatica
- all'atto della registrazione del paziente dovrà inviare un sms di conferma
- dovrà comunicare via sms il numero di prenotazione e la data e ora della visita
- dovrà ricordare all'utente 7 giorni prima della visita, via sms, la data e l'ora della visita ed il numero di prenotazione
- dovrà contenere la voce "riservatezza e sicurezza dei dati" aggiornata al GDPR

Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali (IGO20)

L'ASP intende prevedere la possibilità di attuare l'accesso alle prenotazioni anche attraverso le farmacie convenzionate, attivando delle apposite credenziali e curando la formazione per l'utilizzo dell'applicativo CUP aziendale, entro il 30 giugno 2020.

Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" (IGO21)

L'Azienda in atto garantisce il governo del fenomeno della prestazione non eseguita per mancata presentazione dell'utente, mediante una procedura di disdetta di una prenotazione pubblicata sul sito aziendale che consente di rendere disponibile la prestazione per un altro utente, contribuendo alla riduzione dei tempi di attesa. La disdetta deve essere effettuata almeno tre giorni lavorativi prima del giorno dell'appuntamento direttamente agli sportelli CUP, trasmettendo la seguente documentazione:

1. Foglio di promemoria prenotazione
2. Ricetta del medico prescrittore con al richiesta della prestazione prenotata
3. Documento di riconoscimento in corso di validità dell'intestatario della ricetta
4. Recapito telefonico
5. Documento giustificativa (solo in caso di disdetta effettuata nei tre giorni lavorativi prima del giorno dell'appuntamento)

Per l'alto tasso di mancate presentazioni degli utenti agli appuntamenti, si può attivare un servizio di recall telefonico, eseguito da personale individuato per tale compito, per contattare gli utenti almeno tre giorni prima della prenotazione per ricordare la data dell'appuntamento e chiederne la conferma o l'eventuale cancellazione.

Vedi anche quanto riportato in IGO16 ed IGO19

Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette (IGO22)

Intervento da realizzarsi entro il 31/12/2019.

L'azienda ha già adottato il regolamento per la gestione del recupero crediti con Delibera del Commissario Straordinario n. 3832 del 02/10/2017, successivamente modificata parzialmente con Delibera del Commissario n. 861 del 10/04/2018.

In base alla suddetta normativa sul sito dell'ASP vengono riportate le seguenti informazioni:

- in caso di mancato ritiro del referto gli utenti saranno tenuti al pagamento per intero della prestazione usufruita, anche se esenti;
- in caso di mancata disdetta di prestazioni prenotate, ma non eseguite gli utenti saranno tenuti al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, anche se esenti.

Le strutture che erogano le prestazioni e presso le quali origina il credito, procedono ad inviare un primo sollecito tramite raccomandata A/R nella quale dovranno essere indicati:

- gli estremi della prestazione ricevuta (pronto soccorso o specialistica ambulatoriale) o di quella prenotata e non disdetta;
- l'importo da pagare, maggiorato delle spese postali sostenute dall'Amministrazione,
- il termine entro il quale effettuare il pagamento,
- le modalità con cui effettuare il pagamento;
- le modalità di comunicazione dell'avvenuto pagamento alla struttura richiedente

Nel caso di inadempimento da parte del debitore, viene trasmessa la documentazione relativa alle singole posizioni debitorie all'U.O.S. "Servizio Legale e Contenzioso", che intima, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1219 e 2943 cc, il pagamento di quanto dovuto con atto di diffida e messa in mora, assegnando al debitore un termine di 30 gg. dalla data di ricezione della raccomandata A/R, con espresso avvertimento che, in caso di ulteriore inadempimento, provvederà ad agire esecutivamente anche a mezzo di riscossione coattiva.

Il credito viene considerato inesigibile qualora il debitore risulti irreperibile dall'U.O.S. "Servizio Legale e Contenzioso" che comunica annualmente tali dati all'U.O.C. "Risorse Economico-Finanziarie e Patrimoniali".

Presa in carico del paziente cronico (IGO23)

Il Programma Attuativo Aziendale ha previsto la definizione ed applicazione di specifici protocolli formalizzati per la presa in carico del paziente cronico (IGO23a) ed ha definito e parzialmente applicato un protocollo formalizzato allo scopo di garantire che la struttura che ha "preso in carico" il paziente, a completamento del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, abbia anche la responsabilità di dover provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

La presa in carico del paziente cronico necessita un approccio di team multiprofessionale e multidisciplinare: Medico di Medicina Generale, Specialista

Ambulatoriale della branca interessata (Diabete, Scompenso Cardiaco, BPCO) e specialista delle complicanze, Ambulatorio infermieristico dedicato, sportello dedicato al paziente cronico. Quest'ultimo è lo spazio fisico dove personale opportunamente formato prende in carico il paziente cronico che rappresenta per il sistema sanitario un problema di grande impatto gestionale per i numeri assoluti ed economico per i costi elevatissimi che genera.

I Distretti sanitari aziendali curano il registro Distrettuale per le due patologie target (diabete e scompenso cardiaco) individuate dall'Assessorato, a partire dalle schede di start-up redatte dai Medici di medicina generale. L'aggiornamento di tale registro (decessi e nuove segnalazioni) consente di mantenere una banca dati dei pazienti seguiti secondo il modello della gestione integrata.

Il personale dello sportello dedicato al paziente cronico provvede alle prenotazioni di pacchetti di prestazioni, al *recall* assistenziale ed utilizza AGENDE DEDICATE degli specialisti e delle branche delle complicanze che garantiscono follow-up condivisi con il Medico di Medicina Generale, ove possibile, in un solo accesso o nel minor numero possibile di accessi. Le Agende sono calibrate sulle prestazioni da rendere ai pazienti cronici residenti nei comuni del comprensorio di ogni Distretto Sanitario e , pertanto, non visibili da altre postazioni.

L'ambulatorio infermieristico dedicato è uno snodo essenziale nel quale infermieri dedicati opportunamente formati verso le patologie croniche operano al fine di demedicalizzare gli interventi, effettuare il *recall* infermieristico e proporsi come case manager nei confronti dei pazienti. Gli infermieri del suddetto ambulatorio utilizzano lo stesso software dello sportello con livelli di accesso diversi e la cartella clinica infermieristica informatizzata.

Utilizzando Fondi di Piano Sanitario Nazionale, si è provveduto con una progettualità centrata sul modello di Gestione di Cure dei Pazienti cronici ("estensione C.C.M") alla deliberazione di una commessa per realizzare il software (s.w.) gestionale alla stessa azienda che ha già realizzato il s.w. del PUA (vedi IGO13), consentendo negli ultimi mesi l'interconnessione logica delle attività.

Informazione e comunicazione sulle liste di attesa (IGO24)

L'azienda ha realizzato "l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa" e garantisce il monitoraggio della presenza sul sito Web della sezione su liste e tempi di attesa, in parte come indicato nel paragrafo 8.7 del PRGLA 2019-2021.

Più precisamente l'Azienda garantisce l'informazione e la comunicazione

1. sul monitoraggio mensile delle liste di attesa relative alle 43 prestazioni critiche
2. sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni

attraverso sezioni dedicate sul sito web aziendale l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) ed associazioni di tutela e di volontariato.

Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (IG025)

L'Azienda garantisce la vigilanza sistematica sul rispetto del divieto di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale secondo quanto previsto dalla Legge 266/2005 e dalla circolare assessoriale Prot. n. 50533 del 19/06/2014.

Le situazioni di sospensione che dovessero verificarsi - previste solo per motivi tecnico-organizzativi imprevedibili ed eccezionali - sono segnalate mediante comunicazione da parte dei presidi erogatori al SIS (Sistema Informatico Statistico) aziendale e le segnalazioni vengono successivamente trasmesse in Assessorato (Area Interdipartimentale 4) secondo quanto previsto dal Sistema "Rilevazione sospensione attività di erogazione" regionale operativo dal 1 gennaio 2010.

L'Azienda definisce procedure operative per la gestione delle sospensioni (segnalazione, motivazione, interventi correttivi e sanzioni) nonché percorsi di garanzia per il cittadino concordate con le organizzazioni di tutela (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione e individuazione di percorsi preferenziali anche secondo quanto previsto dall'AIR per la Specialistica ambulatoriale del 2012) per una rapida risoluzione delle cause di interruzioni.

Coinvolgimento degli organismi di tutela (IG026)

L'Azienda ha previsto il coinvolgimento degli organismi di tutela, inserendo nel gruppo interaziendale per il governo delle liste di attesa almeno un rappresentante degli organismi di tutela per ciascuna azienda.

Individuare gli ambiti territoriali di garanzia (IG027)

La programmazione dell'ASP di Trapani mira a soddisfare la domanda appropriata programmando una offerta di prestazioni di analoga consistenza. A tale scopo considera in ciascun ambito territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili pubbliche territoriali e ospedaliere e del privato convenzionato. L'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni si identifica, di norma, con il Distretto di residenza del cittadino-utente-paziente. Tuttavia per alcune prestazioni, riguardo all'offerta disponibile, viene definito quale ambito geografico di garanzia tutto il territorio della provincia di Trapani, nella considerazione che la garanzia del tempo massimo di attesa rappresenta prioritariamente un elemento di tutela della salute della popolazione assistita.

Il Piano di riprogettazione dell'offerta di prestazioni specialistiche, del pubblico e del privato convenzionato, ridimensionata in modo da ottenere il soddisfacimento della domanda di prestazione specialistica non può prescindere dall'appropriatezza prescrittiva, dalla corretta applicazione delle classi di priorità dei RAO, dei tempi massimi previsti dalla normativa vigente e dei parametri di prossimità e raggiungibilità.