



**Azienda Ospedaliero Universitaria
San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona
Scuola Medica Salernitana**

DELIBERAZIONE N.

35

DEL

13 SET. 2019

- **OGGETTO: PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019/2021 (PRGLA).
RECEPIMENTO INTESA E ADOZIONE DEL PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE
LISTE DI ATTESA 2019/2021 (PAGLA)**

L'anno duemiladicianove, il giorno tredici del mese di settembre , in
Salerno, nella sede dell' AOU "San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona",

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Vincenzo D'Amato, giusta D.P.G.R.C. n. 394 del 06/08/2019

- Visto il D.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;
- Su conforme proposta del Responsabile Aziendale Liste di Attesa

HA ADOTTATO

il seguente provvedimento:

Il Dirigente proponente: Referente Aziendale liste di attesa

PREMESSO

- Che il Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del SSR Campano ha emanato il Decreto n. 52 in data 04/07/2019 avente ad oggetto : 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)

ATTESO

- Che il predetto Decreto prevede una serie di adempimenti e di obiettivi in capo alle Aziende Sanitarie per gli anni 2019-2021

VISTO

- Che le Aziende Sanitarie devono recepire la su indicata Intesa sul Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021) e adottare un Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PAGLA 2019/2021)

RITENUTO

- Che che il Responsabile Liste di Attesa Aziendale ha predisposto il Piano Aziendale per il Governo delle Liste di attesa 2019/2021 (PAGLA) e lo ha trasmesso con al Sub Commissario Sanitario con nota prot.2019/22106 del 10/09/2019

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è legittimo e utile per il servizio pubblico;

Per tutto quanto in premessa che qui di seguito si

PROPONE DI

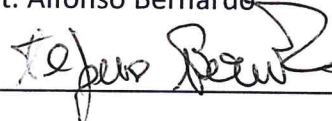
Per tutto quanto innanzi rappresentato e che qui si intende per integralmente richiamato:

- di **RECEPIRE** il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019/2021)
- Di **ADOTTARE** il Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019/2021), parte integrante e sostanziale della presente Delibera

- Di **TRAMETTERE** copia della presente al Commissario ad acta Regione Campania, alla Direzione Generale della Tutela della Salute della Regione Campania, alla UOC Affari Generali, alle Direzioni Mediche di Presidio, all'UOC Gestione Economico-Finanziario, all'UOC Gestione Risorse Umane;
- trasmettere la presente deliberazione al collegio Sindacale agli effetti di legge;
- dare immediata eseguibilità al presente provvedimento

IL DIRIGENTE PROPONENTE
REFERENTE AZIENDALE LISTE DI ATTESA

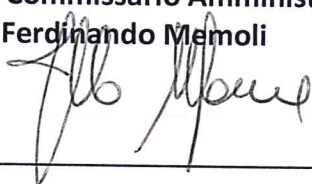
Dott. Alfonso Bernardo



Acquisiti i pareri favorevoli del Commissario Amministrativo Aziendale e del Commissario Sanitario Aziendale, che sottoscrivono per conferma:

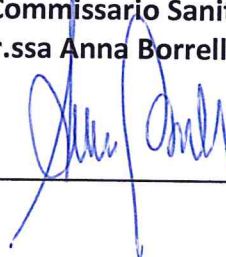
Il Sub Commissario Amministrativo Aziendale

Dr. Ferdinando Memoli



Il Sub Commissario Sanitario Aziendale

Dr.ssa Anna Borrelli



IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

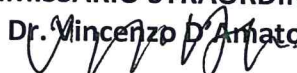
Per tutto quanto innanzi rappresentato e che qui si intende per integralmente richiamato:

DELIBERA

- di **RECEPIRE** il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019/2021)
- Di **ADOTTARE** il Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (PRGLA 2019/2021), parte integrante e sostanziale della presente Delibera
- Di **TRAMETTERE** copia della presente al Commissario ad acta Regione Campania, alla Direzione Generale della Tutela della Salute della Regione Campania, alla UOC Affari Generali, alle Direzioni Mediche di Presidio, all'UOC Gestione Economico-Finanziario, all'UOC Gestione Risorse Umane;
- ~~trasmettere la presente deliberazione al collegio Sindacale agli effetti di legge;~~
- dare immediata eseguibilità al presente provvedimento

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Vincenzo D'Amato





Azienda Ospedaliero - Universitaria

***“San Giovanni di Dio e Ruggi
d’Aragona”***

***Scuola Medica Salernitana
Salerno***

Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa

2019 - 2021

Redatto da
Responsabile Liste di attesa
Dr. Alfonso Bernardo

Verificato
Sub Commissario Aziendale
Dr.ssa Anna Borrelli

Approvato
Commissario Straordinario
Dr. Vincenzo D'Amato

Sommario

QUADRO NORMATIVO NAZIONALE	4
QUADRO NORMATIVO REGIONALE.....	5
QUADRO NORMATIVO AZIENDALE.....	5
PREMESSA.....	6
LINEE GENERALI DI INTERVENTO	8
AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA.....	8
QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ.....	8
CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	9
CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO	10
OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ	12
SISTEMA CUP.....	14
RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA.....	14
REGOLAMENTAZIONE DEL MONITORAGGIO E DELL'OFFERTA.....	15
PRESTAZIONI GARANTITE.....	16
FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI	16
PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI	25
MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI.....	27
ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE	30
PROCEDURE DI RICOVERO	29
AGENDE DEI RICOVERI	32
ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO	31
MONITORAGGIO EX ANTE DEI TEMPI DI ATTESA	31
MONITORAGGIO EX POST DEI TEMPI DI ATTESA.....	31
MONITORAGGIO DEI RICOVERI PROGRAMMATI	31
 ALLEGATI	 33

ALLEGATO A	GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA	34
ALLEGATO B	FLUSSI: MONITORAGGIO E TRASMISSIONE	44
ALLEGATO C	REGOLAMENTO AZIENDALE.....	



QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

- Legge 23.12.94 n. 724
 - D.P.C.M. 19.05.95
 - Legge 23.12.96 n. 662
 - Legge 27.12.97 n. 449
 - D.Lds 29.04.98 n. 124
 - D.P.R. 23.07.98
 - D.Lgs.19.06.99 n. 229
 - DPCM 27.03.00
 - Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001
 - DPCM 29.11.2001
 - Accordo Stato Regioni 14.02.2002
 - DPCM 16.04.02
 - Accordo Stato Regioni 11.07.2002
 - Legge 27.12.2002 n. 289
 - DPR 23.05.2003
 - Accordo Stato Regioni 24.07.2003
 - Legge 23.12.05 n. 266
 - Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006
 - D.M. 8 luglio 2012 n.135
 - Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010
 - Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010 sull'attività libero professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari
 - Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
 - D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012
 - Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019
-
-



QUADRO NORMATIVO REGIONALE

- D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001
- D.G.R. n. 3513 del 20.07.01
- D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001
- D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002
- D.G.R. n.2079 del 13.06.2003
- D.G.R.C. n. 3142/03
- Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa"
- DGRC 1168 del 2005
- DGRC n.236 del 21.03.2005
- DGRC 1280 del 7/10/2005
- Nota circolare prot. n. 216050 del 28.03.06
- Legge n. 1 del 02/03/06
- Delibera 170/2007 ed adozione PACTA aziendali
- Delibera Giunta Regionale 484 del 4/10/2011
- Delibera Giunta Regionale 271 del 12/6/2012
- DCA n.34 del 08/08/2017
- DCA n. 95 del 05/11/2018
- Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019
- DCA N. 52 del 4/7/2019

QUADRO NORMATIVO AZIENDALE

- Delibera n° 882 del 29/09/2014 Regolamento Aziendale ALPI
- Delibera n°594 del 11/07/2017 di adozione del Decreto 34 8/8/2017



PREMESSA

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

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 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.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 la Regione ha recepito l’Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Con lo stesso DD 93/2019 ha promosso quale strumento di governo della domanda, il modello RAO Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con la DCA N. 52 del 4/7/2019 avente ad Oggetto “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)” la Regione ha redatto il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), in applicazione del PNLGA, con l’obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino. Esso è rivolto principalmente alla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell’equità d’accesso alle prestazioni.

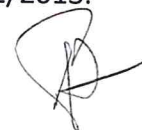


Storicamente le liste di attesa sono un problema complesso e di difficile approccio. L'aumento dell'offerta *tout court*, infatti, attenua o risolve il problema del tempo di attesa solo nel brevissimo periodo, mentre nel medio o lungo termine può sortire l'effetto contrario a causa di un incremento di domanda inappropriata indotto dallo stesso incremento di offerta.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve, quindi, necessariamente, contemplare differenti aspetti. Il primo è quello della verifica dell'appropriatezza ed in questo senso il piano aziendale sui tempi di attesa deve affiancarsi al piano dei controlli. L'altro è quello della migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte delle strutture, anche questa regolamentata e verificata con opportuni controlli e indicatori di produttività.

Altro strumento utile al contenimento dei tempi di attesa è rappresentato dall'attività del Centro Unico Prenotazioni (CUP) nel cui sistema viene ad essere ricompresa anche la gestione dell'attività libero-professionale.

Il presente Programma Attuativo, confermando l'impronta di cui al PNGLA apporta le modifiche approvate nella Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019 ed esplicitate con il DCA Campania n° 52/2019 e sostituisce il testo integrato del programma approvato con la Deliberazione n° 1092/2013.



LINEE GENERALI DI INTERVENTO

AMBITI DI GARANZIA

L'AOU San Giovanni di Dio e Ruggi d' Aragona garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra **tutte** le strutture che nell'ambito aziendale la effettuano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia degli standard di qualità.

L'Azienda, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale.

Per garantire la massima trasparenza, sul portale web sono riportate sia le strutture aziendali eroganti sia le indicazioni per la attribuzione delle classi di priorità sia i tempi di attesa registrati nel mese precedente.

Attraverso gli sportelli CUP Aziendali, le farmacie convenzionate, il call center è anche possibile conoscere per ciascuna prestazione ambulatoriale la prima disponibilità nell'ambito aziendale. Inoltre l'Azienda partecipa al monitoraggio regionale dei tempi di attesa assicurando i flussi previsti dalla Piattaforma regionale gestione liste di attesa e dall'Agenas per le prestazioni libero-professionali.

QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ

Il quesito diagnostico deve essere applicato a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Inoltre è obbligatoria, da parte dei medici prescrittori, la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità limitatamente alle prescrizioni di primo accesso (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, si considerano primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico).

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio in merito da parte delle



Aziende Sanitarie. A tal fine tutte le agende nel sistema CUP sono ripartite in classi e in esse vengono distinte le prestazioni di *primo accesso* e *accesso successivo*.

CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il tempo di attesa correlato con la classe di priorità prescritta viene calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione delle classi di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni del 21 febbraio 2019 e nel PNGLA 2019-2021 è articolata come di seguito:

- *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 un arco temporale massimo di 180 giorni e dal 1/1/2020 entro 120 giorni*

I criteri che sottendono l'individuazione delle suddette classi di priorità, si riportano qui di seguito:

- *Classe U prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;*
- *Classe B prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;*
- *Classe D prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità;*
- *Classe P prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.*

Le linee guida che, utilizzando criteri clinici, consentiranno al medico prescrittore l'individuazione delle classi di priorità sono riportate, per completezza, nell'allegato RAO.

~~Il medico prescrittore è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo l'inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole.~~



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

La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura o di una data specifica, comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa previsto dalla Classe di priorità. Tale scelta viene registrata al CUP e riportata sul foglio di prenotazione consegnato all'utente insieme alla data della prima disponibilità rifiutata.

CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

In conformità a quanto definito nel citato Accordo Stato Regioni le classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o in cui ulteriore ritardo possa recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità ma che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possano, 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 che non manifestino tendenza ad aggravarsi né possano per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita nei casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro 12 mesi.

Nell'ottica del perseguimento del miglioramento in senso lato e di quello dell'appropriatezza in senso specifico, su indicazione della Commissione di esperti di cui alla Del.1347/2012, viene riconsiderata la tabella inerente i livelli di priorità per ricoveri, segnatamente per quelli di tipo medico. Tale tabella, infatti, è stata elaborata per i ricoveri chirurgici e temporaneamente usata come riferimento anche per i ricoveri medici.



Risulta quindi opportuno, nel caso di ricoveri di tipo medico, tener conto delle peculiarità squisitamente mediche in grado di influenzare la prognosi e considerare le concomitanze di fragilità e/o di altre patologie potenzialmente condizionanti il decorso di quella principale. Tutto ciò alla luce dei sette elementi già previsti dal sopra citato documento della Conferenza Stato Regioni del 2002, e di quanto affermato dall'OMS che sostiene non possano essere discriminanti, nell'assegnazione di priorità, il sesso, lo stato sociale o l'età, a meno che tali condizioni non comportino la presenza di patologie associate in grado di peggiorare la prognosi, ed in tal caso vanno valutate come tali per l'inserimento in lista.

I criteri seguiti sono:

- Severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
- Prognosi (quoad vitam, quoad valitudinem);
- Tendenza al peggioramento a breve;
- Presenza di dolore e/o deficit funzionale;
- Implicazioni sulla qualità della vita;
- Casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
- Speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore,

Nelle Schede di Dimissione Ospedaliera è indicata la data di prenotazione e la classe di priorità in ottemperanza al Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n.6 del 17. 01.2011 ed alla D.G.R.C. n.277 del 21.06.2011 e s.m.i.



PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ

Tra le strategie attuabili per razionalizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ai fini della riduzione dei tempi di attesa, quello che il Piano Nazionale Liste di Attesa intende privilegiare è la differenziazione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza. Tale obiettivo, perseguibile mediante l'integrazione dell'attività dei medici prescrittori con quella dei medici erogatori, è realizzato innanzitutto con la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, in conformità alle indicazioni definite dal PNGLA, a seconda della tipologia prestazionale, limitatamente alle prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio. Il tempo di attesa individuato dalla classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione utilizzata è stata riportata nel paragrafo precedente. La scelta della classe di priorità effettuata dal medico prescrittore dovrà essere confermata con l'apposizione della biffatura nell'apposito spazio. L'apposito campo, presente nella procedura del sistema CUP, verrà utilizzato per la verifica della differenziazione operata dai medici prescrittori.

Indicazioni

La prima visita è quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di "primo accesso".

Per accessi successivi devono intendersi 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 o l'insorgenza di complicanze.

Per quanto attiene alle prestazioni esenti per malattie croniche, la Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 ha precisato che "Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01", ovvero il codice utilizzato per le visite brevi o di controllo. Nella stessa Circolare si precisa che l'assistito "ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della



malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente". Ciò va interpretato nel senso che tutte le visite attinenti, direttamente od indirettamente, alla malattia per la quale vi è l'esenzione, sono da considerarsi come "controllo" ma si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico ed anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l'insorgenza o l'evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale. Diverso è, invece, il caso in cui le visite non sono pertinenti alla patologia prevista per l'esenzione, poiché la Circolare precisa "Qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti."

Quindi sono definiti primi accessi:

le prestazioni di 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 le visite e gli esami strumentali necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico in un paziente cronico.

Sono, invece, accessi successivi:

le prestazioni di controllo richieste come tali, incluse quelle necessarie al monitoraggio di una malattia cronica e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Inoltre il PNGLA e il PRGLA hanno previsto che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. A tal fine l'AOU San Giovanni e Ruggi ha predisposto le agende ed è in attesa delle indicazioni regionali previste al punto E del PRGLA 2019-2021. Infine appare opportuno ricordare che le prestazioni di controllo post-ricovero eseguite nell'ambulatorio divisionale entro 30 giorni dalla dimissione da reparti per acuti sono gratuite, poiché la remunerazione delle stesse rientra nella tariffa del DRG attribuito.



SISTEMA CUP

Il sistema CUP dell'AOU San Giovanni e Ruggi è una realtà operante da molti anni e consente la prenotazione e il pagamento ticket di tutte le prestazioni ambulatoriali gestendo mediamente oltre 600.000 prestazioni per anno.

Esso è pronto all'integrazione nel Centro Unico di Prenotazioni Regionale previsto dalla DCA 52/2019.

Il sistema già consente il pieno rispetto delle prescrizioni di cui alle Linee Guida nazionali di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, per quanto riguarda la trasparenza e la completezza dell'informazione, ed è stato integrato gestendo agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e gestendo anche l'attività libero-professionale.

L'Azienda ha adottato sistema di prenotazione telefonica e ha consentito la prenotazione delle prestazioni sanitarie, anche presso tutte le farmacie convenzionate.

In attesa delle disposizioni regionali, il sistema è già predisposto per consentire la prenotazione diretta da parte dello specialista che ha preso in carico il paziente cronico.

Tutte le prestazioni che sono prenotate e/o accettate dal CUP Aziendale sono monitorate attraverso la reportistica sistema AREAS e vengono anche trasmesse come flusso alla Piattaforma Regionale Liste di Attesa.

Gli indicatori utilizzati sono tratti dalle Linee Guida Nazionali del 27 ottobre 2009 e dal Piano Nazionale Gestione Liste di Attesa 2019-2021 e sono qui omessi per brevità.

RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

L'AOU San Giovanni e Ruggi provvede ad attuare le linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010 successivamente riportate anche nel PNGLA 2019-2021, con agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e con l'estensione del sistema CUP al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica con quello della domanda e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Tali linee guida, elaborate sulla base di quanto prodotto dal Mattone "Tempi di attesa" nell'ambito del programma Mattoni SSN hanno, tra l'altro, uniformato le definizioni e le classificazioni relative ai sistemi di prenotazione delle prestazioni.



Attraverso il sistema CUP si giunge all'integrazione domanda/offerta e tale integrazione è potenziata dalla possibilità di gestire la domanda orientando in tempo reale l'offerta delle prestazioni di attività ambulatoriale.

REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO

La sospensione dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie viene rilevata presso le strutture erogatrici nel momento in cui si verifica l'evento di sospensione dell'erogazione dei servizi che può avvenire solo per una delle seguenti cause:

1. inaccessibilità struttura,
2. guasto macchina,
3. indisponibilità del personale,
4. indisponibilità materiali / dispositivi.

Il Responsabile della Struttura, rilevando la interruzione delle attività di erogazione di qualsiasi prestazione sanitaria provvederà a notificarla immediatamente al Responsabile d Liste di Attesa Azienda che è delegato al monitoraggio delle sospensioni.

I campi del Registro sono quelli previsti dal PNGLA 2019-2021. Per ogni evento di sospensione viene specificato:

- dove è avvenuta la sospensione
- la causa (codificata in accordo alle linee guida sul flusso delle sospensioni)
- la data di inizio della sospensione
- durata espressa in giorni solari
- la prestazione sospesa

Con cadenza semestrale, il referente aziendale, predisporrà il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii. Tale flusso a firma del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Generale sarà inviato alla Regione.

Le sospensioni programmate ed inferiori a trenta giorni non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dall'Azienda e non costituiscono impedimento all'erogazione della prestazione all'assistito nella data prefissata.



Infine, per quanto concerne la sospensione dell'attività di prenotazione si evidenzia che in accordo al comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

PRESTAZIONI GARANTITE

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 tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le prestazioni con classe U (Urgente).

Le prestazioni per le quali secondo il PRGLA vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono:

- 69 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche
- 17 prestazioni di ricovero

FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE

N° prog	Prestazione	Cod. Nomencl	Cod. Branca	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	2	89700.015	VISITA CARDIOLOGICA
				89700.068	VISITA PER IPERTENSIONE
				89700.016	VISITA CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE
	Prima Visita			89700.020	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
2	chirurgia vascolare	89.7	5	89700.070	VISITA PER PIEDE DIABETICO
				89700.011	VISITA ANGIOCHIRURGICA

3	Prima Visita endocrinologica	89.7	9	89700.039	VISITA ENDOCRINOLOGICA
				89700.047	VISITA DIABETOLOGICA PER DIABETE
				89700.033	VISITA DI NUTRIZIONE CLINICA
				89700.037	VISITA DIABETOLOGICA
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89130.002	VISITA NEUROLOGICA
				89130.001	VISITA MALATTIE NEUROMETABOLICHE
5	Prima Visita	95.02	16	95020.001	VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89700.060	VISITA ORTOPEDICA
				89700.017	VISITA CHIRURGICA DELLA MANO
				89700.090	VISITA TRAUMATOLOGICA
				89700.069	VISITA PER OSTEOPOROSI
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89260.001	VISITA GINECOLOGICA
				89260.004	VISITA PRECONCEZIONALE
				89260.005	VISITA URO-GINECOLOGICA
				89260.002	VISITA OSTETRICA
8	Prima Visita otorinolaringoiatri ca	89.7	21	89260.003	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA A RISCHIO
				89700.061	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
				89700.013	VISITA AUDIOLOGICA
				89700.043	VISITA FONIATRICA
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89700.091	VISITA UROLOGICA
				89700.009	VISITA ANDROLOGICA
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89700.022	VISITA DERMATOLOGICA
				89700.025	VISITA DERMATOLOGICA PSORIASI
				89700.026	VISITA DERMOCIRURGICA
				89700.024	VISITA DERMATOLOGICA PER IMMUNOPATOLOGIA
11	Prima Visita fisiatrice	89.7	12	89700.041	VISITA FISIATRICA
				89700.074	VISITA PER VALUTAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA
				89700.073	VISITA PER PROGRAMMA PROTESICO
				89700.042	VISITA FISIATRICA AUTORIZZATIVA
				89700.078	VISITA RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
				89700.072	VISITA PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE
12	Prima Visita gastroenterologic a	89.7	10	89700.044	VISITA GASTROENTEROLOGICA
				89700.088	VISITA TRAPIANTOLOGICA (EPATOLOGIA)
				89700.032	VISITA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE
				89700.040	VISITA EPATOLOGICA
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89700.058	VISITA ONCOLOGICA
				89700.023	VISITA DERMATOLOGICA ONCOLOGICA
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89700.034	VISITA DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA
				89700.075	VISITA PNEUMOLOGICA

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Diagnostica per Immagini				
N° progr	Prestazione	Codice Nomencl	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87371.001	RX MAMMOGRAFIA BILATERALE
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87372.001	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX
			87372.002	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX
17	TC del Torace	87.41	87410.001	TC DEL TORACE
			87410.002	TC DEL TORACE HR
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87411.001	ANGIO TC DEL TORACE SENZA E CON MDC
			87411.002	TC DEL TORACE, SENZA E CON MDC
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88011.001	TC ADDOME SUP
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88012.001	TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC
			88012.002	ANGIO TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC (COMP AORTA ADDOMINALE)
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88013.001	TC ADDOME INF
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88014.001	ANGIO TC ADDOME INF, SENZA E CON MDC (COMP ART ILIACHE)
			88014.002	TC ADDOME INF, SENZA E CON MDC
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88015.001	TC ADDOME COMPLETO
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88016.001	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC
			88016.002	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER COLONSOPIA VIRTUALE
			88016.003	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER URO-TC
25	TC Cranio — encefalo	87.03	87030.001	TC CRANIO (COMP SELLA TURCICA E ORBITE)
			87030.002	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
			87030.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
			87030.004	TC DEL CAPO NAS
			87030.005	TC ENCEFALO

26	TC Cranio — encefalo senza e con MDC	87.03.1	87031.001	ANGIO TC CRANIO SENZA E CON MDC
			87031.002	TC CRANIO SENZA E CON MDC
			87031.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
			87031.004	TC DEL CAPO, SENZA E CON MDC NAS
			87031.005	TC ENCEFALO SENZA E CON MDC
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88381.001	TC RACHIDE CERVICALE
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88381.002	TC RACHIDE DORSALE
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88381.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACROCCIGE
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88382.001	TC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88382.002	TC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88382.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88385.001	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88911.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
			88911.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
			88911.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO

35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88912.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
			88912.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO SENZA E CON MDC
			88912.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88954.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88955.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC
38	RM della colonna in toto	88.93	88930.001	RM RACHIDE CERVICALE
			88930.002	RM RACHIDE DORSALE
			88930.003	RM RACHIDE LOMBOSACRALE
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88931.001	RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
			88931.002	RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
			88931.003	RM RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88714.001	ECOGRAFIA COLLO
			88714.002	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI
			88714.003	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88723.001	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO
			88723.002	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO DOPO PROV FISICA O FARMACOLOGICA
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88735.001	ECO(COLOR)DOPPLER TSA A RIPOSO
			88735.002	ECO(COLOR)DOPPLER TSA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA

43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88741.001	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE
			88741.002	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI
			88741.003	STUDIO ECOGRAFICO REFLUSSO GASTROESOFAGEO
			88741.004	STUDIO ECOGRAFICO TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88751.001	ECOGRAFIA ADDOME INF
			88751.002	ECOGRAFIA ADDOME INF CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINZIONALE (RPM)
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88761.001	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
			88761.002	ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESCICA)
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88731.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88732.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA DX
			88732.002	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA SX
48	Ecografia ostetrica	88.78	88780.001	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (1 TRIMESTRE)
			88780.002	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (2 TRIMESTRE)
			88780.003	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (3 TRIMESTRE)
			88780.004	ECOGRAFIA OSTETRICA
			88780.005	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA
			88780.006	ECOGRAFIA TRANSLUCENZA NUCALE
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88782.001	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88772.004	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INF (A RIPOSO)
			88772.005	ECOCOLORDOPPLER ARTER ARTI INF DOPO PROVA FISICA
			88772.025	ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INF
			88772.031	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INF



Altri Esami Specialistici				
N° progr	Prestazione	Codice Nomencl	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45230.001	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DX O PANCOLONSCOPIA
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45420.001	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45240.001	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45130.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45160.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
56	Elettrocardiogramma	89.52	89520.001	ELETTROCARDIOGRAMMA
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89500.001	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89410.001	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89440.001	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
			89440.002	SATE STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95411.001	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
61	Spirometria semplice	89.37.1	89371.001	SPIROMETRIA SEMPLICE
62	Spirometria globale	89.37.2	89372.001	SPIROMETRIA GLOBALE

63	Fotografia del fundus	95.11	95110.001	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO DX
			95110.002	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO SX
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	93081.003	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP DX
			93081.004	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP SX
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	93081.001	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF DX
			93081.002	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF SX
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		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale
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		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale

I tempi di attesa fissati per le sopraindicate prestazioni sono quelli di cui all'Accordo del 21 febbraio 2019 e PNGLA 2019-2021.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, le classi di priorità con i relativi tempi di attesa sono quelli della sottostante tabella.

Prestazioni ambulatoriali (Visite e prestazioni diagnostiche-terapeutiche- riabilitative)	Classi di priorità	Tempi massimi di attesa	- Si riferiscono alle prime visite/accertamenti - Sono esclusi i controlli e gli screening
Tutte le Prestazioni	U	72 ore	Priorità della ricetta del SSN
Visite	B	10 gg	
Prestazioni Strumentali	B	10 gg	
Visite	D	30 gg	
Prestazioni strumentali	D	60 gg	
Tutte le prestazioni	P	120 gg*	

* Fino al 31.12.2019 180 gg.

Tali tempi , oggetto di monitoraggio, devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici aziendali. L'Azienda per assicurare il diritto al tempo massimo per tali prestazioni, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale.



PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI

Le prestazioni in regime di ricovero per cui vengono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa sono:

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 (I)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (I)	53.0x- 53.1x	

(1) Qualora tali prestazioni vengano erogate prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio sarà svolto in tale setting assistenziale.

I tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero sono fissati, in coerenza con quanto indicato nell'Accordo del 21 febbraio 2019 e sono riportati nella tabella seguente:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o in cui ulteriore ritardo possa recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possano 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 che non manifestino tendenza ad aggravarsi né possano per l'attesa ricevere pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita nei casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro 12 mesi.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.



MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI

Il monitoraggio dei tempi di attesa è assicurato dagli indicatori previsti dal PRGLA che, per uso interno all'Azienda, saranno verificati con cadenza mensile per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali e con cadenza semestrale per le prestazioni di ricovero.

Al verificarsi delle condizioni per cui tali indicatori segnalino una tendenza al superamento dei tempi massimi previsti o un superamento in essere, saranno messe in atto le seguenti misure:

- Interventi di overbooking
- Rimodulazione dell'offerta che consenta di spostare la capacità produttiva degli erogatori verso le prestazioni maggiormente richieste anche riducendo il volume di offerta di prestazioni non garantite
- Interventi di pulizia delle liste di attesa.
- Interventi gestionali per l'utilizzo di diverse fasce orarie di erogazione delle prestazioni (previ accordi sindacali)
- 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;
- Acquisto di prestazioni aggiuntive in libera professione a carico della Azienda e. per le quali il cittadino è tenuto a pagare solo la quota di compartecipazione secondo il regime previsto.

Inoltre al fine di ridurre la percentuale di mancata presentazione alla visita senza disdetta si sta provvedendo a rendere operativo o un servizio di Recall. Le misure adottate saranno pubblicate sul sito web dell'Azienda

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

L' AOU San Giovanni e Ruggi, come previsto dalla D.G.R.C. n° 271/2012 e dal D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012, ha attivato le procedure relative alla infrastruttura di rete e il sistema informatico necessario a consentire il collegamento al CUP e la tracciabilità di tutte le prestazioni prenotate, pagate e rese in regime di Libera Professione.

L'infrastruttura consente, secondo le Linee Guida regionali di cui al DCA 95 del 5/11/2018:



- a) l'accesso al Servizio CUP
- b) la prenotazione delle prestazioni
- c) la gestione dell'agenda delle prenotazioni
- d) la registrazione delle prescrizioni
- e) la registrazione dei dati di pagamento con la completa tracciabilità delle transazioni.

L'Azienda::

- Ha già disposto che l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia avvenga esclusivamente tramite apposita lista di prenotazione attraverso le procedure del Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- Provvede a garantire che nel caso l'attività sia intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.
- Verifica che, esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possano 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.
- Favorisce il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.
- Compila, l'apposita scheda-rilevazione, all'uopo predisposta, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione e invia tale scheda ai preposti uffici regionali.

Ogni ulteriore specificazione in merito all'attività Libero professionale è riportata nel Regolamento aziendale attualmente in vigore. Tale Regolamento è allegato a questo Piano.

Si sta provvedendo a redigere il Nuovo Regolamento, alla luce della DCA 95/2019, e una volta deliberato sarà inviato agli organi Regionali preposti.



PROCEDURE DI RICOVERO

AGENDE DEI RICOVERI

Le agende di prenotazione dei ricoveri sono tutte informatizzate, localizzate nelle singole Unità Operative e prevedono per l'inserimento in lista l'attribuzione della classe di priorità. La Responsabilità di tali agende informatizzate è in capo al Direttore delle Unità operative, tutte le agende fanno sono collegate al sistema AREAS Aziendale. Per aprire nuove agende informatizzate di ricovero è necessaria l'autorizzazione del Responsabile aziendale liste di attesa e del Direttore Sanitario Aziendale. Al fine di garantire con maggiore trasparenza la compilazione di tali agende si riportano di seguito i campi da popolare necessariamente.

CAMPI DATI PAZIENTE:

- a) Nome e cognome;
- b) Codice fiscale;
- c) Sesso
- d) Data di nascita
- e) Residenza;
- f) N° Tessera sanitaria
- g) Numero telefono paziente
- h) Persona da informare (nome e telefono)
- i) Diagnosi o sospetto diagnostico;
- j) Classe di priorità
- k) Note cliniche particolari

INFORMAZIONI GESTIONALI:

-
- l) Nome del medico prescrittore;
 - m) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico);
 - n) Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore;
-



- o) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione;
- p) Data prevista per il ricovero;
- q) Data reale del ricovero;
- r) Motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista;
- s) Modalità di accesso (visita ambulatoriale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc).

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero verifica la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente a:

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

Lo stesso medico deve verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

La richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS assume quindi il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; 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 utilizza l'apposita modulistica, predisposta dalla direzione della Azienda e assume la responsabilità delle scelte in merito ad esempio al regime assistenziale o alla classe di priorità.

Nella definizione della modulistica sono previsti, oltre ai campi anagrafici, anche i campi: diagnosi, data proposta di ricovero del MMG, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata, e la chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità.

Lo specialista ospedaliero assume l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

~~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 **la data di inizio del percorso.**



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 in cui viene effettuata la prenotazione) ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste.

Ove la proposta della prestazione sia affidata alle valutazioni di uno specialista ospedaliero, diverso dal medico preposto alla accettazione ed all'inserimento nell'agenda, dovrà essere fornita al paziente una apposita scheda (interna alla struttura) debitamente firmata, che garantisca l'inserimento nel registro di ricovero ordinario.

Il paziente 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 paziente, al momento dell'erogazione della prestazione, dovrà esibire la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG. .

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- 1) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.
- 2) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.
- 3) Monitoraggio ex post delle prestazioni di ricovero erogate in regime istituzionale.
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale ALPI (per conto e a carico dell'utente) intramuraria pura ed intramuraria allargata, effettuato attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>).

- 7) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime libero professionale pura e allargata.

I dati relativi ai monitoraggi sono pubblicati sul portale aziendale.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large loop followed by a series of smaller, connected strokes.

ALLEGATI

- ALLEGATO A GLOSSARIO
- ALLEGATO B FLUSSI : MONITORAGGIO E TRASMISSIONE
- ALLEGATO C REGOLAMENTO ALPI AZIENDALE


A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'R' followed by a vertical line and a small flourish.

Agenda chiusa: Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tale registro è soggetto a verifiche ed 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 della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI) (Rif. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27-3-2000): per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende:

- l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day-hospital, di day-surgery e di ricovero, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe in strutture di altra Azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata;



- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'Azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati;
- le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

Attività libero-professionale intramuraria “allargata”: l’attività svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali, nel rispetto delle norme che regolano l’attività professionale intramuraria. L’atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria ha previsto che “Fino alla realizzazione di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, i Direttori Generali prevedono specifiche disposizioni transitorie per autorizzare il personale della dirigenza sanitaria a rapporto esclusivo ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'azienda sanitaria, studi professionali per lo svolgimento di tale attività, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramurale”(Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000 articolo 7, comma 3).

Classe di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l’accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell’utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B= entro 10 gg;

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.



Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti specifiche. Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

- 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 da 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.

CUP (Centro unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Day Service Ambulatoriale (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Data assegnata per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale: è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale oggetto della prenotazione. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data prevista di inizio dell'erogazione.



Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle preliste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista. Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Data di dimissione: corrisponde alla giornata della dimissione, definita secondo le modalità previste per la compilazione della SDO.

Data di erogazione: è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data di compilazione da parte del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

Data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito aziendale.



Data di refertazione: è la data in cui la struttura erogatrice rilascia il referto. Va precisato che i momenti considerati possono essere diversi:

- data in cui lo specialista predispone il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti;
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato;
- data di ritiro del referto da parte dell'utente, che è una variabile non dipendente dalla struttura per il periodo che intercorre dalla data in cui il referto è effettivamente disponibile a quella del ritiro.

La tipologia e la quantità di date presenti e utilizzabili dipendono, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, dovrebbero però essere disponibili a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile, e la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.

Data del ricovero: la data effettiva del ricovero è quella riportata nella SDO. Se diversa dalla data prevista, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nell'eventuale campo dedicato nella agenda di prenotazione, dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

Erogatore: struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie



locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico e strutture private accreditate.

Garanzia dei tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali 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.

Giorno (o periodo) indice: è il giorno (o l'arco temporale) in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o "ex-ante".

Modalità di prenotazione: in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata che quella su supporto cartaceo.

Modalità di rilevazione ex-ante: consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.

Modalità di rilevazione ex-post: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Numero di persone in attesa: è il numero di persone in attesa della prestazione (ambulatoriale o di ricovero), per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora una data nemmeno approssimativa.



Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di un paziente. Oggetto di rilevazione per i tempi di attesa sono alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il peculiare quadro clinico, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.) e modalità di accesso differenti (direttamente alle strutture dell'emergenza/urgenza, ovvero attraverso richiesta su ricetta rossa del SSN). Con riferimento a quanto previsto dalla legge 120/2007, si definisce come urgente, indicata con il codice U nel campo 16 della ricetta, quella prestazione che, pur presentando caratteristiche di gravità clinica, può essere erogata in tempo differito ed in regime ambulatoriale, comunque entro le 72 ore dalla prescrizione del medico proponente.

Prestazione da garantire: prestazione, contenuta in un elenco nazionale e/o regionale, per la quale si prevede la garanzia dei tempi massimi di attesa (vedi "Garanzia dei tempi massimi").

Percorsi diagnostico-terapeutici: si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei): categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle Classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Ricovero programmato: per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata

rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

Scelta dell'utente: situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituita con il Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato: tempo che intercorre tra la data di registrazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del MMG/PLS e avallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il tempo di attesa, tuttavia, può essere calcolato ex ante, che indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, ovvero ex post, che indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

Tempo massimo di attesa: Rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali.



Tipo di accesso: Per le prestazioni ambulatoriali 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; 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).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso.

0= altra tipologia di accesso.

Per le prestazioni di ricovero indica la tipologia del "regime di ricovero", che può essere ordinario o diurno.

Per tutti i ricoveri in regime ordinario, viene indicato il tipo di ricovero, per distinguere i ricoveri programmati dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, che definisce la modalità di accettazione è il seguente:

1. ricovero programmato, non urgente;
2. ricovero urgente;
3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4. ricovero programmato con pre-ospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso (Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2 ricovero urgente.

Per i ricoveri in regime di day hospital il campo tipo di ricovero non è necessario in quanto, in questo caso, il ricovero è sempre programmato.

Volumi erogati: si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria

allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l'attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di screening e quelle erogate presso le strutture private accreditate.





Ministero della Salute



Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019- 2021)

**Linee guida sulle modalità di
trasmissione e rilevazione dei flussi
per i monitoraggi dei tempi di attesa**

**Monitoraggio ex post delle
prestazioni ambulatoriali.**

**Monitoraggio ex ante delle
prestazioni ambulatoriali.**

**Monitoraggio ex post dei tempi di attesa
per ricoveri programmati.**

**Monitoraggio delle sospensioni delle
attività di erogazione delle prestazioni
specialistiche ambulatoriali.**

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA PNGLA 2019-2021

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggio dei tempi di attesa

1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del Monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. L'elenco sarà progressivamente incrementato.

Il Ministero della Salute rende disponibile all'interno del Cruscotto NSIS – Indicatori LEA, una sezione dedicata al Monitoraggio dei Tempi di attesa. Nella predetta sezione potranno essere consultati i report relativi alla qualità delle informazioni utili al Monitoraggio dei Tempi di attesa.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno le Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di Monitoraggio.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/03 per il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del Monitoraggio stesso.

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

Data di prenotazione: data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione ed effettua la prenotazione.

Data di erogazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

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.

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro

72 ore) B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni.

strumentali) P= programmata (con tempistica:

120gg)(*)

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



La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.

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).

Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate nella singola ricetta.

Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, coerente con la codifica utilizzata nel modello STS.11. Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Garanzia dei tempi massimi: indica le situazioni per le quali il cittadino 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 il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso.

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.

In riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA vigente, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.



Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali.

Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sotto indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato di seguito, da compilarsi per ciascun erogatore, e da trasmettersi unitamente ad un file di riepilogo regionale. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice, e trasmesse al Ministero della Salute. Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:

una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNGLA 2019-2021 (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione. Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.



Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio ex ante sono:

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 conto e a carico del SSN	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 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) relativo al trimestre di riferimento

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 prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021
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 entro i tempi massimi di attesa, 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 che devono essere garantite dal SSR, 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 entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità D	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.
% 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



Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
ASL	<i>Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase I)</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	<i>Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)</i>

[illegible]

2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati

Ambito della rilevazione

Il Monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii."

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la 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 (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile. 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%.

Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 (gg)		
	I quartile	II quartile	III quartile
1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA	67,0	74,5	86,1
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA	43,9	50,8	58,8
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON	81,6	86,7	91,5
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO	64,7	77,8	83,3
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO	76,8	83,5	87,2
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA	80,2	89,1	92,9
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE	65,0	68,1	76,6
8 - BYPASS AORTOCORONARICO	79,7	84,9	91,8
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	54,9	61,0	70,1
11 - Intervento PROTESI d'ANCA	54,7	66,7	74,5
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE	70,4	78,4	89,3
13 - Colectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14 - Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15 - Biopsia cutanea del fegato	92,5	94,0	95,5

16 - Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17 - Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1

Note per il calcolo:

1. Criteri di eleggibilità

Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche elencate nella tabella di seguito.

2. Criteri di esclusione

- Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.



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	

Fonte dati: Flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

I campi del tracciato SDO necessari per il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Codice istituto di cura: indica il codice della struttura dalla quale è dimesso il paziente (compresi gli stabilimenti).

2. Regime di ricovero: il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Valori ammessi:

1 = Ricovero ordinario

2 = Ricovero diurno (day-hospital/daysurgey)

4. Data di prenotazione: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

5. Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nel DM 8/7/2010

n.135. Valori ammessi:

- 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 da 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.

6. Data di ricovero: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

7. Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri in urgenza e dai trattamenti sanitari obbligatori. I valori ammessi per il campo sono i seguenti:

1 = ricovero programmato, non urgente;

2 = ricovero urgente;

3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;

5 = parto non urgente



N.B. Saranno sottoposti a monitoraggio solo i casi con il campo Tipo di ricovero valorizzato =1 (ricovero programmato non urgente) o = 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione). Sono esclusi dal Monitoraggio i casi con il campo valorizzato = 2 (ricovero urgente) o = 3 (ricovero TSO) o = 5 (parto non urgente).

8. Intervento Principale e Interventi Secondari: indicano gli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche principali e secondarie effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i.. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico-terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2018-20 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In alcuni casi, puntualmente specificati nella tabella 1, il codice dell'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica dovrà essere associato a specifico codice di diagnosi che, qualora non altrimenti specificato, dovrà essere ricercato in tutti i campi dedicati alla codifica delle diagnosi.

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicati nella tabella 1.

Modalità e tempi di trasmissione:
Trimestrali



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 prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1	

Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" sotto riportato. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Si ritiene utile la verifica della messa in atto delle indicazioni da parte delle regioni e province autonome per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni.



Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>			
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>			
Semestre di riferimento				
Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione e	Causa della sospensione e	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

