

N.ro **95** del **30.01.2020**

ASL Salerno
Azienda Sanitaria Locale Salerno



Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa ASL SALERNO

(D.C.A. n. 52/2019 modificato ed integrato dal D.C.A. n. 23 del 24 gennaio 2020)



Allegato alla Delibera del Direttore Generale n. **95** del **30.01.2020**

ME

INDICE

Capitolo	Contenuto	Pag.
1	INTRODUZIONE	2
2	LINEE DI INTERVENTO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO	3
3	ELENCO DELLE PRESTAZIONI E RELATIVI TEMPI MASSIMI DI ATTESA AZIENDALI	5
	❖ 3.1. <i>ELENCO DELLE PRESTAZIONI</i>	5
	❖ 3.2. <i>I TEMPI MASSIMI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E DI RICOVERO EROGATE DALLA ASL SALERNO</i>	8
	❖ 3.3. <i>PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA</i>	10
4	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA	11
5	GLI AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA AZIENDALI PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO	12
6	LE LINEE GENERALI DI INTERVENTO DI GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA	14
	❖ 6.1 <i>I PERCORSI DI GARANZIA</i>	14
	❖ 6.2 <i>LE PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP IN BASE AL PRGLA 2019-2021</i>	20
	❖ 6.3 <i>GLI INDIRIZZI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA</i>	22
	❖ 6.4 <i>IL SITO WEB AZIENDALE</i>	22
7	LE PROCEDURE OBBLIGATORIE PER LE ATTIVITA' DI RICOVERO	23
	❖ 7.1 <i>LA GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI</i>	23
	❖ 7.2 <i>RESPONSABILITÀ SULLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI</i>	25
8	LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	26
	❖ 8.1. <i>IL MONITORAGGIO EX POST DEI TEMPI DI ATTESA PER LE ATTIVITA' AMBULATORIALI</i>	26
	❖ 8.2 <i>REGOLAMENTAZIONE DELL'ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI</i>	27
	❖ 8.3 <i>MONITORAGGIO PER LE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE</i>	28
	❖ 8.4 <i>IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO</i>	30
	❖ 8.5 <i>LE PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO EX ANTE</i>	31
	❖ 5.5. <i>LE PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO ALPI</i>	33
ALLEGATI	A. <i>RICOGNIZIONE GRANDI APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE</i>	
	B. <i>MANUALE "PROCEDURA GESTIONALE PER L'APPLICAZIONE DEL MODELLO RAO"</i>	
	C. <i>PROPOSTA DI REGOLAMENTO PER LA SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE</i>	

1. INTRODUZIONE

Il presente documento "Programma Attuativo Aziendale Governo Liste di Attesa - PAAGLA - 2019/2021" aggiorna e rivede, in ottemperanza a quanto stabilito dal Decreto del Commissario ad ACTA della Regione Campania n. 23 del 24/01/2020 "Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04/07/2019 - Piano nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)", il precedente "Programma Attuativo Aziendale Governo Liste di Attesa - PAAGLA - 2019/2021" adottato con delibera della Direzione Generale n. 214 del 06/11/19.

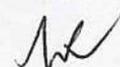
Nel PAAGLA - 2019/2021 sono esplicitati formalmente gli impegni che l'Azienda Sanitaria Salerno si assume nei confronti della Regione e le modalità con cui intende realizzare gli obiettivi assegnati dal Piano regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021).

Il PAAGLA della ASL Salerno è stato redatto seguendo rigorosi criteri di appropriatezza e trasparenza, in quanto garanzia del corretto governo delle Classi di priorità, e ciò al fine di assicurare equità e tempestività di accesso ai servizi, nonché alle informazioni, da parte dei cittadini.

Il PAAGLA rappresenta uno strumento forte di programmazione finalizzato alla presa in carico globale dei bisogni di salute della cittadinanza. Esso non può prescindere, nella sua composizione, dal considerare tutti gli aspetti del percorso assistenziale, a partire dal primo approccio del cittadino ai servizi sanitari, per giungere alla gestione integrata dell'assistenza dei pazienti cronici all'interno dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). Ma non solo. Il PAAGLA si pone come ulteriore obiettivo quello di individuare le modalità di coinvolgimento nel governo delle liste di attesa di tutti gli attori principali del processo, sia dal versante prescrittivo, attraverso l'implementazione del modello dei "Raggruppamenti di attesa omogenei - RAO" che di tutela del cittadino, prevedendo percorsi di tutela e di garanzia nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dall'Azienda, oltre che stabilendo percorsi di governo della prestazione non eseguita, anche attraverso l'applicazione di eventuali sanzioni amministrative.

L'articolazione in paragrafi è stata effettuata in linea con quella operata nel Piano regionale, al fine di adeguare il percorso logico seguito nell'elaborazione del PAAGLA a quello regionale.

Ciascun paragrafo rappresenta la risposta operativa con la quale questa Azienda intende realizzare gli obiettivi regionali assegnati alle Aziende Sanitarie.

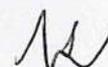


2. LINEE DI INTERVENTO DEL PROGRAMMA ATTUATIVO

Di seguito sono elencate le linee di intervento che l'Azienda si impegna a realizzare nel PAAGLA:

1. Il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio;
2. la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria;
3. gli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa e a mettere in atto, qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione nell'ambito territoriale di garanzia), un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente;
4. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
5. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
6. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera di cui all'Allegato B del PNGLA 2019/2021;
7. l'implementazione del modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei per le prestazioni specialistiche ambulatoriali quale strumento di gestione della domanda;
8. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo);
9. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora

- l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
10. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
 11. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;
 12. l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo;
 13. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;
 14. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
 15. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - v. Allegato B del PNGLA 2019/2021;
 16. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
 17. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - ✓ consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - ✓ annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - ✓ pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;



- ✓ visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ✓ ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
 - ✓ favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
18. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
19. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
20. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E RELATIVI TEMPI MASSIMI DI ATTESA AZIENDALI

L'Azienda Sanitaria Salerno, in piena adesione a quanto previsto dal Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2019-21 della regione Campania, stabilisce, nel presente documento, i tempi massimi garantiti per le prestazioni presenti nell'elenco di cui al punto 3 del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa 2019-2021. Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dal PAAGLA dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie così come stabilito dalle Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019-2021).

3.1. ELENCO DELLE PRESTAZIONI

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Num.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A .3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	87.7A .6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	87.7A .8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02

6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	87.7B .7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	87.7B .8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	87.7C .2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	87.7A .7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	87.7B .2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	87.7A .9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	87.7B .6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	87.7B .9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Diagnostica per Immagini			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC Torace	87.41	87.41
18	TC senza e con contrasto Torace	87.41.1	87.41.1
19	TC Addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2	88.01.2
21	TC Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4	88.01.4
23	TC Addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio - encefalo	87.03	87.03
26	TC senza e con contrasto Cranio - encefalo	87.03.1	87.03.1
27	TC Rachide e speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC Rachide e speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC Rachide e speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale cervicale	88.38.2	88.38.D
31	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale toracico	88.38.2	88.38.E
32	TC senza e con contrasto Rachide e speco	88.38.2	88.38.F

	vertebrale lombosacrale		
33	TC Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RMN Cervello e tronco encefalico giunzione cranio spinale e relativo	88.91.1	88.91.1
35	RMN Cervello e tronco encefalico giunzione cranio spinale e relativo	88.91.2	88.91.2
36	RMN Addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RMN Addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RMN Colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RMN Colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica Ecografica del Capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia Addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia Addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia Addome completo	88.76.3	88.76.3
46	Ecografia Mammella bilaterale	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia Mammella monolaterale	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia Ostetrica	88.78	88.78
49	Ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2	88.77.2, 88.77.5

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO O DIURNO

N.	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5

5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23 574.x; 575.x	
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

3.2 I TEMPI MASSIMI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE E DI RICOVERO EROGATE DALLA ASL SALERNO

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

I tempi massimi per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale dall'Azienda Sanitaria Locale Salerno sono definiti in base alle priorità di accesso ad essi assegnate. Essi sono pertanto così stabiliti:

- Prestazioni contrassegnate con lettera U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Prestazioni contrassegnate con lettera B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- Prestazioni contrassegnate con lettera D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Prestazioni contrassegnate con lettera P (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 180 giorni (fino al 31/12/2019). A far data dal 01/01/2020 il tempo massimo di attesa è stabilito entro 120 giorni.

Rientrano nel sistema di attribuzione delle priorità tutte le prestazioni erogate dalla ASL Salerno di primo contatto ovvero tutte le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche/riabilitative.

Con il termine "prima visita" si intende "quella in cui il problema è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico" (Piano Regionale

Governo Liste di Attesa 2010-2012). Il quesito deve essere accompagnato dalla dizione di "primo accesso".

Con il temine di accessi successivi sono individuate, così come stabilito al paragrafo 3 punto 3 del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-2012, "quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia e l'insorgenza di complicanze".

Si precisa che detti tempi sono garantiti esclusivamente alle prime visite e alle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche/riabilitative, intendendo con tali definizioni quelle che "presentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto" (cfr. PRGLA 2019-2021). Sono pertanto escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti prestazioni:

- prestazioni di controllo;
- le prestazioni di screening;
- le prestazioni con classe U (Urgente);
- le prestazioni erogate nei consultori;
- le prestazioni erogate in contesti assistenziali diversi dal livello di assistenza ambulatoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, SerT, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile).

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- ✓ dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- ✓ del Quesito diagnostico;
- ✓ delle Classi di priorità.

Nel medesimo modo, i tempi massimi per le prestazioni erogate in regime di ricovero, definiti in base alle priorità di accesso, sono così stabiliti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o comunque recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non 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 diventare grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi

D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi
---	---

3.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA

La strutturazione della Rete Oncologica Regionale, che ha preso avvio con il DCA n. 98 del 28/09/2016, ed è proseguita con i DCA n. 19 del 05/03/2018 e n. 89 del 05/11/2018 vede attivamente coinvolta l'ASL Salerno nella strutturazione dei PDTA oncologici.

Ma il vero punto "nevralgico", di un progetto operativo finalizzato alla costruzione di un percorso diagnostico-terapeutico, è rappresentato dalla facilità o meno nell'accesso alle prenotazioni, in quanto reale momento di scelta e strutturazione della domanda, che finalmente si trasforma in risposta. La condivisione della strategia da attuare per perseguire risultati visibili che abbiano una ricaduta positiva sugli operatori in primis e quindi sulla cittadinanza, rende possibile superare il divario fra le attese dei cittadini e le capacità di risposta del sistema sanitario le cui risorse, per definizione, sono certamente limitate rispetto alle attese.

Ciò premesso, si conferma quanto stabilito nel Piano Attuativo Aziendale Governo Liste di Attesa 2010/2012 e nello specifico:

TEMPO MASSIMO DI ATTESA ASL SALERNO PER:

PERCORSO CARDIOVASCOLARE:

prestazione di riferimento inizio percorso diagnostico: visita cardiologica (da effettuarsi entro i 30 gg. dalla data della richiesta del MMG)

quesito diagnostico: osservazione per sospetto di malattia cardiovascolare cod. ICDM V71.7

prestazione di riferimento inizio percorso terapeutico: visita cardiologica (da effettuarsi entro i 30 gg. dalla data della richiesta del MMG)

cod. ICDM: tutti ad eccezione di "osservazione per sospetto di malattia cardiovascolare cod. ICDM V71.7"

PERCORSO ONCOLOGICO

prestazione di riferimento inizio percorso diagnostico: visita oncologica (da effettuarsi entro i 30 gg. dalla data della richiesta del MMG)

quesito diagnostico: osservazione per sospetto di tumore maligno cod. ICDM V71.1

prestazione di riferimento inizio percorso terapeutico: visita oncologica (da effettuarsi entro i 30 gg. dalla data della richiesta del MMG)



cod. ICDM: tutti ad eccezione di "osservazione per sospetto di tumore maligno cod. ICDM V71.1"

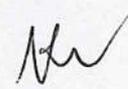
4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Il DCA della Regione Campania n. 56/19, in coerenza con quanto disposto dal D.L. Balduzzi 158/2012, convertito in legge n. 189/2012, dal PNGLA e dal PRGLA 2019-21, all'art. 6 stabilisce che *"Le Agende di prenotazione per le prestazioni in ALPI, come quelle per le prestazioni in istituzionale, devono essere informatizzate e separate per primi accessi e controlli. I pagamenti per le prestazioni erogate devono essere eseguiti solo e sempre in modo tracciabile e trasparente."*

L'Art. 1 comma 9 della legge 120/07 prevede inoltre che *"Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti."* L'Art. 1 comma 4 lettera d) della medesima Legge stabilisce inoltre il *"monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi; garanzia che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta"*.

L'ASL Salerno, recependo quanto disposto in materia dai Decreti del Commissario ad Acta n. 23/2020, 52/2019 e n. 56/2019, fatto salvo il principio che il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR, si impegna ad attivare tutte le procedure finalizzate ad aggiornare le prestazioni erogate attraverso il proprio Centro unico di prenotazione con le prestazioni erogate in regime di libera professione secondo i seguenti criteri:

1. l'accesso alle prestazioni in regime ALPI relative a tutti i Dirigenti sanitari ed a tutte le équipes interessate avviene su apposita lista di prenotazione informatizzata;
2. l'attività intramuraria viene svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro;
3. Le rendicontazioni delle attività intramurarie, grazie all'infrastruttura di rete, sono realizzate per singolo professionista, per singola équipe, per singola



prestazione, per singola branca di attività, per singolo presidio/distretto erogante, per singolo arco temporale;

4. esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti;
5. per le prestazioni ambulatoriali, individuali o di équipe, il pagamento dell'importo relativo deve essere eseguito solo e sempre in modo tracciabile e trasparente.

Si rimanda al regolamento ALPI aziendale la determinazione dei dettagli delle modalità operative attuative del DCA n. 56/19.

5. GLI AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA AZIENDALI PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

L'ASL Salerno confina a nord-ovest con l'ASL Napoli 3, a nord con l'ASL Avellino, a sud-ovest con il mare Tirreno e ad est con la Regione Basilicata. Si estende su una superficie di 4.952 km² e comprende 158 comuni.

Il territorio dell'ASL è suddiviso in 13 Distretti, contraddistinti dai numeri progressivi da 60 a 72. Esso comprende i territori di 158 Comuni per una popolazione totale di 1.098.513 abitanti (dati ISTAT aggiornati al 01.01.19), caratterizzati da una densità media di circa 221 ab./km².

Le attività ospedaliere sono erogate da 12 Presidi aziendali presenti nei comuni di Nocera Inferiore, Pagani, Scafati, Sarno, Battipaglia, Eboli, Oliveto Citra, Roccadaspide, Vallo della Lucania, Polla - Sant'Arsenio, Sapri e Agropoli.

Per dare una più dettagliata visione del quadro generale, si riporta di seguito il quadro demografico della popolazione residente, suddiviso in base alla distribuzione territoriale della ASL Salerno.

La suddivisione in ambiti territoriali del territorio aziendale riguarda esclusivamente le prestazioni di primo accesso. Essa è stata effettuata nel rispetto dei principi di prossimità e raggiungibilità e avendo come parametri di riferimento i principali indicatori demografici (natalità, indice di dipendenza e vecchiaia), la particolare composizione orografica del territorio, la densità abitativa, le caratteristiche della rete viaria e dei collegamenti pubblici esistenti nella provincia di Salerno.

L'individuazione degli ambiti territoriali è stata effettuata in base ai seguenti criteri:

- 1) distribuzione sul territorio aziendale delle strutture erogatrici,
- 2) densità abitativa del territorio aziendale,

- 3) accessibilità delle strutture,
- 4) offerta prestazioni esistente su quel territorio (isorisorse),
- 5) domanda dell'utenza,
- 6) livello di complessità.

Dati demografici di riferimento (dati Istat anno 2019 aggiornati al 01.01.19)

DATI ISTAT AGGIORNATI AL 01/01/2019

D.S.	da 0 - 14 anni		T.	da 15 - 64 anni		T. M+F	> 65		T. M+F	Pop Tot
	M	F	M+F	M	F	M	F			
60	6530	6141	12671	30860	31203	62063	7818	9967	17785	92519
61	7778	7485	15263	32069	32719	64788	7153	8902	16055	96106
62	7128	6673	13801	30029	29887	59916	6517	8306	14823	88540
63	6086	5850	11936	29932	30166	60098	8981	11400	20381	92415
64	7050	6588	13638	35452	33110	68562	9167	11221	20388	102588
65	5166	4673	9839	23914	24073	47987	5951	7603	13554	71380
66	8924	8322	17246	44692	47582	92274	14214	20685	34899	144419
67	5162	4918	10080	23545	23896	47441	5806	6874	12680	70201
68	6057	5610	11667	27070	27091	54161	6559	7665	14224	80052
69	3267	3065	6332	17925	17272	35197	5554	6929	12483	54012
70	5819	5649	11468	31433	31185	62618	10238	12179	22417	96503
71	2630	2420	5050	13929	14057	27986	5119	5847	10966	44002
72	4089	3886	7975	21509	21209	42718	6654	8552	15206	65899

Sulla scorta di tali criteri, il territorio della ASL è stato suddiviso in tre ambiti, geograficamente distinti in Ambito Nord (Distretti da n. 60 a n. 63), Ambito Centro (Distretti da n. 64 a n. 68) e Ambito Sud (Distretti da n. 69 a n. 72). I tre ambiti devono garantire, ai cittadini residenti presso i distretti indicati fra parentesi, il rispetto dei tempi massimi previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio comprese nell'elenco di cui al punto 3.1 del PNGLA 2019-2021.

Al fine di agevolare la fruizione da parte dei cittadini delle prestazioni erogate dalla ASL Salerno, gli ambiti territoriali di rispetto della domanda sono così distribuiti:

- ✦ Prestazioni di base caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità erogate in favore dei cittadini residenti nei distretti n. 60, 61, 62 e 63: (ambito Salerno Nord)
- ✦ Prestazioni di base caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità erogate in favore dei cittadini residenti nei distretti n. 64, 65, 66, 67 e 68: (ambito Salerno Centro)

- ✦ Prestazioni di base caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità erogate in favore dei cittadini residenti nei distretti n. 69, 70, 71 e 72: (ambito Salerno Sud)
- ✦ Prestazioni caratterizzate da una bassa domanda e da alta complessità: ambito ASL Salerno.

Il diritto di garanzia del rispetto dei tempi massimi non viene esercitato nel caso in cui l'utente scelga uno specifico specialista ambulatoriale o un'altra struttura diversa da quella proposta dall'Azienda come prima disponibilità.

6. LE LINEE GENERALI DI INTEVENTO DI GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Migliorare l'efficienza di qualsiasi organizzazione, sia sanitaria che non, è possibile solo attraverso un'attenta gestione delle risorse e del rapporto domanda/offerta; tuttavia, è altrettanto indiscutibile che sia impossibile garantire un'offerta adeguata, in carenza oggettiva di risorse umane ed in particolare di medici specialisti, così come accade spesso nel caso di alcune branche specialistiche.

L'approccio al problema delle liste di attesa deve avvenire tenendo conto che si tratta di un fenomeno che va considerato nel suo complesso, a partire dal corretto uso dei servizi da parte dei cittadini per poi giungere al soddisfacimento della domanda grazie ad un'offerta calibrata sulle reali necessità assistenziali, rimodulando l'offerta anche in base alle potenzialità erogative del sistema sanitario.

Si rende necessario pertanto ripensare le modalità di erogazione delle prestazioni prevedendo la possibilità di effettuare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale anche nelle ore serali e durante i fine settimana nell'ambito delle attività istituzionali potendo ricorrere, per acquisire ulteriori risorse, a quanto previsto dal CCNL della Dirigenza Medica 08/06/2000 che consente, all'art. 55 comma 2, un impegno aggiuntivo da parte dei medici dipendenti per incrementare l'offerta di prestazioni.

Alla luce di queste considerazioni, questa Azienda prevede di impegnare in misura maggiore le risorse ospedaliere, attingendo a fondi specificamente dedicati la cui ripartizione è stata all'uopo modificata. Tutto ciò anche in coerenza con le necessità connesse al particolare momento di riorganizzazione, non solo operativo ma anche strutturale/informatico, che sta vivendo.

6.1 I PERCORSI DI GARANZIA

La predisposizione delle misure aziendali da attuarsi in caso di superamento dei tempi di attesa non può prescindere da un'attenta valutazione dei bisogni effettivi di salute della popolazione che usufruisce dei servizi sanitari. La lunghezza delle liste di attesa può dipendere, infatti, non solo da un'offerta di prestazioni insufficiente ma anche da un errato uso delle prenotazioni da parte dei cittadini o da una inappropriata richiesta di prestazioni.

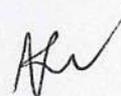
Si rende particolarmente evidente quanto sia importante il ruolo dei cittadini nella gestione delle liste, ai quali viene chiesto anche di informare tempestivamente l'organizzazione nel caso di assenza alla visita.

Non a caso la normativa vigente pone il coinvolgimento dei rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, nonché delle organizzazioni sindacali e di categoria, quale momento importante nella definizione dei principi e dei criteri indispensabili per l'adozione delle misure previste per migliorare i tempi di attesa.

Riassumendo, le azioni che si prevede di adottare in Azienda, al fine di contenere i tempi di attesa dell'erogazioni delle prestazioni, sono le seguenti:

Nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione, l'Azienda, attraverso il monitoraggio continuo effettuato dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI unitamente all'Organismo Paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rende disponibili i seguenti percorsi di tutela:

1. la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, oltre all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Il PRGLA stabilisce che le Aziende dispongano l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Nel presente atto è riportato, nell'allegato A, l'elenco delle grandi apparecchiature in uso in dotazione dei presidi aziendali, la tipologia (con evidenza delle obsolete), la localizzazione per ambito di garanzia e il relativo tempo di utilizzo al netto dei fermi macchina per guasto/manutenzione;
2. l'aggiornamento degli Ambiti territoriali di Garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa; gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private,



della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice; a tale scopo, il CUP propone, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale;

3. l'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa;
4. l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. È data facoltà all'Azienda, ai sensi del DCA n. 23 del 24/01/2020, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le equipe, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo il programma aziendale, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini del rispetto dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Qualora le azioni previste dall'Azienda Sanitaria nel presente Piano dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione del CUP regionale con l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, viene messo in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente; in questo modo, le prestazioni "di che trattasi" potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici.



L'Azienda si impegna, altresì, a garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio assicurando:

1. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
2. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
3. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva. Il manuale "Procedura gestionale per l'applicazione modello RAO" allegato C del PNGLA 2019/21, rappresenta il frutto di una prima fase di sperimentazione che ha visto coinvolte la Regione Campania insieme all'ASL Salerno e all'ASL Napoli Nord. Il Progetto è stato presentato in Azienda nel corso di un convegno tenutosi il 22 novembre 2017 presso la sala riunioni della sede centrale della ASL Salerno. L'adozione del Modello RAO in Azienda consentirà di rendere il più possibile uniformi i comportamenti di attribuzione delle classi priorità da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in quanto si tratta di un modello operativo orientativo finalizzato a dare tempistiche diverse sulla base di indicazioni cliniche esplicite. Il modello prevede la continua valutazione della concordanza fra medico prescrittore e specialista nell'attribuzione della classe di priorità da attuarsi attraverso il coinvolgimento partecipato dei medici medicina generale e dei pediatri di libera scelta, degli specialisti ospedalieri e delle organizzazioni di tutela della salute. Un obiettivo, quello della condivisione partecipata del Modello RAO, concretamente raggiungibile attraverso un insieme di attività formative che l'ASL Salerno ha già inserito a pieno titolo fra i progetti previsti per l'anno 2019. Tali attività saranno dirette rispettivamente:

❖ ai dirigenti medici e agli specialisti ambulatoriali della ASL Salerno;

AK

- ❖ ai medici di medicina generale;
- ❖ ai pediatri di libera scelta.

Per ciascuna delle figure professionali indicate sarà previsto un percorso formativo finalizzato a creare le basi culturali e di consenso indispensabili per costruire un sistema applicabile operativamente sul territorio, in modo da consentire l'implementazione di una procedura unificata di attribuzione in tempi brevi.

4. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. Le agende di prenotazione informatizzate della ASL Salerno sono costruite secondo classi di priorità e divise per "primo accesso" "accesso successivo. È prevista la totale visibilità da parte del sistema informativo aziendale delle Agende di prenotazione sia per il primo accesso che per gli accessi successivi. Allo stato è in fase di conclusione l'informatizzazione di tutte le Agende di prenotazione per le attività erogate in regime ALPI. L'attribuzione di specifici spazi nelle agende a ciascun livello di priorità assegnata (U, B, D e P) è effettuata da ciascuna Unità operativa. Il sistema informatico attualmente in uso in Azienda garantisce, nel caso di non fruizione dei posti resi disponibili, il ribaltamento dell'offerta su tutte le altre classi in modo da calibrare l'offerta sulla domanda evitando inutili sprechi;
5. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
6. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
7. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;

8. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;
9. la piena attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui alla Delibera della Direzione Commissariale n. 488 del 07/06/2019 e ss.mm.ii;
10. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - v. Allegato B del PNGLA 2019/2021;
11. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
12. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
 - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
13. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
14. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;



15. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

6.2 LE PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP IN BASE AL PRGLA 2019-2021

Come già anticipato nel paragrafo precedente, il Sistema CUP attualmente in uso presso l'ASL Salerno è stratificato per Classi di priorità (U, B, D, P) ed è strutturato in modo da garantire la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione per tutte le prestazioni erogate in regime istituzionale.

Per quanto riguarda il riscontro degli ambiti di garanzia, sul foglio di prenotazione è presente la seguente dicitura *"La ricerca della prima disponibilità per le prestazioni presenti nella richiesta si basa sull'appartenenza del paziente all'ambito di garanzia (Nord - Centro - Sud) riferito al comune di residenza"* nonché l'informativa sull'accettazione o meno della prima disponibilità offerta *"Il paziente accetta (o in caso negativo) non accetta la prima disponibilità offerta"*.

Ciò consente al sistema CUP di registrare la scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, in modo da distinguere questa situazione da quelle per le quali occorre garantire il rispetto dei tempi d'attesa.

Il PRGLA dispone altresì che le Aziende si attivino al fine di *"garantire l'effettiva presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia*". Tale disposizione comporta giocoforza che siano istituite apposite Agende, integrate nel sistema CUP e dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up in modo che possano essere prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla prescrizione da parte del medico specialista. La creazione di tali Agende consentirà di fatto di procedere alla *"presa in carico"* del paziente cronico al quale sarà garantito un percorso di cura in tempi certi stabiliti dallo specialista.

Ulteriore adempimento previsto dal PRGLA è quello legato alla totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione non solo pubbliche ma anche private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate in regime ALPI, è attualmente in corso in Azienda la completa informatizzazione delle agende che andranno riorganizzate in

modo da garantire la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

Altro discorso per la visibilità delle agende delle strutture private accreditate, che andrà concordata nel rispetto della disciplina in materia secondo modalità condivise fra le parti.

Il sistema informatizzato consente allo stato di:

- ✓ rilevare statisticamente il fenomeno della rinuncia nonché il numero delle prestazioni prenotate effettivamente erogate,
- ✓ implementare, laddove concordato con i medici specialisti, il sistema dell'overbooking,
- ✓ offrire la possibilità di profilare agende specializzate,
- ✓ garantire la possibilità di estrapolare report per il monitoraggio delle liste di attesa (tutte le prestazioni) e di effettuare la revisione periodica delle liste di attesa,
- ✓ garantire che siano riportate nella notifica scritta, che va consegnata al cittadino all'atto della prenotazione, le seguenti informazioni:
 - la libertà di scelta della data di prenotazione fra un insieme delle date disponibili nel sistema e di scelta della struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta,
 - il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'Azienda/Regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità,
 - la possibilità di modificare o annullare la prenotazione,
 - le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP)

Il sistema informatizzato dovrà essere rimodulato al fine di prevedere:

- la gestione di un sistema di prenotazione a conferma o tramite pre-appuntamento tramite avviso SMS,
- di offrire la possibilità, ai medici prescrittori, di accedere direttamente alle agende di prenotazione e di effettuare o annullare una prenotazione,
- di garantire il collegamento con il portale WEB aziendale per l'aggiornamento in tempo reale dei tempi di attesa aziendali,
- di riportare sul foglio di prenotazione l'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione, entro e non oltre i due giorni antecedenti il giorno fissato, utilizzando le modalità stabilite dall'Azienda (sportello CUP, farmacia, numero telefonico dedicato) pena l'attivazione delle sanzioni pecuniarie previste ai sensi del 3 comma 15 del D.Lvo 124/98.



6.3 GLI INDIRIZZI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA

Il PRGLA 2019/2021 ribadisce quanto già disposto dalla D.G.R.C. n. 271/12 e dalla D.G.R.C. n. 170/07 in merito al coinvolgimento e alla partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute. L'Azienda Sanitaria Salerno è pienamente consapevole del valore di questo coinvolgimento e intende elaborare un programma di azione il cui obiettivo sia quello di perseguire una metodologia operativa condivisa con i rappresentanti delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute su tutti gli argomenti, inerenti la gestione delle liste di attesa aziendali, di interesse per i cittadini.

Il programma di azione della ASL Salerno prevede il coinvolgimento delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute dei cittadini, di cui all'elenco indicato dall'articolo 137 del codice del consumo (D.Lvo n. 206/05), operanti sul territorio.

6.4 IL SITO WEB AZIENDALE

Per quanto attiene invece alla diffusione delle informazioni attraverso i siti web istituzionali, l'ASL Salerno ha provveduto ad aggiornare il proprio sito attraverso la costruzione di una pagina dedicata.

Nella sezione "Liste di Attesa", presente sull'homepage del sito web aziendale (www.aslsalerno.it), sono presenti:

1. i dati relativi ai dati aggregati per le prestazioni traccianti;
2. riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
3. i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità;
4. elenco delle prestazioni ambulatoriali per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
5. informazioni sulle modalità di prenotazione tramite Call Center.

È altresì consentito l'accesso al sistema CUP da parte delle Farmacie.

Ciò premesso, al fine di ottemperare a quanto disposto dal PRGLA, l'ASL Salerno si impegna ad integrare quanto già presente sul sito nello spazio dedicato con le seguenti modalità:

1. attivazione in tempi brevi del Portale del Cittadino, accessibile secondo le Linee Guida AGID che consentirà di:
 - a) consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità sia in attività istituzionale che in attività libera intramoenia;
 - b) annullare le prenotazioni;



- c) pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; visualizzare gli appuntamenti già prenotati; ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
2. prenotazione e pagamento ticket tramite app dedicata;
3. inserimento di informazioni sui tempi di attesa che coprono oltre all'ambito ambulatoriale anche quello dei ricoveri;
4. implementazione di programmi di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono le strutture che la erogano nell'azienda sanitaria;
5. implementazione di programmi di consultazione per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscano la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale;
6. informazioni sulle regole adottate per la tutela dell'equità e trasparenza;

7. LE PROCEDURE OBBLIGATORIE PER LE ATTIVITÀ DI RICOVERO

7.1. LA GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI

Il Piano Nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008, (emanato in conformità a quanto indicato dalla Legge 266 del 23 dicembre 2005), al punto 7.1 ha reso *"obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di attesa"*.

Nel documento Progetto Mattone "Tempi di attesa" è chiaramente esplicitato che *"un sistema di accesso e prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero correttamente sviluppato dovrebbe consentire:*

- *l'ottimizzazione dei sistemi di accesso, intesa come il massimo grado di accessibilità al sistema di offerta (semplificazione delle procedure e dei sistemi di informazione, trasparenza, possibile conoscenza della disponibilità della prestazione di ricovero in ogni punto di accesso alla rete ospedaliera)*
- *l'ottimizzazione del sistema di offerta e garanzia di equità nell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato: ovvero il massimo grado di fruibilità delle prestazioni, anche in relazione alla priorità del problema di salute del singolo paziente, secondo presupposti equi e non discriminatori, con una gestione della prenotazione dei ricoveri che si realizzi secondo modalità definite che prevedano una chiara individuazione delle responsabilità."*

Per questo motivo, le procedure di gestione aziendale delle agende dei ricoveri programmati indicate nel presente documento sono state redatte in base alle indicazioni riportate nel documento "Progetto Mattone tempi di attesa" ed integrate con le indicazioni contenute nel PRGLA 2019-2021.

Per consentire la corretta gestione delle agende di ricovero, i Direttori responsabili delle strutture operative ospedaliere pubbliche e private accreditate garantiscono il riscontro, al momento del ricovero di elezione, della data in cui è avvenuta la visita nella quale è stata stabilita l'esecuzione dell'intervento (data in cui è avvenuta di fatto la prenotazione). Tale data è riportata, ai sensi della D.G.R.C. del 15 aprile 2005 n. 512, a decorrere dal 1° gennaio 2006, nell'Archivio informatico nominativo SDO, (FILE ANA), nel campo relativo alla data di prenotazione del ricovero.

Attualmente sono già a regime il sistema di riscontro della data di prenotazione sul file ANA e l'introduzione del campo relativo alle priorità assegnate al ricovero.

Procedura per l'accesso ai ricoveri programmati

Il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta valuta il quadro clinico del paziente e l'opportunità di proporre il ricovero ospedaliero programmato.

A tal fine invia la proposta di ricovero programmato allo specialista ospedaliero, corredata di idonea relazione clinica nonché degli eventuali accertamenti già effettuati.

La richiesta di ricovero da parte del medico di fiducia del paziente (MMG, PLS) assume, quindi, il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero.

Ruolo dello specialista ospedaliero

La proposta di ricovero da parte del MMG o del PLS viene valutata dallo specialista ospedaliero, il quale ne verifica l'appropriatezza, relativamente a:

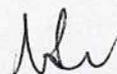
1. effettiva presenza del problema segnalato (*valutazione clinica*),
2. pertinenza al regime di ricovero (*valutazione organizzativa*),
3. pertinenza strutturale (*idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.*).

Lo specialista ospedaliero può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili.

È il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, nonché sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

In caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale.

In tal caso lo specialista ospedaliero con apposita modulistica predisposta dall'Azienda, si assume la responsabilità per il cambio della data di ricovero e per l'assegnazione della nuova classe di priorità.



La Struttura Ospedaliera avrà cura di privilegiare l'inserimento nella modulistica, oltre ai campi anagrafici, di altri campi: diagnosi, data proposta di ricovero del MMG o del PLS, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata e la chiara indicazione del medico, che si assume la responsabilità delle determinazioni.

Lo specialista ospedaliero dovrà assumersi l'onere di facilitare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

Registro dei ricoveri programmati

Il registro dei ricoveri programmati è informatizzato nel sistema AREAS - ADT-Liste di attesa. Ogni registro deve essere strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero, facendo sempre capo alla responsabilità diretta della Direzione Sanitaria di Presidio.

Modalità di accesso al ricovero programmato

Una volta inserito nella Lista del ricovero programmato il paziente, nel giorno indicato per il ricovero, accede alla Struttura di ricovero, tramite l'Ufficio di Accettazione per il Ricovero Programmato, di norma separato dall'"Accettazione di Pronto Soccorso".

Il medico dell'accettazione del Presidio verifica la proposta di ricovero del medico di MMG o del PLS, attraverso l'attivazione della funzione specialistica ospedaliera.

Per tutte le altre informazioni deve essere garantito il diritto del cittadino alle informative in merito al registro delle prenotazioni così come previsto dall'art. 3 comma 8 della Legge 724/94 che stabilisce: *"Ai fini del diritto di accesso garantito dalla legge 7 agosto 1990 n. 214, le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche e ad ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia delle riserve delle persone."*

7.2 RESPONSABILITÀ SULLA LISTA D'ATTESA PER RICOVERI PROGRAMMATI

Il Direttore/Responsabile dell'U.O.C./S.S. di ricovero è tenuto a verificare, consultando il registro informatizzato Liste d'Attesa (Gestione Linea) settimanalmente la garanzia del RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA per ciascun paziente prenotato.

Qualora il tempo di attesa previsto in funzione della data di inserimento in lista e del criterio di priorità clinica superi il tempo effettivamente atteso dal paziente, il Direttore/Responsabile dell'U.O.C./S.S. è tenuto a verificare le problematiche che ne sono causa e ad intervenire per la risoluzione delle stesse. In caso di problematiche



non risolvibili a livello di U.O.C./S.S., il Direttore/Responsabile dell'U.O.C./S.S. di ricovero è tenuto a comunicare al Direttore del Presidio la criticità riscontrata, proponendo eventuali azioni correttive.

Il Direttore di Presidio è tenuto a verificare il RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA per la sede ospedaliera di proprio interesse consultando il registro informatizzato Liste d'Attesa.

Qualora il tempo di attesa riscontrato superi il TEMPO MASSIMO DI ATTESA previsto per la classe di priorità assegnata, il Direttore del Presidio è tenuto a verificare le problematiche che ne sono causa e ad intervenire per la risoluzione delle stesse. In caso di problematiche non risolvibili a livello di Direzione di Presidio, il Direttore è tenuto a comunicare al Direttore Sanitario aziendale la criticità riscontrata, proponendo eventuali azioni correttive.

Gli strumenti individuati dal PRGLA 2019-2021 al fine di garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, che deve tradursi in un incremento delle sedute operatorie, prevedono che le stesse possano essere programmate anche nel pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione.

8. LE ATTIVITA' DI MONITORAGGIO

8.1. IL MONITORAGGIO EX POST DEI TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI IN MODALITA'

Il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali "ex post" viene ad essere garantito attraverso l'adeguamento dei programmi aziendali che generano i flussi informativi ex art. 50 legge 326/03. Con disposizione regionale n. 3935 del 03/01/19, è stato richiesto alle Aziende di adeguare il flusso mensile, da trasmettere al Sistema TS, delle prestazioni erogate di specialistica ambulatoriale ex art. 50, comma 5, nel caso in cui sia presente anche una sola prestazione ricompresa nell'elenco delle prestazioni di cui all'art. 3.1 del PNGLA.

Per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, sono da considerarsi obbligatori i seguenti campi inseriti nel tracciato:

- 1) Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- 2) Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.
- 3) Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o



prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

- 4) Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- 5) Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità indicata in ricetta. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:
 - ✓ 1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;
 - ✓ 0= utente che non rientra nella categoria precedente.
- 6) Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria, utilizzato nel modello STS.11, che eroga la prestazione.

I campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" devono essere valorizzati da parte dell'erogatore.

Tutti i dati sono trasmessi da parte della struttura erogante pubblica o privata al Sistema TS nel flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003, con cadenza mensile entro 10 gg. del mese successivo a quello di rilevazione.

8.2 REGOLAMENTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Già con la Legge Finanziaria 2006 (L. 266/2005) veniva vietata la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni specialistiche (comma 282), prevedendo anche specifiche sanzioni amministrative per i contravventori (comma 284).

Tale concetto è stato recepito a livello regionale e ribadito a livello nazionale con la definizione delle "Linee guida per la sospensione dell'attività di erogazione" nella nota del Ministero della Salute Prot. 28107/dgprog/21/P.1° del 22.12.2006.

Ciò premesso, si individua il seguente protocollo operativo da osservare in caso di sospensione di erogazione della prestazione:

- il Responsabile Medico di ciascun ambulatorio deve inviarne comunicazione scritta al Direttore Sanitario del P.O. e/o al Direttore di Distretto, specificando



quale prestazione è stata o sarà interrotta, dove, perché e per quanto tempo (da quando a quando);

- La Direzione Sanitaria del P.O. e/o del D.S.B. analizza ed eventualmente convalida la sospensione dandone comunicazione ed autorizzandola:
 - Ai Referenti CUP Locali, per l'immediata esecuzione;
 - Alla Direzione del CUP Aziendale, per le comunicazioni alle varie altre Macrostrutture
 - all'Ufficio Relazioni con il Pubblico per la gestione della criticità e l'informazione all'utenza sulle soluzioni adottate
 - alla Direzione Sanitaria aziendale;
- ogni evento di interruzione delle attività di prenotazione deve essere registrato con modalità che rendano disponibili almeno le seguenti informazioni:
 - di quale prestazione è sospesa l'erogazione della prestazione;
 - dove;
 - perché;
 - per quanto tempo.
- nel caso non sia possibile svolgere neanche l'attività di prenotazione, si possono indicare all'Utenza dei momenti di "pre-appuntamento", indicando all'utente il periodo possibile per l'erogazione della prestazione ossia da quando sarà possibile prevedere la ripresa della disponibilità di quella prestazione. La data precisa può essere comunicata direttamente all'Utenza, tramite la struttura aziendale preposta, in un secondo momento;
- se si verifica un'interruzione delle prestazioni erogate per motivi tecnici, il personale incaricato della preparazione delle agende di lavoro dei professionisti si adopera per il recupero degli appuntamenti.

In allegato al presente documento (Allegato C) si riporta la bozza di regolamento predisposta per la successiva condivisione con i rappresentanti delle associazioni di consumatori e di tutela dei malati.

8.3 IL MONITORAGGIO PER LE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE

Il monitoraggio riguarda esclusivamente le sospensioni delle attività di erogazione. Non sono oggetto di rilevazione le sospensioni delle attività di prenotazione, azione del resto vietata dalla legge regionale della Campania n. 1/06 .

Il monitoraggio, effettuato con cadenza semestrale, va trasmesso al livello regionale entro il mese successivo al semestre di rilevazione.

In aderenza con quanto previsto dal Mattone "Tempi di Attesa", la rilevazione si riferisce alle "*sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni che avvengono in casi*



eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi)" e solo nel caso che la sospensione riguardi l'erogazione totale di quella prestazione in quella struttura, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione nella stessa. Pertanto, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

Si riporta di seguito la tabella appositamente predisposta dall'AGENAS sui contenuti informativi. Essi sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) - campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7 giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1.	

8.4 IL MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO

Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce il punto di partenza. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno (l'indicazione nell'agenda della data prevista) ed il momento dell'effettivo ricovero per l'effettuazione delle procedure previste. E' chiaro che deve essere possibile valutare e misurare il tempo che intercorre tra la data in cui è proposto il ricovero dal MMG o dal PLS e la data in cui si effettua la visita specialistica per la conferma dell'ipotesi del ricovero.

Lo specialista ospedaliero, che valuta la proposta di ricovero del MMG, deve fornire al cittadino, che accetta, una apposita scheda interna alla struttura debitamente firmata, che garantisca l'inserimento nel registro di ricovero ordinario.

Il cittadino, con tale scheda, accede all'accettazione per l'iscrizione nel registro e per ottenere la prima data utile in considerazione di :

- livello di priorità clinica;
- ordine cronologico di iscrizione in lista;
- risorse necessarie.

Il cittadino, al momento del ricovero, dovrà esibire la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG.

Tutte le azioni previste in merito alla rilevazione del tempo di attesa dei ricoveri programmati saranno effettuate analizzando il flusso SDO aziendale che, opportunamente modificato in base alle direttive regionali, grazie ai campi "data di prenotazione", "data di ricovero" e "classe di priorità" consente di monitorare agevolmente i dati presenti nel tracciato record.

Così come stabilito dal PRGLA 2019-2021, il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri programmati di cui all'elenco 3.2 sarà effettuato attraverso la misurazione del seguente indicatore: *“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità A”*.

Il tempo di attesa, valido per il calcolo dell'indicatore, sarà misurato come differenza tra la data di ammissione e la data di prenotazione del ricovero. I campi del tracciato SDO necessari al corretto calcolo del tempo di attesa sono quindi i seguenti:

1. Data di prenotazione (inserimento in lista): corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Tale data rappresenta quindi la conferma dell'indicazione, ovvero la convalida, da parte dello specialista.
2. Data di ammissione: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

8.5 LE PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO EX ANTE

Il PNGLA 2019-21 introduce, in forma stabile, il monitoraggio trimestrale dei tempi di attesa riscontrati su tutto l'ambito nazionale per le prestazioni definite “traccianti” erogate in regime istituzionale. Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSR.

Il monitoraggio, svolto con modalità “ex ante”, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice su base trimestrale dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali elencate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021.

Le prestazioni monitorate sono esclusivamente quelle in cui avviene il primo accesso e, di queste, quelle cui sono assegnate le classi di priorità B e D. A decorrere dal 1° gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Esso costituisce un obbligo informativo per l'Azienda.

Contenuti informativi

Si riporta integralmente di seguito il prospetto riepilogativo appositamente predisposto dall'Agenzia Nazionale Servizi Sanitari, AGENAS.

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla

	conto e a carico del SSN.	popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Periodo di riferimento		Inserire un progressivo (1, 2, 3, 4)

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire numero progressivo
Codice Branca	Codice Branca	Indica la branca corrispondente alla prestazione
Codice disciplina	Codice disciplina	
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di priorità D, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

classe di priorità D		
°% di garanzia (% di rispetto del tempo massimo di attesa)	Esprime il rapporto tra il numero, delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni Classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni per ogni Classe e per ogni prestazione, determinandone quindi la % di garanzia	Indica il rapporto tra, il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi di ogni Classe di priorità per singola prestazione ed il numero di prenotazioni che devono essere garantite per ogni singola Classe di priorità e per ogni prestazione

8.6 LE PROCEDURE PER IL MONITORAGGIO ALPI

Parallelamente alla rilevazione dei tempi di attesa istituzionali, il PNGLA 2019-21 ha stabilito il monitoraggio su base trimestrale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria, anche allargata.

Il PNGLA 2019-2021 prevede che abbia luogo nelle stesse 5 giornate indice nelle quali si svolge il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni prenotate in attività istituzionale come previsto dal punto 6.2 del PNGLA e dall'allegato B.

Le procedure per la rilevazione delle prestazioni ambulatoriali in attività libero-professionale erogate a favore e in carico dell'utente sono stabilite nel documento, prot. n. 2019/0003685 del 17/05/2019, "Linee Guida per il monitoraggio nazionale dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero-professionale intramuraria" predisposto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS).

Le prestazioni oggetto del monitoraggio sono sempre le medesime prestazioni traccianti, ma, a differenza del monitoraggio nazionale dedicato alle attività erogate in regime istituzionale, la modalità di inserimento e raccolta del dato è effettuata online attraverso un sito web dedicato, curato sempre dall'AGENAS, su incarico dell'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale. L'indirizzo web del sito è <http://alpi.agenas.it/>. Il dato è inserito direttamente da ciascun centro erogatore di riferimento, abilitato attraverso un sistema di accreditamento "a cascata", secondo procedure standard che fanno capo alla Regione Campania per la validazione finale.

Come si rende evidente, la contemporaneità offre la possibilità di comparare i due monitoraggi e ciò li rende uno strumento di notevole importanza per la valutazione delle risposte del sistema sanitario.

Sono sempre oggetto di rilevazione le medesime prestazioni traccianti, individuate nel PNGLA 2019-2021. Unica differenza fra i due sistemi di rilevazione è la non attribuzione dei livelli di priorità per le prestazioni erogate in regime ALPI.

Il monitoraggio obbedisce alla necessità di acquisire conoscenze circa l'adempimento delle singole Regioni e Province Autonome alle disposizioni contenute nella L. n.120/07, ed in particolare a quella inerente *"al progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria"*.

La raccolta e l'invio online dei dati, da parte delle strutture erogatrici, consente sia un maggior controllo sulla qualità del dato inserito e rende disponibili i dati aggregati in maniera differenziata sui vari livelli (singola struttura - aziendale - regionale - nazionale) in modo che ciascun livello abbia accesso ai dati inseriti dal livello più basso fornendo, attraverso un meccanismo di feedback, uno strumento utile al supporto del governo dell'attività in ALPI.

Sono coinvolte nel monitoraggio le strutture pubbliche che erogano prestazioni in attività libero-professionale intramuraria individuale o in equipe e le strutture private in cui vengono erogate prestazioni in attività intramuraria allargata.

Esso costituisce un obbligo informativo per l'Azienda.

Completa il percorso di rilevazione la trasmissione al competente ufficio regionale dei dati inerenti i volumi di prestazioni riferiti al semestre precedente quello della rilevazione, sempre riguardanti le prestazioni traccianti comprese nel PNGLA 2019-21 erogate sia dalle strutture pubbliche che private accreditate.