

DELIBERA N.° _____ DEL _____

- ☒ Collegio Sindacale
☐ Direzione Generale
☒ Direzione Sanitaria
☒ UOC Controllo di Gestione
☐ UOC S.I.A.
☐ UOSD Prevenzione e Protezione
☒ UOSD Relazioni col Pubblico
☐ UOSD Formazione, Cooperazione e C.B.
☐ UOC Affari generali e Patrimonio

- UOC Acquisizione Beni, Servizi ed Economato
☒ UOC Risorse economico-finanziarie
UOC G.R.U. – Trattamento economico
UOC Affari Legali, Contratti ed Appalti
UOC Gestione Attività Tecniche
☒ UOSD Trasparenza ed anticorruzione
Regione Campania – D.G. Tutela della Salute

ASSESSORATO ALLA SANITA'

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 -comma 3- della L.R. n.32 del 3/11/94, con nota n. _____ in data _____

Il Funzionario

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. _____ del _____

Decisione: _____

Il Funzionario

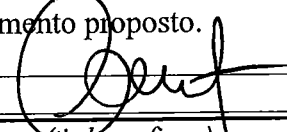
DELIBERA N.° _____ DEL _____



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
"A. CARDARELLI"
Via A. Cardarelli, 9 - 80131 - Napoli

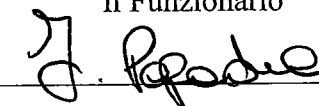
RELATA DI PUBBLICAZIONE

Il Dirigente UOS C.U.P., a seguito di istruttoria, dichiara la regolarità Giuridico-amministrativa del provvedimento proposto.


(timbro e firma)

Copia della presente deliberazione è stata affissa all'Albo dell'Azienda dal giorno - 5 MAR. 2020 e vi resterà per gg. _____ consecutivi.

Il Funzionario



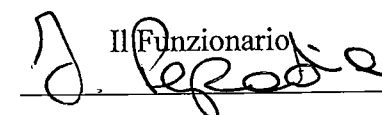
DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

n. 226 del - 5 MAR. 2020

UOS C.U.P.

Oggetto: Rettifica ed integrazione Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

Si rende esecutivo
Napoli, 15 MAR. 2020


Il Funzionario

16
03
20

Oggetto: Rettifica ed integrazione Piano Aziendale in materia governo delle liste di attesa. - Esecuzione immediata.-

Il Dirigente della UOS Centro Unico Prenotazioni, referente aziendale Liste di Attesa, dott. Fabio Perfetti, dichiarata la regolarità giuridico-amministrativa del presente provvedimento a seguito di istruttoria effettuata nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità,

Premesso che:

la Regione Campania con DCA n. 34/2017 “Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)” ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato previste dal precedente PNGLA 2010-2012, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale; con successivo DCA 47/2017 è stato istituito un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è stata costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA 34/2017; con DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio u.s., la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N. ed ha istituito l'Organismo Paritetico Regionale in materia di ALPI; con DCA 52/2019 la Regione Campania ha provveduto a definire, sulla base delle indicazioni del PNGLA, il relativo Piano Regionale;

Considerato

che con DCA n. 23 del 24.1.2020 la Regione Campania ha approvato la modifica del documento “Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa” di cui al DCA n. 52 del 4.7.2019;

Tenuto conto

Per quanto innanzi espresso, della necessità, da parte dell'Azienda, di recepire il contenuto del predetto DCA per la parte di propria competenza;

il dott. Fabio Perfetti, Responsabile della U.O.S. C.U.P. e Referente liste di attesa, tutto ciò argomentato ed attestato,

propone al Direttore Generale

l'adozione della presente deliberazione, avente ad oggetto:

Rettifica ed integrazione del Piano Aziendale in materia di governo delle liste di attesa in applicazione del DCA Regione Campania n. 23 del 24.01.2020;

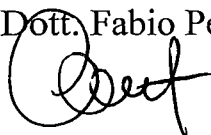
ed a tal fine, di

- 1) procedere all'adozione dell'allegato Piano aziendale di Governo delle Liste di Attesa (allegato 01), che sostituisce integralmente l'analogo Piano di cui alla delibera n. 939 del 18.11.2019;
- 2) disporre la trasmissione del seguente provvedimento amministrativo, recante il Piano aziendale in argomento, al Collegio sindacale, alla UOC G.R.E.F., alla UOC Controllo di Gestione, alla Direzione sanitaria, alla UOC G.R.U., alla UOD Relazioni con il pubblico, alla UOSD Prevenzione della corruzione ed alla Regione Campania - Direzione generale per la tutela della salute;
- 3) procedere alla pubblicazione della presente deliberazione sul sito web aziendale;
- 4) garantire le previste forme di registrazione e pubblicità di tale provvedimento secondo legge.

Il Dirigente U.O.S. C.U.P.

Referente liste di attesa

Dott. Fabio Perfetti



IL DIRETTORE SANITARIO

Nominato con deliberazione n. 756 del 9.8.2019

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Nominato con deliberazione n. 757 del 9.8.2019

Vista la suesposta proposta, da parte del dott. Fabio Perfetti, Responsabile della U.O.S. C.U.P. e Referente liste di attesa;

Rettifica ed integrazione Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

Preso atto della dichiarazione formale e sostanziale di tutto quanto sopra esposto per quanto di rispettiva competenza,

ESPRIMONO

Parere favorevole all'adozione del presente provvedimento amministrativo.

IL Direttore amministrativo

Dott. Maria Maiorano



Il Direttore sanitario

Dott. Giuseppe Russo



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Giuseppe LONGO, nominato con D.G.R.C. n. 114 dell'8.8.2019, alla stregua dell'istruttoria espletata dai Dirigenti sopra indicati, letta la suesposta proposta, avente ad oggetto:

Adozione Piano Aziendale in materia di attività di governo delle liste di attesa.

Acquisiti i pareri del Direttore Sanitario ed Amministrativo

D E L I B E R A

Per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati, di adottare il seguente provvedimento amministrativo, sulla scorta ed in conformità della proposta.

Ed a tal fine,

- 1) procedere all'adozione del presente Piano aziendale in materia di governo delle liste di attesa, in sostituzione del Piano aziendale di cui alla delibera n. 939 del 18.11.2019, in ossequio a quanto previsto dal DCA n. 23 del 24.01.2020;
- 2) trasmettere il seguente provvedimento amministrativo, recante il Piano aziendale in argomento al Collegio sindacale, alla UOC G.R.E.F., alla UOC Controllo di Gestione, alla Direzione sanitaria, alla UOC G.R.U., alla UOD Relazioni con il pubblico, alla UOSD Prevenzione della corruzione ed alla Regione Campania - Direzione generale per la tutela della salute;
- 3) riservarsi di apportare eventuali modifiche ed integrazioni, qualora necessario per sopravvenute esigenze;
- 4) procedere alla pubblicazione della presente deliberazione sul sito web aziendale;
- 5) garantire le previste forme di registrazione e pubblicità di tale provvedimento secondo legge.



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Giuseppe Longo

DELIBERA N.° 226 DEL - 5 MAR. 2020

Allegato 01

Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

PIANO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

INTRODUZIONE

Il presente Piano Aziendale definisce un percorso per il Governo delle Liste di Attesa finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari aziendali, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, rispetto delle classi di priorità, trasparenza e accesso diffuso alle informazioni sui loro diritti e doveri.

Il Piano Aziendale mira, inoltre, a ottenere un miglioramento della gestione dei tempi di attesa anche attraverso la messa in atto di modelli di assistenza integrata per pazienti cronici con l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). In tale contesto, la presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno di questa Azienda Ospedaliera (AO), finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni, in maniera tale da consentire anche una migliore gestione delle agende.

Il presente Piano Aziendale:

- A. garantisce il rispetto, da parte delle Unità Operative Aziendali eroganti, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano Regionale delle Liste di Attesa (PRGLA) e dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), così come individuati, per tutte le prestazioni erogate e di seguito indicate;
- B. individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette al monitoraggio;
- C. prende atto che l'area cardiovascolare e l'area oncologica sono individuate a livello nazionale quali *aree prioritarie* per lo sviluppo di PDTA, secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida da elaborare all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento. Questa AO si riserva di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri di cronicità sulla base delle indicazioni nazionali e regionali, nonché in funzione dei dati epidemiologici desunti dal contesto locale;
- D. prende atto dell'obbligo cui sono sottoposti il Medico di Medicina Generale (MMG) e il Pediatra di Libera Scelta (PLS), che devono chiaramente indicare su tutte le prescrizioni il *quesito diagnostico*, ovvero se trattasi di prestazioni in primo accesso (il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico, ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o di accesso successivo (controllo). Per le prestazioni in primo accesso, inoltre, il MMG e il PLS hanno l'obbligo di indicare anche la *classe di priorità*. Pertanto, la tempistica delle prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente. A tal fine, l'AO prevede idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla prescrizione del piano temporale dei controlli individuato dal medico specialista. In tal senso, l'organizzazione aziendale si deve dotare di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

- Pertanto, per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow-up si continueranno ad utilizzare apposite agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, agende già integrate nel sistema CUP. L'indicazione della tipologia di accesso e della biffatura della classe di priorità dispiega rilevanti ripercussioni sulla valutazione del monitoraggio ex post;
- E. promuove, ulteriormente, la valutazione e il miglioramento dell'appropriatezza. A tal fine, l'AO provvede, sin dal primo anno di vigenza del presente Piano, di potenziare ulteriormente i sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione in maniera tale che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l'obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti clinico-assistenziali;
 - F. prevede un ulteriore rafforzamento della gestione dei sistemi informativi aziendali, con contestuale miglioramento della trasparenza e della visibilità delle agende di prenotazione delle Unità Operative Aziendali, sia per le attività istituzionali che della libera professione intramuraria. Tutte le agende delle Unità Operative Aziendali di prenotazione devono essere gestite dal sistema CUP e devono essere suddivise per classi di priorità. La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità;
 - G. individua, inoltre, le azioni di monitoraggio elencate di seguito, che si basano sul presupposto che tutte le agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP. Sono previste le seguenti tipologie di monitoraggio:
 - ✓ ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - ✓ ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
 - ✓ ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
 - ✓ delle sospensioni delle attività di erogazione;
 - ✓ dei PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
 - ✓ ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
 - ✓ dell'effettiva inclusione di tutte le agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP;
 - H. prevede, ancora, la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'AO, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo, al fine di ridurre i tempi di attesa per le prestazioni di ricovero o di specialistica ambulatoriale per le quali si documentano, attraverso il monitoraggio di seguito descritto, evidenti e significativi scostamenti dai tempi massimi definiti;
 - I. considera la possibilità, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, di attuare modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate;
 - J. considera fondamentale per la programmazione dell'offerta che annualmente si provveda ad un'accurata rivisitazione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - K. promuove il potenziamento di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità

assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come ad esempio il day service.

LINEE DI INTERVENTO CHE L'AZIENDA GARANTISCE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Di seguito sono definite le azioni e le attività che questa AO mette in atto per il rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero, nonché l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette al monitoraggio previsto dal PRGLA sulla base delle Linee Guida nazionali relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa. A tal fine:

- 1) l'AO A. Cardarelli assicura ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna. Inoltre, come innanzi già enunciato, questa AO sperimenterà, nell'arco di vigenza triennale del presente Piano, sulla base di specifici progetti, l'apertura delle strutture ambulatoriali 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 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria;
- 2) l'eventuale acquisto e l'erogazione di prestazioni aggiuntive in regime libero-professionale devono essere concordati con i professionisti e sostenuti economicamente dall'AO, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Si precisa che l'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuato prioritariamente per le prestazioni "critiche" ai fini del rispetto dei tempi di attesa;
- 3) l'AO orienta la sua attività mirando ad utilizzare le grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva (comprensiva anche dell'attività in emergenza-urgenza), compatibilmente con le risorse di personale disponibile, e ad attingere al 5% dei fondi di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste d'attesa;
- 4) qualora le azioni previste nel Piano Attuativo 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, l'AO si impegna a mettere in atto un *percorso di garanzia* con l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) territorialmente competente in base alla residenza dell'assistito, al fine di assicurare 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, per il tramite dell'ASL interessata, 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;
- 5) l'AO provvede a garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le agende delle unità operative. Provvede, ancora, a garantire la totale visibilità da parte del sistema informativo aziendale delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
- 6) l'AO provvede a migliorare e potenziare l'attivazione di servizi anche di tipo telematico, dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate, nonché all'adozione di strumenti

trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette e in caso di mancato ritiro dei referti. A tal fine, l'Azienda garantisce 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 (ad esempio, tramite sms e posta elettronica), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata. A tal riguardo, si richiamano i disposti dell'art. 3 comma 15 del D. Lgs. 124/1998 in base al quale: *"L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione"*;

- 7) l'AO effettua il governo dell'offerta definendo annualmente il fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow-up, controllo), con l'adozione del piano delle prestazioni erogabili, che deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
- 8) l'AO si impegna a realizzare la "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, e ad individuare modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;
- 9) 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 già individuati dalla Regione, l'AO mette in atto la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. L'Organismo Paritetico Aziendale si occupa delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale;
- 10) l'AO si impegna a vigilare sistematicamente sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale e sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e sulle relative sanzioni amministrative come da art.1, commi 282 e 284, della Legge n.266/2005;
- 11) l'AO garantisce 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 dal presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sul proprio sito, ovvero campagne informative o ancora tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), la Carta dei Servizi, nonché la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza. Pertanto, l'AO prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute;
- 12) l'AO si impegna, nell'ambito del triennio di vigenza del presente Piano, a potenziare il sistema di CUP aziendale, prevedendo anche l'accesso online che permetta al cittadino la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio, già al termine del primo anno del triennio di vigenza, deve consentire all'utente di:
 - a. favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie;
 - b. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna classe di priorità;
 - c. annullare le prenotazioni effettuate anche attraverso i CUP online;

- d. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito ovvero attraverso sistemi di pagamento elettronici realizzati per rendere più semplice, sicuro e trasparente qualsiasi pagamento verso la Pubblica Amministrazione (PagoPA), in quanto quest'ultimo risulta essere un sistema semplice, standardizzato, affidabile e non oneroso per la Pubblica Amministrazione e più in linea con le esigenze dei cittadini. Si precisa che il sistema PagoPA è stato realizzato dall'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) in attuazione dell'art. 5 del Codice dell'Amministrazione Digitale e del D.L. 179/2012, come convertito in legge;
 - e. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - f. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
- 13) l'AO effettua il monitoraggio delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera come previsto dalla normativa vigente e trasmette sistematicamente i flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi di attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa (vedi Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato A).

ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PRGLA sono quelle riportate di seguito. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva.

Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, **il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e dal Ministero della Salute 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 (vedi Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato A).

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

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio aziendale sarà esteso anche alla classe P.

Nelle procedure di 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:

Tempi Massimi che devono essere garantiti al 90% dei richiedenti per le prestazioni con codice B e D.

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni^(*).

^(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con classe U (Urgente).

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.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	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	MDC		
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della 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	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
<i>Altri esami Specialistici</i>			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio	45.24	45.24

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	flessibile		
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati è previsto l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

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

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, questa AO metterà in atto procedure organizzative tali che al momento dell'inserimento in lista di attesa si deve comunicare al cittadino le informazioni utili al suo ricovero, in particolare sulla classe di priorità e sui relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (ad esempio informazioni circa il pre-ricovero).

Questa AO già attualmente garantisce che ciascun paziente possa richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.

Unicamente il medico proponente, qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, può apportare modifiche all'ordine di priorità.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa questa Azienda, tra gli strumenti operativi, prevede di potenziare i modelli gestionali, già attivati, che garantiscono l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	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	

Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati PDTA in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Questa AO, al fine di garantire il rispetto dei tempi, si impegna, nell'ambito del triennio, sia in ambito cardiovascolare che oncologico, a migliorare l'appropriatezza organizzativa e l'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, attraverso l'individuazione di specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e promuovendone l'erogazione anche attraverso il day service, sulla base delle indicazioni che saranno a tal fine disposte dalla Regione.

Programma Aziendale

Il presente Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale aziendale e individua le modalità organizzative attraverso cui garantisce:

- ✓ i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui alle precedenti tabelle ad almeno il 90% dei pazienti;
- ✓ un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- ✓ la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica attraverso il sistema CUP;
- ✓ le informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa;
- ✓ appropriati rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- ✓ la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali);
- ✓ di mettere in atto specifici interventi per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- ✓ di indicare percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;
- ✓ l'adozione di percorsi di garanzia.

MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, l'AO si impegna a garantire i seguenti monitoraggi:

- A. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- B. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- C. Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- D. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- E. Monitoraggio dei PDTA in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;

- F. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata;
- G. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria nel sistema CUP.

I dati relativi al monitoraggio saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

Si precisa, infine, che al fine di migliorare la gestione e le modalità organizzative connesse alle liste di attesa, periodicamente questa Azienda provvederà a produrre specifici report sui flussi informativi innanzi elencati ed in particolare per il tempo di attesa che, al momento della richiesta di una prestazione, viene prospettato all'utente per l'esecuzione (tipologia ex ante).

A. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità ex post

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa. Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui alla tabella per le classi di priorità B e D. Successivamente (dal 2020) sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in classe P.

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

- ✓ *data di prenotazione*: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta;
- ✓ *data di erogazione della prestazione*: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione;
- ✓ *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);
- ✓ *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;
- ✓ *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;
- ✓ *codice struttura che ha evaso la prestazione*: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Ai fini del presente Monitoraggio, si segnalano le seguenti variazioni alle specifiche tecniche per la compilazione del flusso della specialistica ambulatoriale ex art. 50 del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003 n. 326:

- la valorizzazione del campo "*tipo accesso*" da parte del medico prescrittore diviene obbligatoria;
- la valorizzazione dei campi "*garanzia dei tempi massimi*", "*Data di prenotazione*", "*data di erogazione*" da parte dell'erogatore diviene obbligatoria.

B. Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui alle precedenti tabelle per le classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in classe P, prenotate presso l'Azienda (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato A).

C. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato A).

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Inoltre, il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, recante "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380", ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità. Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati nelle apposite tabelle del presente Piano.

Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla classe di priorità A.

Nello specifico:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano il valore mediano osservato della distribuzione (il quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (cfr. Allegato A). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	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	

D. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

E' ammessa la sospensione dell'erogazione delle attività, purché legata a motivi tecnici. In tali casi l'AO assicura interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni, conformemente agli indirizzi impartiti dalla Regione.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, riprenotazione automatica e via preferenziale).

Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.

Quindi, il Responsabile delle Liste di Attesa deve garantire un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

E. Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

F. Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.

G. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

L'AO provvederà nel triennio a potenziare ulteriormente la comunicazione su tempi e liste di attesa, conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa).

Il rafforzamento prevederà la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Attività di controllo

Il responsabile delle liste di attesa deve provvedere a:

- ✓ vigilare sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
- ✓ vigilare 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;
- ✓ coinvolgere e assicurare la partecipazione delle organizzazioni di tutela e diritto alla salute, nelle fasi del monitoraggio.
- ✓ vigilare sul rispetto dei tempi di attesa che deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate in regime istituzionale ed in intramoenia;
- ✓ vigilare sulle modalità di monitoraggio delle prestazioni assistenziali rese in regime ambulatoriale ed in regime di intramoenia, verificando gli scostamenti rispetto ai tempi massimi così come definiti nel presente Piano e proponendo alla Direzione Sanitaria Aziendale le azioni da mettere in atto per la risoluzione delle criticità evidenziate. Parimenti, l'attività di vigilanza e le relative azioni correttive devono essere esercitate anche in ordine all'attività erogata in regime di intramoenia al fine di evidenziare la presenza di critici scostamenti rispetto ai tempi dell'attività istituzionale. Anche in tali circostanze propone alla Direzione Sanitaria le relative azioni correttive;
- ✓ vigilare sulla effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione, quelle relative all'attività istituzionale e alla libera professione intramuraria nel sistema CUP.

