



**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDA
ASP CATANIA**

**DI CUI AL DECRETO ASSESSORIALE
12-04-2019**

Indice

Premessa	4
Obiettivi generali del Piano	5
Costituzione del Gruppo Interaziendale per il Governo delle liste di attesa ai sensi dell'art.4 del D.A. n. 631 del 12-4-2019 e revisione del piano	
1. Analisi dell'offerta in atto esistente	7
1.A Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e programma dell'offerta specialistica ambulatoriale (IG01)	10
2. Riorganizzazione offerta specialistica ed Integrazione Ospedale-Territorio	11
2.1 Riordino dell'offerta specialistica - Ampliamento dell'apertura delle strutture ambulatoriali(IG02)	12
2.2 Riordino dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica (IG03)	14
3. Programmazione dell'offerta di prestazioni ricovero ordinario e delle sedute operatorie (IG04)	16
3.1 Obiettivo	16
3.2 Settori e Personale Coinvolto	16
3.3 Terminologia ed abbreviazioni	17
3.4 Responsabilità ed autorità	17
3.5 La struttura di bed management	17
3.5.1 Il bed manager di presidio	18
3.5.2 Il B.M. di U.O.	18
3.5.3 Percorso di dimissione ricovero	19
3.5.4 Contenimento dei tempi di degenza media	19
3.5.5 Dimissione del paziente	20
3.5.6 Trasferimento in post acuzie	21
3.5.7 Trasferimento in riabilitazione	22
3.5.8 Tipologie di ricovero e loro priorità	22
3.5.9 Descrizione delle attività di Bed Management: Ottimizzazione della risorsa PL ordinario attraverso la programmazione giornaliera dei ricoveri urgenti e elettivi e diagramma di flusso competenze dell'U.O. di ricovero	26
3.5.9.1. Competenze dell'UOC P.S.	27
3.5.9.1.2 Competenze dell'Ufficio della DSP	28
3.6 Verifica di applicazione	29
3.7. Rintracciabilità e custodia	30

3.8. Criteri e tempistica delle revisioni	30
3.9 Incremento delle sedute operatorie	30
4. Piano di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri	39
4.1 Prestazioni aggiuntive (IG05)	39
4.2 Monitoraggio attività libero professionale (IG06)	40
4.3 Percorsi di tutela (IG08)	47
4.4 Appropriately prescrivibile, applicazione dei RAO e tempi massimi di attesa (IGD1 - IGD2 - IG09)	48
5. Centro Unico di Prenotazione	50
5.1 Premessa	50
5.2 CUP - Modello Operativo	53
5.2.1 Centralizzazione delle agende pubbliche e private accreditate (IG013)	54
5.2.2 Interoperabilità provinciale ed interaziendale (IG014)	54
5.2.3 Sistemi di sbarramento delle prenotazioni (IG015)	55
5.2.4 Disdetta telematica delle prenotazioni (IG016)	55
5.2.5 Visibilità dell'offerta pubblica e privata (IG017)	57
5.2.6 Gestione separata di canali di accesso (IG018)	57
5.2.7 Sistema on-line (IG019)	57
5.2.8 Prenotabilità via web da MMG, farmacie, privato cittadino-utente (IG020)	58
5.2.9 Governo del fenomeno della prestazione non eseguita (IG021)	58
5.2.10 Modalità di recupero delle quote di compartecipazione (IG022)	59
6. Presa in carico dei Pazienti cronici attraverso Ambulatori dei percorsi integrati ospedale-territorio (IG023)	61
7. Informatizzazione e Comunicazione (IG024)	63
7.1 Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni (IG025)	63
7.2 Coinvolgimento degli organismi tutela (IG026)	65
7.3 Ambito territoriale di garanzia (IG027)	66
8. Diagramma di Gantt delle attività	68
9. Indicatori del Piano	69
10. Piano di investimenti	72

Premessa

Il governo della specialistica ambulatoriale pubblica e privata nonché la gestione in rete dei ricoveri ordinari secondo ambiti di competenza costituiscono interesse prioritario per l'Azienda Provinciale di Catania e per le Aziende Ospedaliere della Provincia di Catania. Pertanto, alla luce delle indicazioni di riorganizzazione previste dalla Legge 5/2009 e di quanto contenuto nel D.A. 12-04-2019 "Approvazione del governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021", appare essenziale orientare il contesto organizzativo, ridisegnare l'offerta e governare la domanda per guadagnare appropriatezza, tempestività, equità, efficienza e riduzione dei tempi di attesa, attraverso la realizzazione di un Piano di riordino e rifunionalizzazione della specialistica ambulatoriale pubblica e privata nonché per la gestione condivisa dei ricoveri ordinari e dell'aumento delle sedute operatorie.

Obiettivi generali del Piano

Il miglioramento organizzativo nelle procedure di erogazione di prestazioni specialistiche e di ricoveri ordinari agli utenti della rete provinciale di interconnessione dell'offerta di prestazioni specialistiche nonché dei ricoveri che coinvolga sia gli erogatori pubblici (ASP ed Aziende Ospedaliere) sia gli erogatori privati accreditati orientata:

1. alla riorganizzazione e all'integrazione funzionale della rete assistenziale ambulatoriale e della rete dei ricoveri ordinari con il soddisfacimento della domanda di salute espressa a livello territoriale in particolare dalle fasce deboli;
2. alla razionalizzazione dell'offerta espressa dal Sistema Pubblico e Privato accreditato ed all'equità distributiva nel territorio;
3. ad una maggiore integrazione tra medici specialisti ambulatoriali territoriali ed ospedalieri e medici di famiglia nella presa in carico del paziente e ad un miglioramento complessivo dell'offerta specialistica attraverso un'integrazione operativa tra Poliambulatori territoriali e ambulatori specialistici ospedalieri con l'obiettivo di soddisfare le prime richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali al 90% dei richiedenti entro i tempi massimi previsti in particolare per il biennio 2019-2021 per le classi di priorità B, D e P;
4. al miglioramento del grado di appropriatezza della domanda ed al governo della domanda stessa anche con l'utilizzo sistematico e condiviso dei RAO (Raggruppamento di Attesa Omogeneo);
5. l'implementazione del Piano nazionale delle cronicità con la presa in carico dei pazienti con diabete mellito; con scompenso cardiaco; con broncopatia cronica ostruttiva con un progressivo passaggio da una medicina di attesa ad una medicina d'iniziativa;
6. all'implementazione di una piattaforma informatica integrata tra prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere e programmazione dei ricoveri ordinari con l'attivazione di un sistema centralizzato di prenotazione (CUP Provinciale);

7. un coinvolgimento delle associazioni di tutela dei cittadini-utenti che possa migliorare la comunicazione informativa sull'offerta sanitaria all'interno della Provincia di Catania.

Costituzione del Gruppo Interaziendale per il Governo delle liste di attesa ai sensi dell'art.4 del D.A. n. 631 del 12-4-2019 e revisione del piano

Si prevede una prima revisione del piano nel mese di giugno 2020 che sarà effettuata dalla rete aziendale per il governo delle liste di attesa dell'ASP di Catania di cui alla deliberazione n. 626 del 24-5-2019 (allegato n. 1) e sarà condivisa con il Coordinamento del Gruppo Interaziendale per il governo delle liste di attesa ai sensi dell'art.4 del D.A. n.631 del 12-4-2019 di cui alla deliberazione n. 678 del 5-6-2019 (allegato n. 2)

1. Analisi dell'offerta in atto esistente

Il territorio della ASP di Catania si estende su un'area di 3.573,68 kmq e ha una popolazione assistita di circa 1.132.029.

Il territorio aziendale è suddiviso nei seguenti **9 Distretti Sanitari**:

* Catania :

popolazione complessiva assistibile di circa 373.801, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	2 PTA 2 Poliambulatori territoriali
Azienda Ospedaliera Cannizzaro	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali
Azienda Ospedaliera Garibaldi	2 Presidi Ospedalieri con attività ambulatoriali
Azienda Ospedaliera Policlinico-Vittorio Emanuele	5 Presidi Ospedalieri con attività ambulatoriali
Accreditati	63

* Acireale :

popolazione assistibile di 140.029, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 PTA
Accreditati	19

* Adrano :

popolazione assistibile di 67.272, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 PTA
Accreditati	5

*** Bronte :**

popolazione assistibile di 37.290, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 PTA 1 Poliambulatori territoriali
Accreditati	3

*** Caltagirone :**

popolazione assistibile di 80.512, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 PTA 4 Poliambulatori territoriali
Accreditati	5

*** Giarre :** popolazione assistibile di 86.290, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 Poliambulatorio territoriale; 1 PTA
Accreditati	13

*** Gravina :**

popolazione assistibile di 185.462, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 PTA 5 Poliambulatori territoriali
Accreditati	27

*** Palagonia :**

popolazione assistibile di 59.319, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 Poliambulatorio territoriale
Accreditati	1

*** Paternò :**

popolazione assistibile di 79.913, caratterizzato dalla presenza delle seguenti strutture:

Azienda	Tipologia struttura
Azienda Sanitaria Provinciale	1 Presidio Ospedaliero con attività ambulatoriali 1 PTA 2 Poliambulatori territoriali
Accreditati	10

Offerta dei ricoveri

Nell'ambito del territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania le prestazioni di ricovero vengono erogate mediante i 7 presidi ospedalieri aziendali, le 3 Aziende Ospedaliere di cui 1 Universitaria presenti nel territorio e le 23 case di cura accreditate.

In allegato n.3 l'offerta con i tempi di attesa presso i PP.OO. dell'ASP di Catania nell'anno 2018,

1.A Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche (IG01) e programmazione dell'offerta specialistica ambulatoriale

Dall'analisi delle realtà ambulatoriali territoriali pubbliche e private iscritte nel territorio provinciale e indicate precedentemente nell'analisi dell'offerta e nel rispetto delle indicazioni contenute nel Decreto Assessoriale n. 631 del 12-04-2019, con l'intento di raggiungere obiettivi di sistema, si è elaborata una ipotesi di rifunzionalizzare della rete ambulatoriale nell'ottica di un miglioramento operativo nell'integrazione ospedale-territorio in base a :

- numero specialisti ambulatoriali operanti in strutture pubbliche e specialisti privati accreditati convenzionati presenti nello stesso territorio (allegato n. 4 ed allegato n.5);
- numero di abitanti;
- analisi dell'offerta esistente nel territorio (dati 2018);
- viabilità e collegamenti;
- indici di attività;
- tempi di attesa Dicembre 2018 (allegato n.6);
- erogato 2018 relativamente alle prestazioni specialistiche critiche monitorate a livello ministeriale (allegato 7)
- analisi della domanda.

2. Riorganizzazione offerta specialistica ed integrazione ospedale-territorio

Nell'analisi dell'offerta di prestazioni specialistiche relative al 2018 nel totale delle prestazioni rese permane una attività indistinta senza cioè una classificazione tra prime visite o prestazioni specialistiche; visite o prestazioni successive di controllo e/o follow-up.

Nel disegno della nuova rete è previsto l'uso di una piattaforma informatica che consentirà:

- ✚ una netta distinzione tra soddisfacimento della richiesta di prima visita o prestazione specialistica e visite e prestazioni successive con la classificazione delle prestazioni specialistiche secondo le classi di priorità previste dai RAO ;

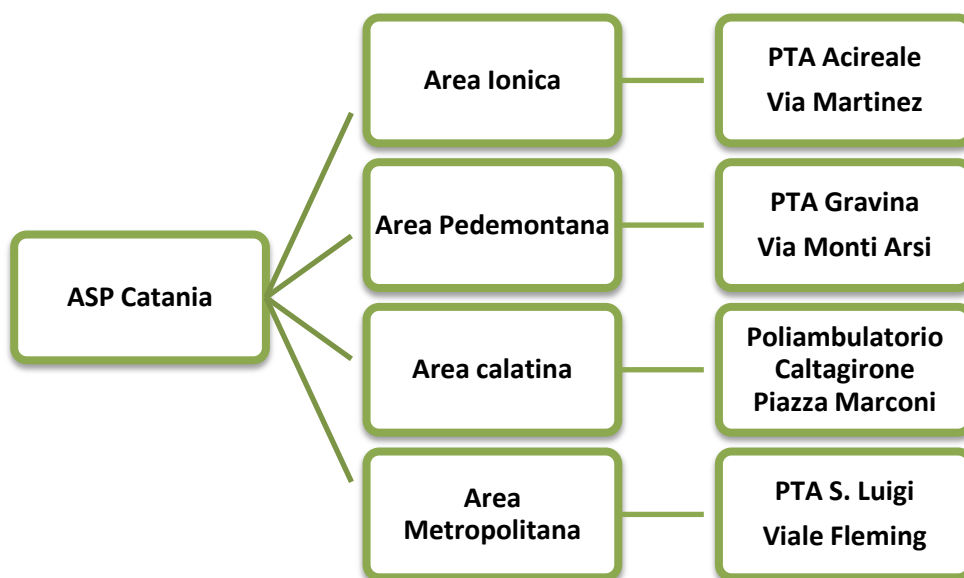
- ✚ L'elaborazione dei dati di valutazione delle prese in carico dei pazienti cronici e fragili con il miglioramento e l'ampliamento dei "percorsi integrati ospedale-territorio" che per il triennio 2019-2021 saranno orientati alla presa in carico dei:
 - pazienti diabetici;
 - pazienti con scompenso cardiaco
 - pazienti con BPCO

attraverso gli ambulatori di gestione integrata (AGI) che avranno un modello operativo distinto dalle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali ordinarie.

2.1 Riordino dell'offerta specialistica - Ampliamento dell'apertura delle strutture ambulatoriali(IG02)

Al fine di aumentare l'offerta specialistica in particolare di alcune prestazioni critiche si vuole ampliare l'apertura al pubblico dei PTA che maggiormente nell'anno 2018 hanno lamentato un'offerta non congruente alla domanda di salute.

In particolare suddividendo l'area provinciale in quattro subaree sono stati individuati i PTA e/o poliambulatori in cui si amplierà l'orario di apertura ai cittadini - utenti come da schema seguente:



In tali strutture si amplierà l'apertura sino alle 20.00 del Venerdì nonché l'apertura il Sabato sino alle 14.00 favorendo un'offerta straordinaria per visite specialistiche:

- visita cardiologica
- visita oculistica
- visita neurologica
- visita fisiatrice
- visita dermatologica

ed esami di diagnostica, in particolare:

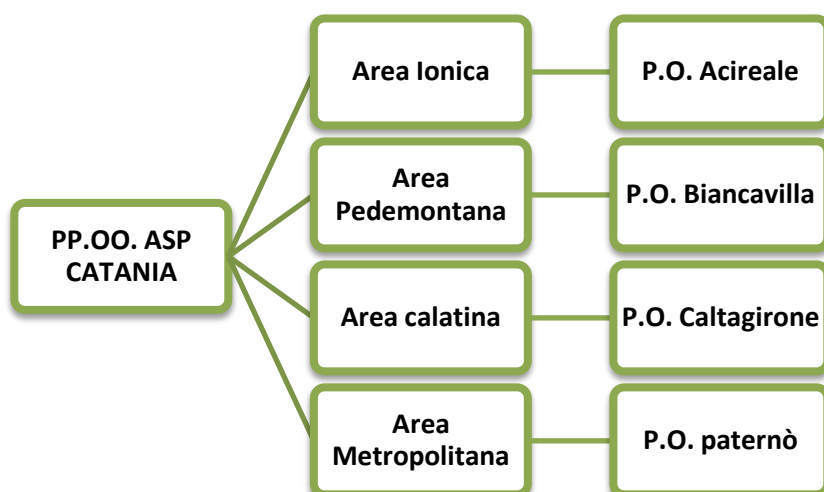
- Ecografia
- Ecocolordoppler vascolare
- Emg

Tale ampliamento dell'apertura dei PTA consentirà anche l'applicazione in caso di necessità dei **"percorsi di tutela"** ai cittadini utenti in caso di criticità nella garanzia dei tempi massimi di attesa.

Contestualmente per ampliare l'offerta degli esami relativi alla diagnostica pesante nelle quattro subaree provinciali già indicate sarà ampliato l'orario di erogazione di Venerdì sino alle 19.30 e Sabato alle 13.30 in particolare:

- TAC
- RMN
- Ecografia

presso i PP.OO. aziendali come da schema seguente:



Per superare ulteriori punti critici che si riscontreranno per alcune prestazioni specialistiche è previsto:

- a) Un'attività straordinaria con l'allungamento dei tempi di utilizzo delle attrezzature fino a 7/7 gg. e attività incentivante per i dipendenti.

Si miglioreranno altresì i percorsi di accoglienza e l'accesso facilitato ai pazienti portatori di disabilità

2.2 Riordino dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica (IG03)

Aumento utilizzo grandi apparecchiature

Premesso che dai riscontri sulle attese 2018 risulta un parziale sfioramento dei tempi massimi di attesa per le classi B e D relativamente a tac ed ecografia.

In particolare per TAC capo con e senza m.d.c. nonché RMN con particolari criticità per Cervello e Tronco Encefalico; Muscoloscheletrica e Colonna Vertebrale.

In considerazione di tali criticità l'ASP ha programmato un aumento dell'offerta di tali prestazioni di diagnostica strumentale con la creazione di quattro poli di radiodiagnostica tali da poter soddisfare le esigenze del territorio provinciale con contestuale aumento della percentuale di utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica .

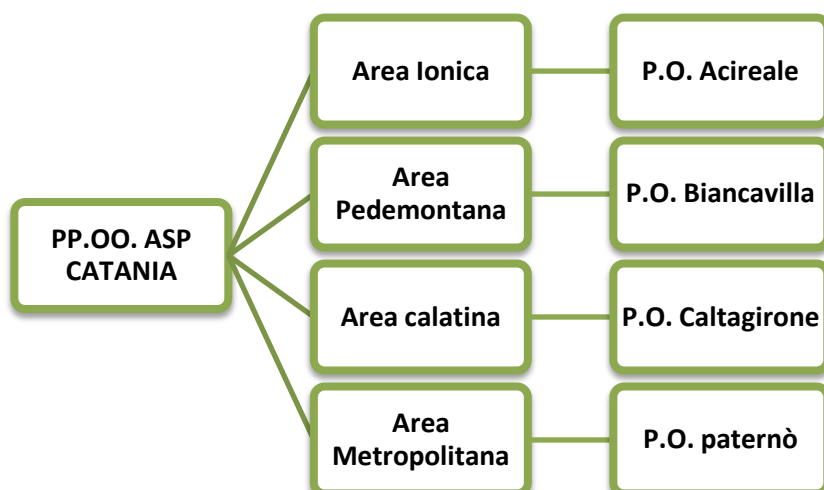


Tabella grandi apparecchiature

<i>Presidio</i>	<i>Esame</i>	<i>Giorni di ampliamento</i>	<i>Orari in ampliamento</i>	<i>Percentuale di utilizzo</i>
Acireale	RMN	Martedì e giovedì	Dalle 14.30 alle 19.30	85%
Acireale	RMN	Sabato	Dalle 8.00 alle 14.00	60%
Paterno	RMN	Martedì, Giovedì e Venerdì	Dalle 14.30 alle 19.30	85%
Paterno	RMN	Sabato	Dalle 8.00 alle 14.00	60%
Caltagirone	RMN	Sabato	Dalle 8.00 alle 14.00	60%
Acireale	TAC	Da Lunedì a Sabato	Dalle 8.00 alle 20.00	100%
Paterno	TAC	Da Lunedì a Sabato	Dalle 8.00 alle 20.00	100%
Biancavilla	TAC	Da Lunedì a Sabato	Dalle 8.00 alle 20.00	100%
Caltagirone	TAC	Da Lunedì a Sabato	Dalle 8.00 alle 20.00	100%

3. Programmazione dell'offerta di prestazioni ricovero ordinario, e delle sedute operatorie (IG04)

3.1 OBIETTIVO

La presente procedura, in applicazione al D.A. 12.04.2019- Approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021- , ha per obiettivo l'ottimizzazione nell'utilizzo dei posti letto ordinari nell' ASP di Catania, finalizzata alla facilitazione dei processi di ricovero e dimissione, al fine di:

- evitare situazioni di sovraffollamento al Pronto Soccorso dei pazienti in attesa di posto letto
- abbreviare i tempi di attesa per il ricovero di pazienti in urgenza
- rendere contenuti i tempi di ricovero in elezione nel rispetto delle priorità di ricovero dei pazienti in lista d'attesa in disparte e anche in caso di evenienze eccezionali che possono rendere più critico il processo di accoglienza dei pazienti da ricoverare (influenza stagionale, pandemie, ondate di calore, etc). La revisione ricomprende le modifiche organizzative poste in essere per la soluzione del sovraffollamento in Pronto Soccorso e per il rispetto degli indicatori di performance dell'attività di Pronto Soccorso.

3.2 SETTORI E PERSONALE COINVOLTO

- UUOO dotate di pl di ricovero ordinario: Direttori/Responsabili di UO, Medici e Caposala
- DSP: Direttore, Bed Manager, Medici, Assistente Sociale e Personale Coordinamento Ricoveri Programmati
- PTA: Responsabile e personale dell'Ufficio PUA

3.3 TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

BMA = Bed Manager Aziendale

BM-DSP = Bed Manager della DSP

BM-UO = Bed Manager di UO

DSP = Direzione Sanitaria di Presidio

pl = posto letto

PS = Pronto Soccorso

PUA = Punto Unico di Accettazione

pz = paziente

3.4 RESPONSABILITA' ED AUTORITA'

La responsabilità della gestione dei pl di reparto (contenimento degenza media, dimissione, comunicazione di pl disponibili sia a DSP che al PS, gestione chiamate da lista di attesa) è del Direttore dell'UO o suo delegato. La responsabilità della corretta effettuazione delle comunicazioni, relative ai posti disponibili, a DSP e delle procedure di ricovero è di ogni medico di reparto che procede ad una dimissione e/o accettazione. La responsabilità della verifica di aderenza alla presente procedura è dei BM-UO ,del BMDSP e del BMA.

3.5 LA STRUTTURA DI BED MANAGMENT Il "Bed Manager" aziendale coordina, monitorizza e gestisce le attività dei "Bed Manager" della DSP. Il medico della Direzione Sanitaria di Presidio ha la funzione di BM- DSP. Questo ha il ruolo di facilitare i ricoveri e le dimissioni e, col fine di rendere più capillare tale funzione all'interno di ogni UO di ricovero ordinario, similmente a quanto già in essere in Azienda in altre procedure

organizzative, all'interno di ogni UO viene individuata la figura di BM-UO, che collabora con il BM - DSP per la corretta applicazione della presente procedura.

3.5.1 IL BED MANAGER Di PRESIDIO

Le funzioni di BM-DSP sono attribuite a un medico della DSP, che ha la competenza e responsabilità di seguire l'intero processo, monitorarne gli indicatori per verificarne l'andamento nel tempo, risolverne le criticità, promuovere e proporre modifiche procedurali, che consentano di rendere sempre più efficiente e rispondente alle esigenze dell'urgenza e dell'elezione la disponibilità dei pl aziendali. Tale BM-DSP costituisce punto di riferimento per l'intera struttura per l'informazione sulle procedure da adottare da parte di ciascuno (personale delle UO, DSP, utenti), sia per la risoluzioni di criticità e conflitti nel merito alla applicazione pratica della procedura ratificata. Ove necessario, ogni proposta di modificazione organizzativa e ogni criticità che appare di difficile e complessa risoluzione sarà sottoposta dal BM-DSP al DSP, e se del caso da questi al "Bed Manager Aziendale", per pervenire infine alla ridefinizione delle procedure e delle competenze del caso, eventualmente necessarie per risolvere i problemi che si presentano.

3.5.2 IL B.M. DI U.O.

E' fatto obbligo ad ogni Responsabile di U.O. aziendale con letti di degenza ordinaria individuare entro 30 giorni dalla ratifica della presente procedura il Bed Manager della propria UO da comunicare alla DSP. In caso di mancata individuazione del BM-UO tale funzione sarà a carico del Direttore UOC/Responsabile UOS. Compito del BM di UO è quello di collaborare con il Responsabile dell'UO al fine di ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti ricoverati nella propria UO al fine di ridurre i giorni di ospedalizzazione dei pazienti ottimizzando quanto più possibile le procedure di reparto in modo da dare priorità di vista ai pazienti giudicati dimissibili dal giorno

precedente nonché di far rispettare le modalità e le tempistiche di comunicazione di posto letto disponibile a DSP . BM-UO collabora attivamente con il BM -DSP per la soluzione delle eventuali criticità intervenute in ordine a ricoveri e dimissioni.

3.5.3 PERCORSO DI DIMISSIONE-RICOVERO

L'attività di "Bed Management" si esplica attraverso la regolamentazione in essere delle modalità di dimissione dei pz e quindi di gestione del pl libero, ponendo massima attenzione alla contrazione delle degenze medie, all'appropriatezza dei ricoveri e al trasferimento in altre strutture extra aziendali di tutti i casi che hanno superato la fase acuta e si connotano come post acuzie (assistenza domiciliare, RSA, lungodegenza, hospice, riabilitazione)

3.5.4 CONTENIMENTO DEI TEMPI DI DEGENZA MEDIA

L'attività di "Bed Management" si concretizza anche nel ricercare ogni possibile reingegnerizzazione per promuovere rapidità nell'effettuazione del percorso diagnostico-terapeutico dei pz che rende possibile la rapida conclusione del percorso di ricovero acuto verso dimissione o trasferimento presso ricovero post acuto, e di conseguenza massimizza la possibilità di ricoverare nuovi pz. Per quanto attiene all'attività di contenimento della degenza media ogni responsabile di UO (in collaborazione col BM-UO) avrà come obiettivo prioritario l'organizzazione del reparto: a tal fine attraverso l'effettuazione della visita ai ricoverati nelle prime ore del mattino iniziando dai pazienti giudicati dimissibili dal giorno precedente e di agire per minimizzare i tempi di ricovero e di dimissione, garantendo continuità nell'iter del pz ricoverato, assicurando al pz il più breve iter diagnostico-terapeutico possibile, pianificando tutte le attività di reparto correlate e di relazione con i servizi diagnostici di supporto. L'organizzazione dell'attività deve essere volta a minimizzare i tempi di risposta alle unità di degenza, a scapito se necessario dei tempi di risposta per i pazienti ambulatoriali o per gli esami svolti in convenzione per altre

strutture. Sul versante della rapidità di conclusione del percorso di ricovero grande importanza hanno le attività di consulenza. Su tale versante il BM-DSP effettuerà analisi nel tempo ricercando insieme ai consulenti di ciascuna UO le modalità per velocizzare i tempi delle consulenze. E' quindi diretta competenza del Responsabile UO organizzare le consulenze ai ricoverati presso le altre UO, dedicando a tal fine ore/lavoro quotidiane del medico designato in modo da consentire l'immediata risposta alle consulenze urgenti e la risposta massimo entro 24 ore alle consulenze non urgenti. Ciascun medico con funzione di BM di UO è tenuto a segnalare alla DSP eventuali disfunzioni nell'espletamento delle consulenze richieste ad altre UO che determinano allungamento dei tempi di ricovero, per avviare una azione di riorganizzazione delle consulenze deficitarie. Analoga criticità presenta l'effettuazione di esami diagnostico-terapeutici complessi (endoscopici, angiografici, coronarografici, biopsie eco tac guidate etc.): anche i servizi che effettuano tali attività complesse devono dare priorità ai pz ricoverati piuttosto che agli esterni ambulatoriali o afferenti da altre strutture. A monte di tutte le suddette azioni volte a rendere celere l'episodio di ricovero vi è la promozione dell'appropriatezza, per cui le UO non devono richiedere esami diagnostici o consulenze se non effettivamente necessarie ai fini dell'episodio di ricovero di cui trattasi, rimandando ogni accertamento per polipatologie o per malattie croniche lamentate dal pz ad accessi ambulatoriali/day hospital successivi all'episodio di ricovero stesso.

3.5.5 DIMISSIONE DEL PAZIENTE

La dimissione del pz a domicilio deve essere adeguatamente pianificata e organizzata. A tale scopo ogni UO deve re-ingegnerizzare la propria attività mattutina di reparto in modo che nelle prime ore del mattino il BM-UO possa confermare il numero di pz in dimissione il giorno stesso e quindi fornire - su chiamata del personale della Direzione Sanitaria di Presidio - entro le ore 12 il numero di posti letto che si libereranno nel pomeriggio e che saranno quindi disponibili per nuovi ricoveri. Tale conferma deve essere

il frutto di una ottimale organizzazione di reparto che determini all'atto della visita effettuata ogni giorno la previsione di dimissibilità di un paziente il giorno successivo e l'attivazione celere degli accertamenti diagnostici e delle consulenze ritenute necessarie alla dimissibilità del paziente. E' responsabilità del Direttore UO/Responsabile UOS garantire tale priorità e il rispetto dei tempi di conferma dimissione. Come dettagliato più avanti, entro e non oltre le ore 12 di ogni giorno feriali (dal lunedì al venerdì) dovrà essere inviata tramite mail alla Direzione Medica di Presidio la comunicazione dei posti letto disponibili per l'effettuazione di ricoveri ordinari nel primo pomeriggio; il personale di reparto deve effettuare tutte le procedure del caso che conducono alla dimissione del pz quanto prima possibile nella mattinata con tempestivo ripristino dell'unità di degenza per un nuovo ricovero. I familiari, preallertati già dal giorno precedente a quello previsto per la dimissione, devono essere invitati ad accompagnare al domicilio il proprio congiunto nelle prime ore del mattino o al massimo nel primo pomeriggio.

3.5.6 TRASFERIMENTO IN POST ACUZIE

E' importante che nel corso del ricovero siano precocemente individuati i pz 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.). Il Dipartimento Attività Territoriali, Integrazione Ospedale-Territorio e socio-sanitaria coordinerà la gestione dei trasferimenti in post acuzie, hospice o RSA e per la gestione dei casi difficili, avendo cura di istituire un Gruppo di coordinamento ospedaliero (che include personale ospedaliero e del territorio) per la disamina e la gestione di detti trasferimenti che vede lavorate in team personale ospedaliero e personale del distretto. Nei casi di "dimissione difficile" o "trasferimento difficile" è necessario il precoce coinvolgimento dell'Assistente Sociale che, in collaborazione con il caposala del reparto e la suddetta "task force ospedale-territorio", individuerà le

migliori e possibili soluzioni di accoglienza post ricovero attivando i contatti di competenza. Il caposala attiverà con solerzia le procedure di ricerca pl post-acute notiziando tramite mail l'ufficio DSP che è l'Ufficio deputato alla richiesta di tali posti letto all'esterno dell'Azienda. Questa azienda ha già in uso un protocollo condiviso di dimissione ospedale - territorio " percorso di continuità assistenziale Ospedale-Territorio presa in carico di pazienti cronici e fragili, dimessi dalle Strutture Ospedaliere/Presidi Ospedalieri - Case di Cura accreditate e contrattualizzate con l'ASP di Catania."

3.5.7 TRASFERIMENTO IN RIABILITAZIONE

I pazienti che possono giovare di un trattamento riabilitativo post ricovero acuto, saranno avviati a tale percorso assistenziale fin dal ricovero in una UO aziendale per acuti: la consulenza del fisiatra Imposterà la presa in carico del paziente iniziando precocemente , già nelle U.O. per acuti, il progetto riabilitativo individuale, coinvolgendo il team riabilitativo e predisporrà il trasferimento presso le UO aziendali di Riabilitazione appena possibile oppure presso U.O. di Riabilitazione accreditate.

3.5.8 TIPOLOGIE DI RICOVERO E LORO PRIORITA'

Possono afferire al ricovero presso una UO diverse fattispecie di pz; ciascuno di loro ha parimenti diritto di trovare accoglienza nel reparto appropriato per la sua situazione clinica, tuttavia, essendo limitato il numero di pl ed essendo ristretti i tempi per dare risposta alla domanda di assistenza in acuzie , occorre introdurre dei criteri condivisi di priorità. I Presidi di Acireale e Caltagirone si connotano come presidi dell'Azienda e sono sede di DEA di I livello. Vi accedono:

- pz che afferiscono dal circuito dell'emergenza (118 e accesso diretto presso PS)
- pz in lista d'attesa per ricovero per patologie di elevata complessità

Entrambe le tipologie di pazienti hanno pari dignità e priorità per essere accolte in ospedale, e il BM-DSP deve operare per garantire entrambe le tipologie di ricovero, venendo viceversa meno la funzione di assistenza in emergenza da un lato e il contenimento delle liste d'attesa dall'altro. Sono assimilabili ai pz in lista d'attesa per ricovero elettivo i pz già ricoverati presso altre strutture sanitarie, che necessitano di prestazioni di ricovero presso l'Azienda su richiesta dei curanti delle rispettive strutture esterne presso cui sono ricoverati e al di fuori di procedure d'urgenza che coinvolgono il 118 (trattandosi in tali casi di ricoveri d'urgenza in tutto assimilabili a quelli da PS): questi pz saranno ricoverati per trasferimento dalla struttura esterna richiedente tra i ricoveri elettivi e sarà competenza del medico dell' UO stabilire la relativa priorità rispetto alla gravità clinica dei casi già presenti in lista d'attesa per ricovero dell' UO e nel rispetto delle regole di bed management che saranno esplicitate dal Bed Manager Aziendale. Solo in caso di evenienze eccezionali, quali una maxiemergenza, in genere comunicate dagli organi esterni competenti, o in caso di "iper-presenza di pazienti in PS alle ore 11 (oltre le 90 unità) è legittimo da parte del DSP richiedere il blocco dei ricoveri elettivi, con necessità di autorizzazione preventiva del blocco stesso da parte della DSP al Bed Manager Aziendale: comunque la corretta applicazione delle procedure di BM rende tale evenienza circoscritta a periodi di particolare emergenza (epidemia influenzale, ondate di calore, ecc). I pz già ricoverati entrati attraverso il PS, che necessitano di essere trasferiti di reparto per rendere possibile, in modo appropriato e tempestivo, la conclusione dell'episodio di ricovero hanno priorità assoluta rispetto sia ai ricoveri da PS sia a quelli elettivi da lista d'attesa. Tali pz infatti permanendo in modo inappropriato presso l'UO in cui si trovano ricoverati, ricevono una assistenza non ottimale e determinano comunque una occupazione di pl con i correlati costi, riducendo la capacità recettiva aziendale complessiva e riducendo l'efficienza complessiva del sistema, situazioni che pertanto devono aver termine prima possibile. A seguito di particolari circostanze il Bed Manager Aziendale ha l'autorità per

modificare tale iter autorizzando di fatto la gestione extrareparto di competenza: tale possibilità è peraltro in linea con l'assistenza per intensità di cura di un paziente. Devono essere quindi ricoverati nell'UO di competenza al primo pl libero le seguenti tipologie di pz che pertanto hanno priorità su e su elezione:

- 1. pz "appoggiati", per momentanea mancanza di pl, in UO diverse da quelle a cui sono comunque assegnati per competenza; in mancanza momentanea di pl presso l'UO di destinazione, avvia il ricovero presso UO affine che presenta in quel momento pl disponibile, tenendo presente il divieto di ricoverare pz medici presso UO chirurgiche e viceversa. In questi casi i medici che seguono e hanno la responsabilità clinica e medico-legale dei pz sono quelli dell'UO di competenza, mentre l'equipe infermieristica è quella del reparto che ospita temporaneamente il pz in appoggio. Tale situazione determina necessità per i medici responsabili del pz di assistere tali pz al di fuori del reparto di afferenza, con dispendio di risorse umane e assistenza non ottimale, evitando di determinare alcuna carenza assistenziale, ragione per cui questa situazione deve terminare quanto prima possibile, cioè appena si rende disponibile un pl presso l'UO di competenza. Peraltro tale fattispecie determina una indebita occupazione di pl presso l'UO ospitante, limitandone la possibilità di ricovero e la produttività. Quindi in presenza di pz in appoggio non si è autorizzati a ricoveri da DSP ed è **AUTOMATICAMENTE BLOCCATO** ogni ricovero in elezione fino ad avvenuto riassorbimento (fatti salvi casi eccezionali autorizzati da DSP);
- 2. pz in sovrannumero all'interno del reparto di competenza. Anche in questo caso vi è **AUTOMATICO BLOCCO** di ricoveri elettivi fino ad avvenuto riassorbimento del paziente in sovrannumero, riassorbimento che deve avvenire entro al massimo le 24 ore successive;
- 3. pz che devono e possono essere trasferiti per necessità di isolare un pz affetto da malattia contagiosa: qualora non possano essere dimessi pz in una UO che deve realizzare condizioni di isolamento (stanza singola), le UO affini che possono

accogliere i pz in esubero per favorire la realizzazione dell'isolamento, devono accogliere con assoluta priorità i pz presso i loro pl liberi;

- 4. pz che possono lasciare il pl di TI: considerando il limitato numero di pl intensivi presenti e l'obbligo di ricoverare nell'ambito cittadino e regionale casi gravi in pericolo di vita emergenti (per accesso da PS o aggravamento di casi già ricoverati) oppure su richiesta del 118 nonché l'elevato costo di una giornata di degenza in TI e, considerata questa tipologia di trasferimento interno prioritaria rispetto al ricovero da PS, quando un pz ha concluso il ciclo di ricovero intensivo (a insindacabile giudizio e responsabilità dell'anestesista rianimatore che lo ha in cura e sulla base di specifici criteri clinici condivisi), deve con assoluta priorità essere trasferito in una unità di degenza non intensiva di competenza per il quadro clinico da trattare.
- 5. pz che hanno concluso l'episodio di ricovero acuto presso l'UOC Chirurgia o presso la Medicina e, per l'esistenza di pluripatologie intercorrenti acute non sono dimissibili a domicilio, in quanto necessitano di completare l'iter diagnostico-terapeutico: in tali casi è più appropriato per loro essere seguiti presso l'UO di competenza, ripristinando le capacità ricettive della Chirurgia e/o della Medicina;
- 6. Trasferimento interno per specifica competenza (fatte salve diverse decisioni del bed Manager in ordine a specifiche esigenze di pronto Soccorso) e solo per pazienti che sono stati ricoverati tramite Pronto Soccorso. In sintesi in caso di pl libero sarà data in sequenza priorità al ricovero di:
 - a) pz in carico all'UO ma "appoggiati" presso altre UO;
 - b) pz in sovrannumero nella stessa UO;
 - c) pz trasferiti da UO intensive;
 - d) pz trasferiti da Chirurgia o da Medicina;
 - e) pz entrati da PS e trasferiti per competenza clinica da altra UO;
 - g) tutti pz da lista d'attesa (o accettati da altre strutture sanitarie esterne).

Il sabato non si effettuerà alcun ricovero elettivo e pertanto i posti letto resisi disponibili a vario titolo (dimissione, trasferimento, decesso) saranno messi a disposizione del P.S. ove non vi sia l'obbligo di adempiere a quanto previsto dai soprastanti punti a), b) e c). Parimenti, anche la domenica, tranne casi eccezionali correlati alla patologia del paziente o alle necessità chirurgiche/interventistiche/diagnostiche del lunedì, non si effettuerà alcun ricovero elettivo e pertanto i posti letto resisi disponibili a vario titolo (dimissione, trasferimento, decesso) saranno messi a disposizione di P.S. ove non vi sia l'obbligo di adempiere a quanto previsto dai soprastanti punti a), b) e c). E' quindi obbligo dei Direttori di UUOO ottimizzare i percorsi di dimissione e richiesta farmaci in modo da poter effettuare dimissioni sia di sabato che di domenica.

3.5.9 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' DI BED MANAGEMENT:

OTTIMIZZAZIONE DELLA RISORSA PL ORDINARIO ATTRAVERSO LA PROGRAMMAZIONE GIORNALIERA DEI RICOVERI URGENTI E ELETTIVI E DIAGRAMMA DI FLUSSO COMPETENZE DELL'U.O. DI RICOVERO

Il Direttore UOC/Responsabile UOS, (personalmente o delegandolo a un BM-UO) deve garantire il regolare espletamento delle attività giornaliere e settimanale della propria UO nonché tutti gli obblighi di riassorbimento di pazienti di propria competenza da TI o altra unità operativa. Per rendere ciò possibile deve reingegnerizzare le attività di reparto tese a perfezionare nelle prime ore del mattino le procedure relative alla dimissione dei pz, che devono avere priorità rispetto alle altre attività ordinarie non urgenti di reparto (preparazione per tempo della lettera di dimissione e del piano terapeutico, predisposizione della copia della cartella clinica in caso di trasferimento, pianificazione delle visite di follow up, etc), stabilendo nelle prime ore della mattinata i pazienti da dimettere nel pomeriggio e nell'arco della stessa giornata i pazienti dimissibili il giorno successivo con gli eventuali accertamenti finali da effettuare in modo

da rendere sicura la dimissione l'indomani mattina. Entro e non oltre le ore 12:00 dei giorni feriali, dal lunedì al venerdì, il BM-UO (o il medico di guardia dell'UO) comunicherà al personale dell'Ufficio DSP che lo contatterà telefonicamente il numero di posti letto disponibili per ricoveri da P.S. Al fine di completare la raccolta delle informazioni entro le 12 circa, è fatto obbligo al Direttore di UO di vigilare e garantire affinché il medico di guardia fornisca i letti disponibili in giornata senza rinviare ad altro collega. Trattandosi di previsione, da confermare successivamente, è fatto obbligo al medico di reparto di fornire il dato corretto di previsione e non solo i letti effettivamente disponibili al mattino (di solito assenti) Vanno quindi comunicati al DSP i posti letto che saranno disponibili a seguito delle dimissioni di giornata al netto all'eventuale riassorbimento dei propri appoggi o bis.

- 5.8. Nel caso particolare in cui si rendesse necessario chiudere 1-2 pl per realizzare una situazione di isolamento di un pz il medico di reparto se non riesce a dimettere contestualmente altri pz che hanno concluso l'episodio di ricovero o a sistemare i pazienti in modo da creare l'isolamento necessario, invierà alla segreteria DSP la comunicazione di chiusura posto letto per isolamento (con eventuale allertamento del medico in servizio o reperibile DSP per richiedere collaborazione e procedure del caso collegate all'esistenza di malattia diffusiva da isolare) ed effettuerà la notifica di malattia infettiva quando prevista.

3.5.9.1. **COMPETENZE DELL'UOC P.S.**

Il Medico dell'UOC P.S. cui sono assegnate le funzioni di "BM di P.S. , acquisita la disponibilità di posto letto provvede a identificare i pazienti da inviarvi non appena ricevuta comunicazione di posto letto pronto al ricovero cercando di completare tali ricoveri entro le ore 19. Inoltre seleziona tra i pazienti necessitanti di ricovero presenti in PS quelli eleggibili a ricovero in Medicina in quanto rientrante nei criteri condivisi tra Medicina e chirurgia. Il Responsabile del P.S. (o suo delegato) pone in essere procedure

interne per l'incremento delle dimissioni dei pazienti ricoverati nel reparto di Medicina per i pz "in attesa di ricovero in PS" che non è stato possibile collocare nelle UO mediche di competenza per carenza di posti letto.

3.5.9.1.2 **COMPETENZE DELL'UFFICIO DELLA DSP**

Questo è lo strumento operativo della DSP e opera sotto la responsabilità del BM-DSP: svolge una funzione nodale nel processo di "Bed Management" ponendosi al centro delle comunicazioni tra le UUOO e P.S. nell'attività mattutina feriale legata alla programmazione giornaliera dell'utilizzo di posti letto per nuovi ricoveri. L'Ufficio DSP della DSP, aperto dal lunedì al venerdì dalle ore 7:00 alle ore 14:00 ha il compito di: acquisire telefonicamente, dalle UUOO entro le ore 12 le disponibilità di posto letto per ricoveri dal P.S.. Inviare al P.S. dopo le ore 12 lo schema riassuntivo dei posti letto disponibili. Nei giorni di chiusura dell'Ufficio DSP (sabato, prefestivi e festivi) non vi sarà alcuna necessità di comunicazione a DSP da parte delle UU.OO o del P.S.: in quei giorni ogni disponibilità di posto letto, sempre al netto delle priorità di cui al punto 5.6, dovranno essere comunicate direttamente al P.S. . Oltre alle azioni sopra descritte, il DSP conserva in modo informatizzato tutte le comunicazione pervenutegli. Il DSP è inoltre attivamente coinvolto nel processo di Bed Management correlato al contenimento delle degenze medi e alla facilitazione delle dimissioni. Entra infatti in gioco nel momento in cui necessiti per un pz ricoverato una prestazione o consulenza non fruibile presso il Presidio ma effettuabile ricorrendo al trasporto del pz o di suoi campioni biologici presso altra struttura sanitaria a seguito di convenzione ad hoc stipulata, ovvero attivazione del consulente esterno non disponibile ospedale sulla base di convenzioni in essere. Anche in tale ambito il DSP fornirà tutto il supporto necessario per reperire immediato appuntamento per la prestazione/consulenza esterna, informandone contestualmente il reparto in cui il pz è ricoverato per l'attivazione della macchina di trasporto pz o di trasporto campioni.

Anche in caso di prestazioni/consulenze per cui non sono state stipulate in precedenza convenzioni per evenienze mai accadute in precedenza o perché si è verificata improvvisa inefficienza di prestazioni ordinariamente fruibili presso il Presidio, il DSP svolgerà il compito di reperire nel posto più vicino possibile. In tal caso il medico di UO richiedente la prestazione dovrà specificare le motivazioni cliniche che determinano la richiesta di prestazione fuori presidio, che dovrà essere valutata dal medico in servizio presso DSP prima dell'inoltro alla struttura extra-presidio erogatrice (che può essere altro presidio dell'Azienda o struttura sanitaria extra-aziendale. Nell'ambito del trasferimento dei pz verso post acuzie il DSP svolge un altrettanto nodale ruolo in quanto ad esso pervengono tutte le richieste di trasferimento presso strutture di post acuzie sui moduli già in uso: è competenza del DSP ricercare il pl prioritariamente presso le strutture aziendali ad. es. di riabilitazione e successivamente presso ogni altra struttura accreditata che presenti adeguati requisiti e che si renda disponibile ad accogliere il pz in trasferimento. Infine qualora sorgessero problematiche correlate con il trasporto del pz il DSP interverrà per facilitare in ogni modo la liberazione del pl, intervenendo presso associazioni addette al trasporto infermi per far effettuare anche trasporti che ordinariamente non sono previsti (ad es. accompagnamento presso domicilio o comunità di pz fragili senza congiunti).

3.6.VERIFICA DI APPLICAZIONE

I Soggetti citati nella presente procedura sono responsabili della corretta effettuazione dei compiti Loro assegnati. I Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, i Direttori/Responsabili di UO e i caposala sono responsabili della corretta applicazione di quanto previsto nella presente procedura per la propria struttura, nonché responsabili di rendere edotto ogni collaboratore delle procedure da seguire. Per quanto attiene la tempistica di verifica, a sei mesi dalla ratifica della presente revisione, il BM-DSP ne

verifica la corretta applicazione in particolare il rispetto delle priorità di ricovero e del cruscotto

Inoltre verranno effettuati audit mensili con Direttore UOC Medicina Interna, per valutazione dell'attività della Medicina e verifica del rispetto dei criteri di ricovero e analisi delle eventuali criticità Specifici incontri verranno organizzati a seguito di segnalazione di ricoveri o trasferimenti ritenuti incongrui

3.7. RINTRACCIABILITA' E CUSTODIA

La presente procedura sarà distribuita a tutte le UUOO di ricovero dell'Azienda, al P.S., alla DSP ed ai Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri. In ciascuna UO una copia deve essere disponibile presso la stanza del medico di guardia e presso quella del caposala.

Il referente per la qualità dell'UO deve archivarla presso l'UO, sostituendola con eventuali successive redazioni aggiornate presso ogni postazioni in cui si trova nell'UO.

3.8. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

La presente procedura deve essere revisionata nel suo complesso nel caso di modifiche a livello normativo e comunque ove si renda necessario al miglioramento della gestione dei posti letto dell'Azienda.

3.9 INCREMENTO DELLE SEDUTE OPERATORIE

OBIETTIVO

La presente procedura, in applicazione al D.A. 12.04.2019- Approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021- , ha per obiettivo l'incremento delle sedute operatorie (anche nel pomeriggio) nei PP.OO dell' ASP di Catania, finalizzata alla diminuzione delle liste di attesa e miglior utilizzo dei Blocchi operatori al fine di:

□ abbreviare i tempi di attesa per il ricovero di pazienti

□ rendere contenuti i tempi di ricovero in elezione nel rispetto delle priorità di ricovero dei pazienti in lista d'attesa

SETTORI E PERSONALE COINVOLTO

- UU.OO.CC. chirurgiche dotate di pl di ricovero ordinario: Direttori/Responsabili di UO, Dirigenti Medici e C.P.S. E.(Coordinatore)
- U.O.C. ANESTESIA Dirigenti medici;
- Blocco operatorio C.P.S. E.(Coordinatore) C.P.S. I., O.S.S.

TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

U.O.C. : Unità operativa complessa
B.O. : Blocco operatorio
C.P.S.E.: Collaboratore Professionale Sanitario Esperto
C.P.S. I.; Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
O.S.S : Operatore Socio Sanitario

L'utilizzazione del B.O. è condizionato principalmente da quattro fattori:

**la disponibilità delle sale,
gli interventi pianificati,
gli anestesisti e i chirurghi,
gli infermieri.**

Le maggiori difficoltà sorgono proprio qui, ovvero nella necessità di organizzare le fasi pre/post-operatorie, l'imprevedibilità dei tempi operatori stessi, il coordinamento di professionalità diverse, la pianificazione degli interventi a fronte di molteplici esigenze.

Inoltre si deve tenere conto della progressiva crescita della severità clinica dei pazienti, i quali sono sempre più attenti al livello della prestazione sanitaria che gli è offerta a fronte di una maggiore consapevolezza maturata dai mezzi di comunicazione di massa che con sempre maggiore frequenza e intensità affrontano queste tematiche.

Per questo motivo nell'ambito di gestione dei processi sanitari si deve sempre tenere presente che l'obiettivo primario è la cura del paziente, a cui deve essere garantito un livello di servizio adeguato, e da qui partire con le successive analisi per migliorare l'efficienza della struttura sanitaria.

Per tutta questa serie di motivi, si può concludere che una gestione ottima del B.O. è legata ad un'accurata attività di pianificazione degli interventi e di programmazione dei turni degli operatori.

Il numero di attività viene quindi calcolato in base ai volumi massimi consentiti, alle ore di disponibilità del personale e al numero di sale utilizzabili.

Per far funzionare una sala infatti servono: chirurghi, anestesisti e infermieri. L'obiettivo è utilizzare tutte le sale anche nel pomeriggio.

Per aprire almeno una sala di pomeriggio per P.O. tuttavia servirebbero quindi più chirurghi, più anestesisti e più infermieri. Ma non è solo una questione di numeri.

Per agire ancora più efficacemente sulle attese bisogna incrementare l'utilizzo delle sale operatorie nelle ore pomeridiane con l'assunzione di medici anestesisti e chirurghi, di nuovo personale infermieristico da dedicare al blocco operatorio.

Pertanto in atto, e fino alla copertura degli organici, è possibile aprire nel pomeriggio una sala operatoria nel B.O. dei PP.OO. aziendali facendo ricorso alla attività aggiuntiva o ad un progetto per i distinti profili professionali.

Si vuole inoltre rappresentare che nel B.O. dei PP.OO. di Acireale, Biancavilla, Bronte, Paternò una sala operatoria è già attiva, cioè svolge gli interventi in elezione, anche nelle ore pomeridiane, ed in atto il turno viene svolto spesso in prestazione aggiuntiva dai dirigenti medici di anestesia e in lavoro straordinario per i CPS.I del B.O.

Prestazioni in ricovero e classi di priorità

La gestione delle liste di attesa dei ricoveri parte dall'applicazione delle classi di priorità ai ricoveri programmati in specie alle prestazioni individuate prioritariamente nel PNGLA 2010-2012 secondo quanto previsto nell'allegata tabella .

Tabella 1

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE 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.
CLASSE 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 da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione, disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
CLASSE 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 .

Tabella 2

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY					
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Classe di priorità	Tempo massimo in gg.
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1	A : Ca. metastatico	30
				B: Ca. (programmazione terapie postoperatorie)	60
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57		A	30
				A	30
				A	30
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11		A	30
47	Emorroidectomia	49.46			
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0 - 53.10			

(1)Anche se erogato in DSAO ;

Tabella 3

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione (2)	Codice Intervento	Codice Diagnosi	Classe di priorità	Tempo massimo in gg.	
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174	A	30	
50	Interventi chirurgici tumore Prostate	60.5	185	B	60	
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154	A	30	
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	A	30	
53	By pass aortocoronarico	36.10		A	30	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0		A	30	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12		A	30	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 –		A: frattura di anca artroprotesi al di sotto dei 65 anni	30	
				B: artroprotesi anca per coxartrosi	60	
				81.52 –	A: frattura di anca intervento di artroprotesi	30
				81.53	A: interventi di revisione , protesi d'anca infette ;	30
					A: intervento di revisione per lussazione protesi irriducibile in-cruentemente	30
					B: intervento di revisione protesi d'anca	60
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9		A: Ca. del polmone	30	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3		B: T. per apnea ostruttiva nel sonno	60	
				C:T. per accesso tonsillare	180	
				D: T. per tonsillite ricorrente	Entro 12 mesi	

Tabella 4

STRUTTURE PUBBLICHE dell'ASP CHE EROGANO LE PRESTAZIONI DI RICOVERO CRITICHE EX D.A. N. 1220/11

Prestazioni in day hospital/day surgery					
Numero	44	45	46	47	48
Prestazione	Chemioterapia (1)	Coronarografia	Biopsia percutanea del fegato (1)	Emorroidectomia	Riparazione ernia inguinale (1)
Codice Intervento	99,25	88,55-88,56-88,57	50,11	49,46	53,0-53,10
Codice Diagnosi	V581				
ASP	Acireale			X	X
	Biancavilla				X
	Bronte			X	X
	Caltagirone	X		X	X
	Militello				X
	Paternò				X

Tabella 5

CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE CHE EROGANO LE PRESTAZIONI DI RICOVERO CRITICHE EX D.A. N. 1220/11

	Prestazioni in day hospital/day surgery				
Numero	44	45	46	47	48
Prestazione	Chemio terapia (1)	Coronaro grafia	Biopsia per- cutanea del fegato (1)	Emorroidectomia	Riparazione ernia ingui- nale (1)
codice intervento	99,25	88,55 88,56 88,57	50,11	49,46	53,00 53,10
codice diagnosi	V58,11				
Argento				X	X
Carmide					
Centro Catanese di Medicina e Chi- rurgia				X	X
Distefano Velona				X	X
Gibiino				X	X
Gretter				X	X
Humanitas Cco	X				X
ISCAS Centro Cuore					
Istituto Oncologico del Mediterraneo	X				
Mater Dei				X	X
Morgagni	X			X	X
Musumeci	X				X
Santa Rita					X
Valsalva				X	X
Villa S.Francesco				X	

(1) Le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, terranno conto, nella programmazione, del Relativo setting assistenziale utilizzato.

(2) Le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, terranno conto, nella

programmazione, del relativo setting assistenziale utilizzato.

Tabella 6

CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE CHE EROGANO LE PRESTAZIONI DI RICOVERO CRITICHE EX D.A. N. 1220/11

Prestazioni in ricovero ordinario (2)										
Numero	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
Prestazione	Int chir tum mammella	Int chir tum prostata	Int chir tum colon retto	Int chir tum utero	By pass aorto coronarico	Angioplastica coronarica (PTCA)	Endoarteriectomia carotidea	Interven- to protesi d'anca	Int chir tum pol- mone	Tonsillec- tomia
codice intervento	da 85,41 a 8548	60,5	da 45,71 a 45,8 da 48,5 a 48,69	da 68,31 a 68,9	36,10	da 36,03 a 36,09	38,12	81,51 81,52 81,53	32,3 32,4 32,5 32,9	28,2 28,3
Codice diagnosi	da 174,0 a 174,9	185	da 153,0 a 154,8	da 182,0 a 182,8						
Argento			X					X		
Carmide										
Centro Cata- nese di Medi- cina e Chirur- gia			X					X		
Distefano Velona			X							
Gibiino			X					X		
Gretter	X	X						X		
Humanitas Cco	X	X	X	X						
ISCAS Centro Cuore						X	X			
Istituto Onco- logico del Mediterraneo	X	X	X						X	X
Mater Dei		X	X					X		
Morgagni	X	X	X	X			X	X	X	X
Musumeci		X	X					X		
Santa Rita								X		
Valsalva										
Villa S.Francesco										

(1) Le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, terranno conto, nella programmazione, del Relativo setting assistenziale utilizzato.

(2) Le aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, terranno conto, nella programmazione, del relativo setting assistenziale utilizzato.

4. Piano di Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri

4.1 Prestazioni aggiuntive (IG05)

Considerato che i Contratti Collettivi Nazionali di lavoro - vigenti - del personale dell'area della dirigenza medica e veterinaria ed in particolare l'art. 55, comma 2, CCNL, CCNL 08/06/2000 e l'art. 14, comma 6, CCNL 03/11/2005, danno facoltà alle Aziende ed Enti del SSN, di richiedere ai propri dirigenti, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale - in regime di attività libero professionale - prestazioni allo scopo di ridurre le liste di attesa.

L'ASP di Catania ha programmato l'attivazione di progetti concernenti l'espletamento di prestazioni aggiuntive da erogare in regime di attività libero professionale da parte del personale dirigente medico, in via eccezionale e temporanea, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza e delle attività programmate, mantenendo il livello dell'offerta sanitaria al fine di abbattere le liste di attesa ed elevare la qualità delle prestazioni.

Premesso quanto sopra, nelle more delle occorrenti integrazioni al vigente regolamento che disciplina l'attività libero professionale intramuraria, si è disposto che le richieste di autorizzazione per l'effettuazione di attività aggiuntive, devono essere prodotte dal Direttore della U.O.C. interessata congiuntamente al Direttore del Dipartimento di afferenza, alla Direzione Sanitaria Aziendale tramite compilazione di apposita scheda progetto (secondo il modello allegato 1), contenente gli elementi e le attestazioni essenziali, al

fine delle consequenziali determinazioni in merito al ricorso all'istituto di che trattasi, in linea con la vigente disciplina normativa e pattizia.

Si sottolinea in proposito che:

- Ai Direttori di Dipartimento è fatto carico di valutare ed attestare l'impossibilità di attivare diverse soluzioni organizzative in ambito dipartimentale;
- Ai Direttori delle UU.OO.CC. interessate, individuati quali Responsabili dell'attività in questione, è fatto carico di redigere e presentare per la relativa validazione da Direttore del Dipartimento un piano preventivo mensile, organizzare l'attività assistenziale, assegnando le ore necessarie al personale disponibile, rendicontare mensilmente sull'attività prestata e relativo impegno orario e relazionare esaurientemente a fine progetto i risultati raggiunti, evidenziando la distinzione tra l'attività in regime ordinario e le prestazioni aggiuntive.

4.2 Monitoraggio attività libero professionale (IG06)

L'ALPI presso l'ASP di Catania è disciplinata con Regolamento aziendale per l'esercizio dell'ALPI, approvato con deliberazione n. 1865 del 21/07/2015, entrato in vigore in data 01/04/2016, modificato ed integrato con deliberazioni n. 404 del 19/02/2016 e n. 871 del 17/03/2016; è rappresentato dalle Linee guida regionali per l'Esercizio dell'Attività Libero Professionale intramoenia di cui al D.A. n. 337/2014, con le quali, in applicazione di quanto previsto dalla Legge n. 1207/2017 prima e della Legge n. 189/2012 (Legge "Balduzzi").

In particolare, l'art.2, della Legge n. 189/2012, interamente recepito dal D.A. n. 337/2014 sopra citato, ha introdotto una serie di novità volte al superamento delle problematiche che da sempre hanno caratterizzato l'esercizio dell'Attività Libero Professionale, prima fra tutte l'abolizione dell'ALPI "allargata", considerata ormai come una forma "residuale" di

esercizio dell'ALPI, attivabile soltanto allorquando, per carenze strutturali, l'Azienda non è in grado di garantire ai professionisti spazi adeguati per l'esercizio dell'ALPI.

E' stata, inoltre, preclusa la possibilità di svolgere l'ALPI presso studi professionali ove operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati con il SSN, ovvero dipendenti non in regime di esclusività.

Le Linee guida di cui al D.A. sopra citato hanno, poi, previsto che il pagamento delle prestazioni debba essere effettuato direttamente all'Azienda di appartenenza del professionista, con mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità delle corresponsioni di qualsiasi importo, prevedendosi, inoltre, che gli importi da corrispondere a cura dell'assistito debbano essere determinati d'intesa con i dirigenti interessati e previo accordo con la Direzione aziendale.

Tali importi devono essere idonei a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, nonché tutti i costi diretti e/o indiretti sostenuti dall'Azienda.

Nel rispetto della normativa Nazionale e Regionale, l'ASP di Catania ha provveduto ad effettuare:

- la ricognizione degli spazi aziendali disponibili per l'ALPI;
- ad attivare l'infrastruttura di rete per il collegamento tra l'Azienda e le strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni in Alpi;
- ad attivare 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;
- ad istituire 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;

- a definire 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;
- a determinare, 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;
- ad istituire l'Organismo paritetico di verifica del corretto ed equilibrato rapporto tra l'attività istituzionale e l'attività libero professionale;

In applicazione dell'art.61 del Citato Regolamento, è stato istituito in seno alla U.O.C. AA.GG., l'U.O.S. Ufficio ALPI, cui collabora anche personale proveniente da altre UOC, 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.

Il pagamento delle prestazioni ALPI viene effettuato dall'utente prima dell'erogazione della prestazione:

- con pagamento diretto presso una delle Casse Ticket aziendali;
- con pagamento tramite pos;
- con versamento su conto corrente bancario o postale intestati all'ASP di Catania.

Qualora il pagamento venga effettuato presso le casse ticket, l'operatore di sportello provvederà a rilasciare direttamente la fattura al paziente. In caso di pagamento effettuato con modalità alternative prima descritte, il personale aziendale provvederà all'invio della fattura al domicilio del paziente tramite servizio postale o tramite e-mail.

L'Organismo paritetico di verifica per l'ALPI, istituito con deliberazione n. 2363 del 7 ottobre 2015 così come previsto dall'art.23 del Regolamento Aziendale svolge, inoltre, 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.

CONTROLLI PREVISTI NEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'ESERCIZIO DELL'ALPI

L'Ufficio ALPI effettua una serie di controlli finalizzati al rispetto dei principi contenuti nel Regolamento aziendale:

- In fase di autorizzazione: il dirigente medico deve presentare istanza di autorizzazione sulla base di apposita modulistica scaricabile dal sito istituzionale dell'Azienda (www.aspct.it - ALPI). Nella domanda il medico deve fornire tutte le informazioni necessarie all'Ufficio ALPI per la gestione amministrativa della pratica, e in particolare:
 - possesso della specializzazione per la quale si chiede l'autorizzazione l'esercizio dell'ALPI;
 - indicazione delle prestazioni che intende rendere in ALPI con il codice di nomenclatore regionale con a fianco la relativa tariffa;
 - i giorni e le ore di esercizio dell'ALPI e la sede dell'ambulatorio aziendale nel quale intende esercitare la libera professione.

- Il dirigente medico deve altresì, impegnarsi a non superare le prestazioni rese in attività istituzionale (Art. 3 del Regolamento "Procedure di attivazione e organizzazione")

La domanda, oltre dal professionista interessato, deve essere sottoscritta dal Direttore dell'U.O.C. di appartenenza del dipendente nonché dal Direttore Medico del P.O. o del Distretto che attestano l'adeguatezza degli spazi prescelti dal professionista e la compatibilità dei giorni e degli orari prescelti.

La mancanza anche di uno solo di questi elementi determina la sospensione dell'autorizzazione con la richiesta da parte del personale dell'Ufficio ALPI di integrare le informazioni mancanti o incomplete.

Il personale medico e sanitario autorizzato all'ALPI è sottoposto al controllo costante del personale dell'Ufficio ALPI che provvede a controllare, a campione, la compatibilità delle timbrature "08" (attività in ALPI) con i giorni e gli orari autorizzati. In caso di mancata causalizzazione in entrata o in uscita mediante timbratura "08", in presenza di prenotazioni nella giornata di riferimento, il personale dell'Ufficio ALPI provvede a chiedere spiegazioni al dirigente medico che ha omesso la timbratura chiedendo spiegazioni in merito e invitando a regolarizzare la presenza in servizio mediante compilazione di apposito modulo di giustificazione della timbratura che, oltre dal dirigente medico, deve essere sottoscritto anche dal Direttore dell'U.O.C. di appartenenza del dipendente e/o dal Direttore Medico del P.O. o del Distretto Sanitario nel quale si trova allocato l'ambulatorio.

I proventi ALPI sono liquidati bimestralmente sulla base di prospetti contabili redatti dall'U.O.C. Economico - Finanziario aziendale che provvede ad effettuare un controllo incrociato tra le prenotazioni agganciate all'agenda elettronica del professionista autorizzato e le fatture emesse sulla base delle prestazioni effettuate.

I proventi così determinati vengono decurtati, così come previsto dalla legge e dal Regolamento aziendale, della quota aziendale (variabile a seconda del tipo di prestazione erogata e a ristoro di tutti i costi, diretti e indiretti, a carico del bilancio aziendale e comprensivo anche dell'IRAP), del 5% quale Fondo di Prevenzione e per l'abbattimento delle liste di attesa, del 5% quale fondo di perequazione, del 5% per il personale infermieristico e tecnico di supporto diretto all'esercizio dell'ALPI e del 4% quale fondo per la remunerazione del personale amministrativo di supporto indiretto.

Monitoraggio dei volumi.

Mentre per quanto riguarda l'attività libero - professionale è possibile determinare con esattezza il numero delle prestazioni rese dal singolo dirigente autorizzato all'esercizio dell'ALPI, per quanto attiene l'attività libero - professionale non è possibile, almeno fino a quando non entrerà a regime il software relativo alla ricetta dematerializzata, determinare il numero delle prestazioni rese in attività istituzionale dai singoli dirigenti medici.

Conseguentemente, per ottenere il numero delle prestazioni rese in attività istituzionale dai dirigenti medici autorizzati all'ALPI, e monitorare, pertanto, il corretto equilibrio tra le due attività, viene calcolato il numero complessivo delle prestazioni rese dalla singola unità operativa presa in considerazione diviso il numero dei dirigenti medici in servizio presso la stessa.

Dal monitoraggio effettuato annualmente dall'Ufficio ALPI, 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 effettua regolarmente il monitoraggio ex ante dell'ALPI secondo le modalità ed i tempi previsti dalla normativa nazionale e regionale.

4.3 Percorsi di tutela (IG08)

L'ASP di Catania qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale nella classe di priorità richiesta garantisce ai cittadini-utenti un "percorso di tutela" secondo la seguente procedura:

1. il cittadino-utente di cui non si riesce a rispettare il tempo massimo di erogazione prevista dalla classe RAO della prestazione specialistica richiesta viene inserito in una prelista denominata "lista percorsi di tutela";
2. il cittadino-utente viene chiamato per l'erogazione della prestazione richiesta, nel rispetto dei termini di prossimità :
 - 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;
 - in seconda istanza viene prenotato presso uno specialista privato convenzionato accreditato ;
 - in terza istanza viene prenotato presso un medico specialista dell'ASP in attività libero-professionale come prestazione aggiuntiva
3. il cittadino-utente pagherà ,per l'effettuazione della prestazione specialistica richiesta, esclusivamente il ticket ove normativamente previsto.

4.4 Appropriately prescriptive, application of RAO and maximum waiting times (IGD1, IGD2, IGD9)

Per controllare la domanda occorre migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la gestione delle priorità cliniche.

Allo scopo di ridurre la domanda inappropriata sarà ampliata il numero dei protocolli diagnostici condivisi, in particolare per quelle prestazioni a più alto impatto economico e con maggiori criticità (ad esempio TC, RM, ecocolordoppler TSA e arti inf./sup.) e l'applicazione degli stessi sarà monitorata e documentata attraverso specifici report trimestrali.

Nello stesso ambito si amplieranno i percorsi formativi rivolti ai prescrittori, in modo da concordare e monitorare le migliori strategie per rispettare l'appropriatezza prescrittiva nonché la corretta applicazione dei **RAO** (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) al fine di una maggiore e puntuale responsabilizzazione dei Medici coinvolti (MMG, PLS, Specialisti).

La revisione periodica dell'attività prescrittiva continuerà ad essere sarà effettuata valutando due livelli : il primo generale di monitoraggio (percentuale di attribuzione dei livelli priorità rispetto al numero totale di prestazioni erogate di primo contatto stratificata per classe di priorità e per prestazione). Il secondo livello di studio, analitico, (analisi delle disomogeneità stratificate per medico prescrittore) consentirà di valutare in maniera dettagliata i comportamenti prescrittivi adottati al fine di rendere quanto più omogenea e condivisa l'attribuzione dei criteri, procedura necessaria in quanto garanzia di equità e trasparenza nei confronti dei cittadini.

Tale modalità operativa si applica alle "prime visite " e al primo contatto .

Si attiveranno altresì ulteriori "tavoli tecnici" interaziendali per l'elaborazione condivisa di percorsi diagnostico-terapeutici così come già effettuato per :

- Ecografia della tiroide;
- Ecocolordoppler vascolare .

Le suddette procedure contribuiranno a migliorare il puntuale e costante monitoraggio applicativo del rispetto dei tempi massimi di attesa in una piattaforma di rete che vedrà coinvolti:

- ✚ Tutte le strutture erogatrici pubbliche di prestazioni specialistiche ambulatoriali ;
- ✚ Tutti gli erogatori, privati convenzionati accreditati, di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- ✚ Le associazioni di tutela dei cittadini - utenti

5. CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE

5.1 Premessa

Per raggiungere gli obiettivi previsti nel Decreto Assessoriale n. 631 del 12-4-2019 è prevista la realizzazione di una piattaforma informatica capace di gestire le seguenti problematiche:

CUP unico a livello provinciale tra l'ASP CT, le 3 Aziende Ospedaliere e gli erogatori privati accreditati, per:

- la gestione della specialistica ambulatoriale;
- la gestione dei ricoveri;
- l'attività ALPI.

Il software gestirà:

- le agende e le relative prenotazioni di tutta l'offerta sanitaria della provincia di Catania
- la fase di accettazione
- la fase di incrocio dei dati con i flussi provenienti dalle 4 Aziende e dagli accreditati

Per ottenere tale risultato si agirà su vari fronti, perché il buon funzionamento dell'informatizzazione in una qualunque Azienda, passa attraverso alcuni passi fondamentali, che si possono semplicisticamente riassumere nelle seguenti voci:

- **Infrastruttura di rete** (WAN - Wide Area Network) che è la rete che collega tutte le varie sedi dislocate nel territorio provinciale.
- **Software Applicativi**, che sono i programmi che mettono i servizi sulla rete
- **Server** su cui funzioneranno i Software Applicativi citati
- **Sicurezza** dei server e della rete

Attività da svolgere sulla infrastruttura di rete

La necessità di avere una rete performante scaturisce dal fatto che più servizi si fanno circolare sulla rete più "capacità" di banda è richiesta alla rete cioè più servizi chiedono gli utenti. È come aumentare le corsie di una strada per permettere al traffico di essere smaltito. La piattaforma interaziendale è quindi lo strumento indispensabile per portare i servizi offerti presso il cittadino, gli ambulatori, gli ospedali etc. Non si può offrire un servizio se non si ha prima una rete che lo trasporta.

Le attività sulla rete WAN sono fondamentali perché il server di cui in premessa dovrà essere esposto su internet e avere la capacità di accettare tutte le richieste di connessione WEB da tutti gli ambulatori.

L'effetto positivo di tale sistema sarà il risparmio nella generazione del flusso "C", intrinsecamente nativo dal processo realizzato.

Necessità Hardware

Si dedicherà un server in tecnologia BLADE con macchine virtualizzate, con l'obiettivo di migliorare:

- la risposta in termini di affidabilità dell'infrastruttura ICT
- la sicurezza
- ampliando le ipotesi architetturale percorribili.

Necessità Software

Dal punto di vista Software si prevedono sia degli aggiornamenti di software già esistenti, sia la realizzazione di software specifici per l'analisi e l'incrocio dei dati.

La soluzione architetturale descritta risponde alla necessità di avere un sistema che dia garanzia di continuità di servizio e salvaguardia dei dati, mantenendo sempre un eccellente marginale di espansione per altri servizi futuri.

Centralizzazione sistema di prenotazione per la specialistica ambulatoriale

La centralizzazione del sistema di prenotazione offrirà indiscutibili vantaggi economici ed eviterà il ricorrente fenomeno di duplicazione di richieste ed accertamenti.

Il nuovo sistema C.U.P dovrà proporre le prime disponibilità tenendo conto della individuazione della classe di priorità della prestazione riportata in ricetta e del grado di complessità della stessa diversificando le prenotazioni, passando così dal "sistema cronologico" al "sistema per priorità" secondo quanto previsto dai RAO.

Il C.U.P provinciale prevederà:

- la gestione delle agende di prenotazione, differenziate per prima visita, controlli, screening, libera professione intramuraria, ecc.;
- la prenotabilità di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate dalle strutture;
- l'apertura continua delle liste;
- calendari di prenotazione scaglionati secondo la tempistica della prestazione, per evitare che il paziente sia costretto a lunga sosta nelle sale di attesa prima dell'effettuazione della prestazione;
- le modalità per la valutazione del "prenotato non erogato" al fine di stabilire percentuali di ricorso all'overbooking;
- recall al fine di evitare il fenomeno del drop-out;
- la gestione della prenotazione dei ricoveri programmabili.

Al fine di soddisfare il fabbisogno informativo, il software sarà in grado di restituire report riguardanti i seguenti dati:

*data di prescrizione della prestazione;

*classe di priorità;

*tipo di accesso (prima visita o visita di controllo);

*data di contatto o di prenotazione;

*data di prima disponibilità di erogazione;

*scelta dell'utente; data assegnata; data di erogazione;

*data di refertazione (la data in cui lo specialista predispone il referto);

*numero di persone in attesa ad un giorno indice per le varie modalità della prestazione (prima visita, controlli, screening, libera professione intramuraria ecc.), che risultano, cioè, registrate presso le agende nel momento della rilevazione; *tempo minimo di attesa (la potenziale disponibilità di prenotare);

*tempo massimo di attesa (valore più alto, espresso in giorni, registrato per agenda).

Inoltre si creerà, attraverso l'utilizzo di internet, il CUP Web per offrire la possibilità di prenotazione online ed aumentare così l'accessibilità al sistema.

Sarà altresì possibile chiamare in automatico, via telefonica, mail e/o sms, gli utenti per acquisire conferma riguardo all'esecuzione della prestazione ed eliminare o quanto meno ridurre fortemente il fenomeno del "drop-out"

5.2 CUP - Modello Operativo

CUP unico a livello provinciale tra l'ASP Catania, le 3 Aziende Ospedaliere e gli erogatori privati accreditati, per:

Il software gestirà:

- > le agende e le relative prenotazioni di tutta l'offerta sanitaria della provincia di Catania
- > la fase di accettazione
- > la fase di incrocio dei dati con i flussi provenienti dalle 4 Aziende e dagli accre-

ditati

A. Oggetto dell'appalto

In particolare si intende creare un sistema per la prenotazione delle prestazioni sanitarie tramite Call Center, che integra, a livello provinciale, l'offerta sanitaria erogata dalle strutture pubbliche presenti sul territorio della provincia di Catania. Il sistema dovrà garantire la possibilità di prenotare prestazioni offerte dalle Aziende Sanitarie presenti nel territorio (Azienda Sanitaria Provinciale, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico - Vittorio Emanuele, Azienda Ospedaliera Emergenza Cannizzaro, Azienda Ospedaliera ARNAS Garibaldi), quelle in attività libero professionale intramoenia (ALPI), quelle extra LEA e quelle in day-service, day-hospital.

Art. 1 - Premessa e contesto di riferimento

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Catania intende realizzare un sistema unico di prenotazione su base provinciale che comprenda la stessa ASP Catania e tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche che insistono sul territorio provinciale nonché a gestire le prestazioni sanitarie provenienti dal privato accreditato. Ciò nell'ottica di offrire agli utenti del Servizio Sanitario Nazionale, in modo trasparente, la possibilità di libera scelta tra le diverse offerte di prestazioni sanitarie presenti nel territorio della Provincia di Catania.

5.2.1 Centralizzazione delle agende pubbliche e private accreditate (IG013)

- le agende sono centralizzate tramite il CUP,

5.2.2 Interoperabilità provinciale ed interaziendale (IG014)

- con l'utilizzo del software unico si procederà a rendere operativa l'interoperabilità provinciale ed interaziendale del sistema di prenotazione, utilizzando, se necessario l'applicativo come "Sovracup". di seguito il punto riferimento nel Capitolato tecnico:

Art. 4 - Integrazioni e recupero dati

La ditta aggiudicataria dovrà, inoltre, ove richiestole, procedere per la parte di competenza e senza costi aggiuntivi per la Stazione Appaltante, nel caso in cui dovesse essere utilizzato come sovraCUP.):

5.2.3 Sistema di sbarramento delle prenotazioni (IG015)

- sarà resa operativa la non duplicabilità delle prenotazioni: di seguito il punto riferimento nel Capitolato tecnico:

Art. 4 - Integrazioni e recupero dati

Il Software CUP impedirà la duplicazione delle prenotazioni dello stesso utente per la medesima prestazione presso una o più Aziende erogatrici della prestazione. Infatti, il Software CUP dovrà effettuare automaticamente una verifica, al momento della prenotazione, tale per cui l'operatore sarà inibito dall'effettuare una determinata prenotazione, laddove l'utente risulti già prenotato (in qualsiasi ambulatorio delle strutture sanitarie gestite dal Software CUP o integrate con esso) per la medesima prestazione.

5.2.4 Disdetta telematica delle prenotazioni (IG016)

- è prevista la disdetta e conferma delle prenotazioni: di seguito il punto riferimento nel Capitolato tecnico:

Art. 3.2.2 Prescrizioni specifiche per gli operatori del call center

L'operatore fornirà all'utente il suo "codice di prenotazione", informandolo che una sua eventuale disdetta a mezzo SMS, Web, App, WhatsApp e Mail dovrà contenere tale codice oltre che il proprio codice fiscale. Solo la concorrenza di tali due elementi determinerà la possibilità di accedere ad informazioni relative alla prenotazione o alla eventuale cancellazione della prenotazione, per potere accedere successivamente ad una nuova prenotazione.

.....

Art. 3.2.5 Prenotazione o disdetta tramite WhatsApp, Mail

La prenotazione o la disdetta potrà avvenire attraverso canali alternativi, come per esempio via WhatsApp, Mail. Come sopra precisato (B2), normalmente tali canali determineranno l'intervento di un operatore per definire e completare le operazioni di prenotazione. Va tuttavia precisato che il recall o la risposta definitiva (mail o altro) contenente i dati della prenotazione (data, ora, luogo, struttura, specialista, ecc.) da parte della Ditta aggiudicataria dovrà avvenire entro e non oltre le 12 ore di servizio del Call center successive alla richiesta. Il costo di tale servizio è stato quantificato al punto B2. Il 100% di tali richieste dovrà essere evaso entro i termini sopradescritti. Tutte le richieste che supereranno tali tempi di conferma saranno remunerate con la tariffa indicata al punto B3.

Art. 3.2.6 Prenotazione o disdetta tramite web o app

La prenotazione o la disdetta potrà avvenire anche tramite portale web-app alla cui apertura dovrà essere possibile scegliere almeno tra le seguenti opzioni:

- ☐ prenotazione con ricetta elettronica (NRE);*
- ☐ prenotazione senza ricetta elettronica e attività in ALPI*
- ☐ richiesta di prenotazione tramite mail*
- ☐ disdetta della prenotazione*
- ☐ visualizzazione della prenotazione*

□ assistenza per l'accesso al sistema di prenotazione e documentazione di supporto

5.2.5 Visibilità dell'offerta pubblica e privata (IG017)

- le agende sono centralizzate tramite il CUP con la visibilità on-line come da capitolato.

5.2.6 Gestione separata dei canali di accesso (IG018)

- le agende sono separate tra prima visita e successive: di seguito il punto riferimento nel Capitolato tecnico:

Art. 3.2.2 Prescrizioni specifiche per gli operatori del call center

L'operatore, ricercando preliminarmente l'utente nell'ambito dell'anagrafe assistiti (NAR), dovrà registrare obbligatoriamente i seguenti campi:

□ 1° visita/1° accesso

□ Controllo/visita successiva

Va precisato che il controllo o visita successiva deve poter essere prenotabile da parte dello specialista che eroga la prestazione direttamente dalla propria postazione ed inserita nel piano di lavoro giornaliero, su agende dedicate a tale tipo di attività, la cui disponibilità sarà visibile solo ad alcuni utenti indicati dalle Aziende Ospedaliere.

5.2.7 Sistema on-line (IG019)

- le agende e le prenotazioni sono centralizzate tramite il CUP in tempo reale e consultabili on-line.

5.2.8 Prenotabilità via web (IG020)

- l'applicazione è web quindi prenotabile da qualunque struttura, pertanto saranno utilizzabili da farmacie, MMG, PLS, singoli cittadini-utenti.

5.2.9 Governo del fenomeno della prestazione non eseguita (IG021)

- le prenotazioni vengono confermate attraverso specifica attività: di seguito il punto riferimento nel Capitolato.

Art. 3.2.7 Attività di back-office della ditta aggiudicataria

o Attivare, automaticamente e sistematicamente, il "servizio di promemoria" delle prenotazioni tramite SMS (sulla base delle indicazioni di dettaglio della Stazione appaltante, compreso la tempistica ed il testo del messaggio da trasmettere all'Assistito). Tale procedura dovrà prevedere l'invio di due SMS: il primo 15 giorni prima della data di prenotazione della prestazione ed un altro 3 giorni prima. Si precisa che il costo degli sms è compreso nella fornitura del servizio (ovvero è compreso nel costo della prenotazione già effettuata). Solo nel caso di prenotazioni effettuate tramite canali di comunicazione alternativi quali ad esempio e non esaustivamente WEB, APP e WhatsApp, Mail, il "servizio di promemoria" sarà effettuato attraverso gli stessi canali.

o Attivare un sistema di "recall" attraverso chiamata da parte di operatore del call center, sulla base delle richieste della Stazione appaltante che potranno pervenire alla Ditta aggiudicataria: potrà essere chiesto il recall per gruppi di prestazioni prenotate con tempi di attesa superiori ai 60 giorni, esclusivamente per alcune strutture, solo per singole prestazioni, ecc. Tali richieste specifiche-ranno entro quale data prima della prestazione già prenotata vanno effettuate le

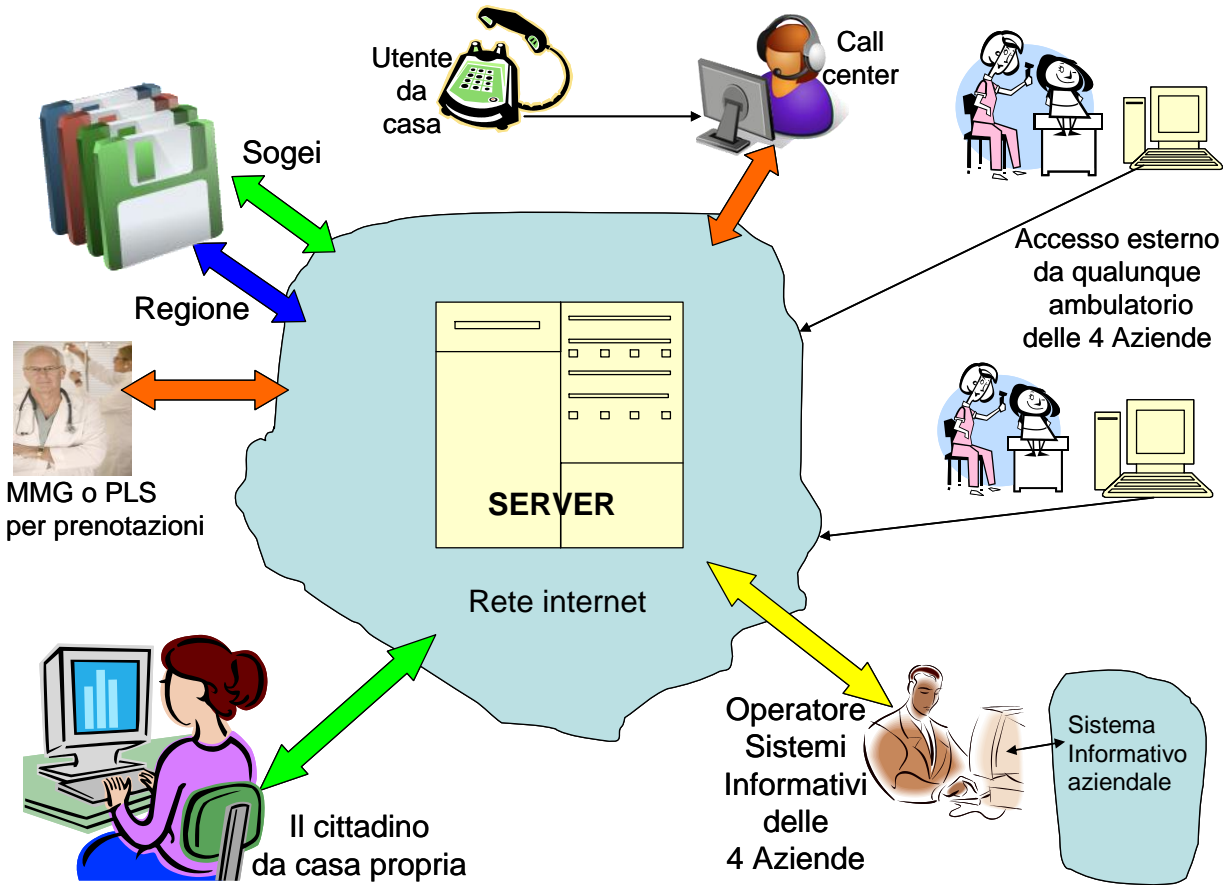
chiamate di recall per conferma della prenotazione e, oltre a registrare sul sistema l'avvenuto contatto e conferma di prenotazione, dovrà pervenire alla stazione appaltante una tabella in cui dovrà essere specificato numero di prenotazioni confermate o meno, data ed ora della chiamata e operatori che hanno effettuato detto servizio. Sarà riconosciuto alla Ditta aggiudicataria, per ogni recall, il costo unitario di cui al punto B.2 decurtato del ribasso di aggiudicazione, pari ad una ricetta anche nel caso di recall riferito a prenotazioni di più prestazioni presenti nella medesima ricetta; non sarà riconosciuta alcuna somma nel caso dei soggetti che non sia stato possibile rintracciare.

5.2.10 Modalità di recupero delle quote di compartecipazione (IG022)

- il recupero della quota di compartecipazione avverrà attraverso l'applicazione dedicata al pagamento del ticket: di seguito il punto riferimento nel Capitolato.

Art. 3.1 Sintesi delle Funzioni

Relativamente al pagamento delle prestazioni, il software del sistema CUP@CATANIA dovrà gestire il pagamento del ticket da parte dell'utente ed associarlo alla prestazione effettuata, anche attraverso il sistema on line (web) di prenotazione (utilizzo carte di credito e, previo accordo dell'Asp, lottomatica, banche ed uffici postali, PagoPA ecc.); inoltre il software dovrà poter essere installato o interfacciato sulle macchine automatiche per il pagamento del ticket (Totem) eventualmente forniti dalla ditta aggiudicataria o resi disponibili dalle Aziende Sanitarie, utilizzando moneta elettronica e non contante, su preventiva autorizzazione dell'Asp. L'installazione su una delle macchine avverrà a cura della Ditta aggiudicataria e senza alcun onere ulteriore, che provvederà a formare personale dell'Asp appositamente individuato che, a sua volta, potrà installarlo sulle altre macchine in uso alla Stazione appaltante;



6. Presa in carico dei Pazienti cronici attraverso Ambulatori dei percorsi integrati ospedale-territorio (IG023)

Ambulatori di gestione dei percorsi di presa in carico dei:

- ❖ pazienti diabetici ;
- ❖ pazienti con scompenso cardiaco;
- ❖ pazienti con BPCO

così come rappresentato nei prospetti allegati (**Allegato n.8**);

Premessa

I suddetti ambulatori implementeranno percorsi di miglioramento clinico-organizzativo della "presa in carico dei pazienti".

Gli ambulatori di diabetologia e quelli di cardiologia sono stati suddivisi in ambulatori di:

- 1° livello (preferibilmente territoriali)
- 2° livello (territoriali e/o ospedalieri)
- 3° livello (ospedalieri)

Gli ambulatori di Pneumologia sono stati suddivisi in ambulatori di :

- 1° livello (territoriali)
- 2° livello (PTA ed Ospedalieri)

Il percorso individuato per i pazienti fragili diabetici e cardiopatici scompensati e broncopatici ha come centro di riferimento e snodo operativo lo "sportello per i pazienti cronici" che sono operativi nei PTA dell'ASP di Catania secondo il seguente schema:

PTA DI	INDIRIZZO
GIARRE	Via Forlanini n. 1
CATANIA LIBRINO	Stradale S. Giorgio n. 105
ACIREALE	Via Martinez n. 19
GRAVINA	Via Monte Arsi n. 1
PATERNO'	Via Massa Carrara n. 2
CATANIA S.LUIGI	Viale Fleming 23
ADRANO	Piazza S. Agostino n. 1
VIZZINI	Via Roma n. 4
BRONTE	Viale Catania n. 3

Lo "sportello per i pazienti cronici" ha come riferimento operativo:

- I. I pazienti diabetici e/o cardiopatici e/o broncopatici inviati dai MMG attraverso le schede di strat-up
- II. I pazienti con dimissioni facilitate indirizzate dai reparti ospedalieri tramite il "referente ospedaliero per le dimissioni facilitate"
- III. I pazienti indirizzati dai PPI (Punti di Primo Intervento)

7. Informazione e comunicazione (IG024)

L'ASP di Catania ha previsto una informazione e comunicazione on-line delle liste di attesa pubblicando sul proprio sito le liste di attesa come da punto riferimento nel Capitolato.

Art. 3 - Servizi da erogare

Attraverso il sistema CUP@CATANIA si dovrà potere:

- prenotare le prestazioni sanitarie ambulatoriali per utenti esterni;*
- effettuare accettazione amministrativa delle prestazioni sanitarie;*
- gestire lo "erogato" (ovvero registrare l'avvenuta effettuazione della prestazione) che contempli la registrazione di tutti gli elementi necessari a soddisfare gli obblighi informativi regionali e nazionali;*
- produrre e validare i flussi regionali e nazionali in linea con la normativa;*
- gestire il reporting in linea con la normativa regionale e nazionale;*
- gestire in maniera completa la ricetta dematerializzata (con integrazione SO-GEI) e la ricetta rossa;*
- gestire il management di modelli organizzativi ambulatoriali (PAC e/o DSAT / DSAO);*
- realizzare strumenti operativi per il contenimento delle liste d'attesa;*
- gestire procedure di overbooking.*

7.1 Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali (IG025)

Procedure operative per la vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni ai sensi del DA 12.04.2010-Piano Regionale Liste di Attesa 2019/2021.

In seguito al DA.1220 del 30 giugno 2011 ogni Azienda Sanitaria della Regione Siciliana è tenuta a garantire il contenimento delle liste di attesa e la tempestività di cura. In riferimento al recente PNGLA 2019-2021 già recepito dalla nostra Regione con DA 12.04.2019 è prevista un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

AMBITO DEL MONITORAGGIO

Secondo le linee guida Ministeriali per **sospensione** si intende l'interruzione dell'erogazione totale di una specifica prestazione, cioè qualora non vi siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione, garantendo comunque il servizio. Si considerano eventi di sospensione delle attività di erogazione quelle superiori ad un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti, né tantomeno le sospensioni programmate in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili con largo anticipo.

Come previsto dalla Legge n.266/2005 Finanziaria 2006, art.1 comma 282 di cui al DPCM del 29 Novembre 2001, è fatto assoluto divieto procedere alla sospensione/chiusura ingiustificata e non programmata delle agende e delle liste di attesa.

Un'agenda può essere chiusa solo nel caso in cui non si eroga più il servizio o sia sospesa per motivi tecnici (cause legate al personale, sciopero, improvvisa ed imprevista mancanza del professionista, guasto macchina).

INDICAZIONI DA SEGUIRE

Premesso che l'Azienda Sanitaria deve regolamentare l'eventuale sospensione con specifici atti, solo per gravi ed eccezionali motivi, e tali situazioni devono essere tenuti presenti nella definizione dei contratti di manutenzione delle apparecchiature tecniche, nella concessione dei congedi ordinari per il personale, nell'acquisto del materiale di consumo.

Devono essere previste modalità di recupero delle prestazioni prenotate e non erogate con il ricorso all'overbooking nei giorni immediatamente successivi alla ripresa dell'attività, al trasferimento presso altri professionisti della medesima branca o in accordo con altre strutture pubbliche e private. In ogni caso, la sospensione dell'attività di prenotazione non può avvenire senza l'autorizzazione del Direttore Sanitario Aziendale.

MODALITA' E TEMPI DI TRASMISSIONE

Al fine di attivare un percorso di vigilanza che osservi l'andamento delle sospensioni e delle loro cause, della ripetitività dell'interruzione e che preveda interventi definitivi in caso di criticità ricorrenti, in conformità al punto IG025 della Check-list predisposta dalla Direzione Aziendale ai sensi dell'art.3e4 DA 12.04.2019, si invia l'allegato modello da compilare ed inviare trimestralmente al Referente CUP per la valutazione dei dati raccolti e la successiva trasmissione semestrale alla Direzione Sanitaria Aziendale.

7.2 Coinvolgimento degli organismi di tutela (IG026)

Premesso che l'ASP di Catania ha formalmente coinvolto gli organismi di tutela dei cittadini-utenti inserendo nel Gruppo Interaziendale per il Governo delle Liste di Attesa ai sensi dell'art.4 del D.A. n. 631 del 12-4-2019, di cui alla deliberazione nn.678 del 5-6-2019, un rappresentante di "Cittadinanza Attiva" dr. G. Greco ed un rappresentante dei Comitati Consultivi dr,ssa M.L. Mandala', l'ASP di Catania invierà al Comitato Consultivo Aziendale un report quadrimestrale sull'andamento operativo del Piano Attuativo Aziendale evidenziando le eventuali criticità ed i punti di forza che si sono presentati nel quadrimestre precedente e chiedendo eventuali suggerimenti operativi per il tramite dei rappresentanti designati.

7.3 AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA (IG027)

Considerato che la garanzia del tempo massimo di attesa rappresenta prioritariamente un elemento di tutela della salute della popolazione assistita viene dimensionata l'offerta di prestazioni specialistiche con il miglioramento della rete di servizi ambulatoriali provinciale in modo da ottenere il soddisfacimento della domanda di prestazione specialistica, al servizio di una utenza pluridistrettuale; con erogatori pubblici e privati accreditati elencati nell'allegato 3 che procederanno al soddisfacimento della domanda di prestazioni specialistiche nell'ambito dei tempi massimi di attesa previsti dalle classi di priorità dei RAO secondo le classi di priorità ed elementi di appropriatezza prescrittiva, entro:

- i tempi massimi previsti dalla normativa vigente;
- i parametri di prossimità e raggiungibilità.

in una prima fase di applicazione , per un periodo sperimentale di 12 mesi ,si stabilisce che:

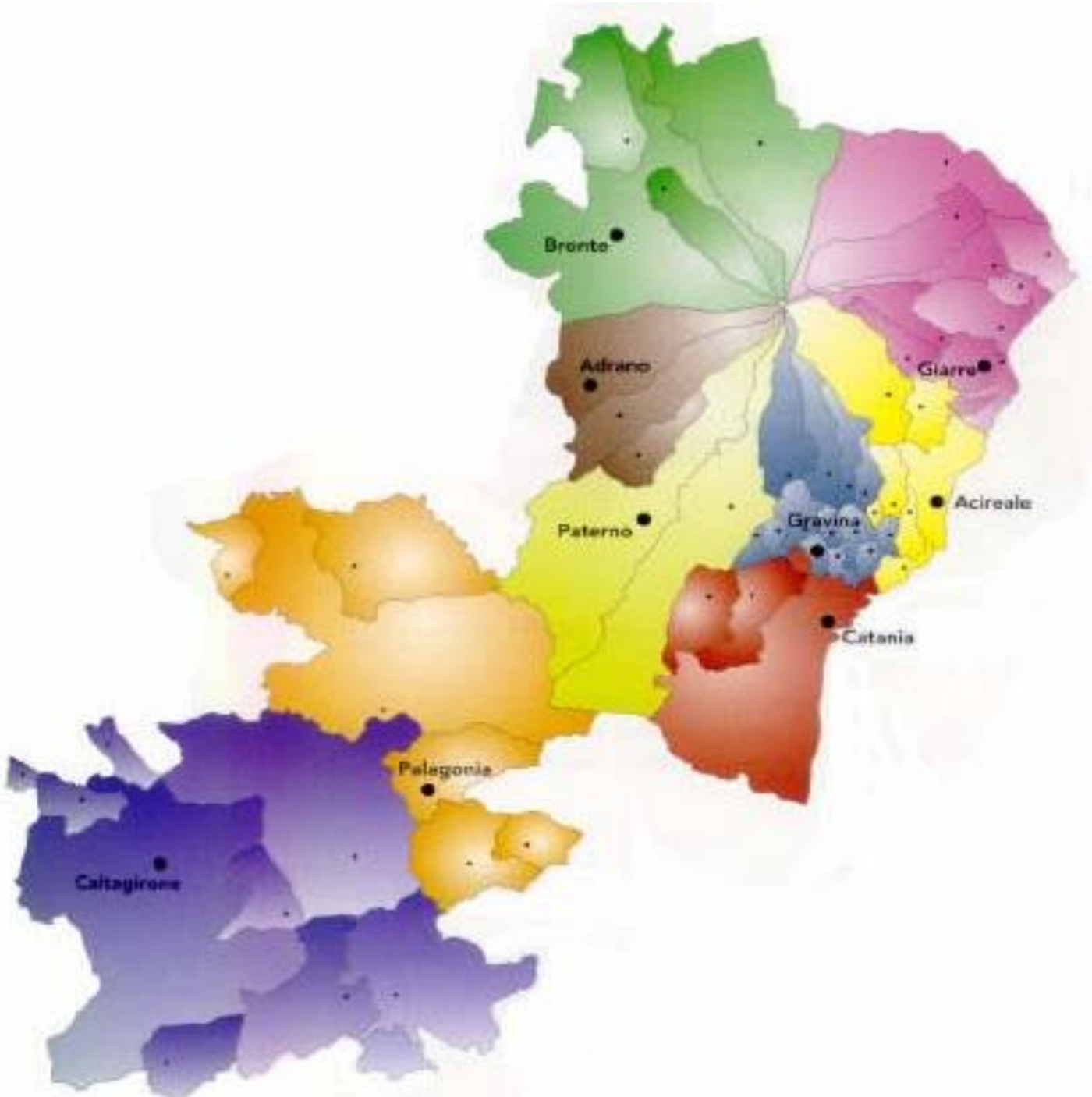
✚ per le **prestazioni strumentali** monitorate come prestazioni critiche

l'ambito territoriale di garanzia dei tempi massimi per le prestazioni specialistiche di primo accesso è **quello definito dal territorio dell'ASP**

✚ per le **prestazioni a visita** monitorate come prestazioni critiche

si avranno due ambiti territoriali di garanzia :

- **ambito sud Simeto** comprendente gli ambiti territoriali dei Distretti Sanitari di Caltagirone e di Palagonia;
- **ambito nord Simeto** comprendente gli ambiti territoriali dei Distretti di Catania; Paternò; Adrano; Bronte; Giarre; Acireale e Gravina.



8. DIAGRAMMA DI GANTT

	ATTIVITA'	GIUGNO 2019	SETTEMBRE 2019	DICEMBRE 2019	MARZO 2020	GIUGNO 2020	RESPONSABILITA'
IGD4	Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio			X			Resp. U.O. SIS aziendale
IG01	Documento con la definizione del fabbisogno provinciale di prestazioni specialistiche ambulatoriali			X			Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. Del Dip. Attività Territoriali
IG02	Documento di apertura delle strutture ambulatoriali nelle ore serali e fine settimana	X					Dir. Del Dip. Attività territoriali
IG03	Piano per l'utilizzo ottimale delle grandi apparecchiature di diagnostica			X			Dir. Del Dip. Scienze Radiologiche
IG04A	Modello gestionale orientato a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ed incremento delle sedute operatorie	X					Direttori: -Dip. Programmazione e controllo -Dip. Medicina -Dip. Chirurgia -Dip. Emergenza -Direttori PP.OO.
IG04B	Piano aziendale per l'utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie			X			Direttori: -Dip. Programmazione e controllo -Dip. Medicina -Dip. Chirurgia -Dip. Emergenza -Direttori PP.OO.
IG05	Documento sull'acquisto di prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero-professionale	X					Dir. U.O.C. Affari Generali
IG08	Documento sui "percorsi di tutela"			X			Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. Del Dip. Attività Territoriali
IG010	Documento sul rispetto dei tempi massimi di attesa	X					Dir. Del Dip. Attività territoriali
IG012	Attivazione del coordinamento provinciale per il governo liste di attesa	X					Direzione ASP
IG013A	Documento sull'attuazione della centralizzazione delle agende pubbliche e private accreditate	X					Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG013B	Centralizzazione della totalità agende pubbliche e private accreditate			X		X	Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti

IG013C	Disponibilità delle agende			X		Direzioni Az. Ospedaliere
IG014A	Interoperabilità ed interaziendale CUP	X				Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG014B	Realizzazione interoperabilità				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG015A	Previsione di sistema di sbarramento delle prenotazioni	X				Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG015B	Realizzazione sistema di sbarramento				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG016A	Attuazione del servizio di disdetta telematica delle prenotazioni	X				Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG016B	Realizzazione del servizio di disdetta telematica delle prenotazioni				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG017A	Prevedere la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata	X				Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG017B	Garanzia della totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG018	Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e accessi successivi"				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG019	Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale				X	Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi
IG020	Attuazione accesso alla prenotazione attraverso le farmacie convenzionate	X				Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG021	Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente			X		Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi Dir. U.O.C. Approvvigionamenti
IG022	Garantire il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette			X		Dir. U.O.C. Affari Generali
IG023A	Definizione ed applicazione di specifici protocolli formalizzati per la presa in carico del paziente cronico	X				Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. Del Dip. Attività Territoriali
IG023B	Garantire che la struttura, come da protocollo definito ed applicato, prenda in carico il paziente cronico e provveda alla prenotazione delle prestazioni di controllo			X		Dir. Del Dip. Programmazione e controllo Dir. Del Dip. Attività Territoriali

IG024A	Realizzazione dell'intervento "Informazione e comunicazione sulle liste di attesa"			X			Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi
IG024B	Monitoraggio della presenza sui siti web della sezione su liste e tempi di attesa						Dir. Del Dip. Attività Territoriali Dir. U.O.C. Gestione Informatica dei servizi
IG025	Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale						Dir. Del Dip. Attività Territoriali
IG026A	Prevedere il coinvolgimento e la partecipazione di organismi di tutela del diritto alla salute	X					Direzione Aziendale
IG026B	Trasmissione periodica del monitoraggio sull'attuazione del Programma Attuativo Aziendale						Referente Aziendale Governo Liste di Attesa
IG027	Individuazione degli ambiti di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità	X					Dir. Del Dip. Attività Territoriali Referente Aziendale Governo Liste di Attesa

9. INDICATORI DEL PIANO

AL 31-12-2020

N. MONITORAGGI EFFETTUATI

100%

N. MONITORAGGI PREVISTI

N. REVISIONI DEL PIANO EFFETTUATE

100%

N. REVISIONI DEL PIANO PREVISTE

N. P.D.T. ELABORATI

2 / 2

N. P.D.T. PREVISTI

N. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN CLASSE U,B,D E P
EROGATE NEI TEMPI PREVISTI DAI RAO

90%

N. PRESTAZIONI SPECIALISTICHE IN CLASSE U,B,D E P
PRENOTATE

10. Piano di investimenti

Premesso che l'ASP di Catania entro il 15-7-2019 invierà all'Assessorato alla Salute Dipartimento Pianificazione Strategica un report dettagliato in cui saranno evidenziati oltre ai costi da sostenere, la quantità e la tipologia di prestazioni da effettuare in considerazione delle criticità emerse nei monitoraggi effettuati si presenta uno schema di massima per il triennio 2019-2021 relativo al Piano di investimenti.

Tipologia	Costi anno 2019	Costi anno 2020	Costi anno 2021	impegno
Implementazione CUP	€ 1.373.190,00	€902.154,00	€ 715.530,00	Bilancio
Prestazioni aggiuntive art. 55 comma 2 CCN	€ 30.000,00	€ 100.000,00	€ 100.000,00	PSN 2009-2014
Progetto incentivante	€ 60.000,00	€ 120.000,00	€ 120.000,00	Fondo 5% retri- buzione di risul- tato e produttivi- tà collettiva
Attrezzature diagnostica	_____	€ 100.000,00	€ 180.000,00	Bilancio
Totali	€ 1.463.190,00	€ 1.222.154,00	€ 1.115.530,00	