



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO

Programma Attuativo Aziendale per la gestione delle liste di attesa 2019 – 2021

Premessa	Pag.	3
Riferimenti normativi	Pag.	9
Organizzazione Aziendale deputata all'attuazione del programma	Pag.	13
Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa:	Pag.	15
1. Ambiti e percorsi di garanzia	Pag.	15
2. Quesito diagnostico e classi di priorità	Pag.	17
3. Classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali	Pag.	18
4. Classi di priorità delle prestazioni in regime di ricovero	Pag.	20
Appropriatezza prescrittiva:	Pag.	21
a) Obbligatorietà della classe di priorità e loro monitoraggio	Pag.	21
b) Obbligatorietà del quesito diagnostico per la prescrizione della specialistica ambulatoriale e monitoraggio	Pag.	23
c) Primo accesso, accesso successivo per follow-up e/o controllo	Pag.	24
d) Liste di attesa e raggruppamento di attesa omogenei (RAO)	Pag.	26
Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico-Terapeutico per le patologie oncologiche e cardiovascolari	Pag.	27
Grandi apparecchiature radiologiche	Pag.	29
Ottimizzazione dei servizi	Pag.	29
CUP dell'ASL di Benevento	Pag.	30
Comunicazione e trasparenza	Pag.	32
Sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni e monitoraggio	Pag.	34
Prestazioni garantite di specialistica ambulatoriale	Pag.	36
Prestazioni garantite in regime di ricovero e tempi massimi	Pag.	44
Procedure da attuare in caso di superamento dei tempi massimi previsti	Pag.	46
Attività libero-professionale (ALPI)	Pag.	47
Monitoraggio	Pag.	50
I. Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa	Pag.	50
II. Monitoraggio ex post dei tempi di attesa	Pag.	51
Allegati	Pag.	53
- Glossario		
- Tabelle RAO		
- Flussi: monitoraggio e trasmissione		

P R E M E S S A

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti con il sistema sanitario e, allo stesso tempo, rappresenta anche la prima risposta che egli riceve dal sistema stesso. A tal riguardo sono state emanate un gran numero di norme nazionali e regionali tese a gestire le criticità delle liste di attesa . Alcune disposizioni inerenti ai tempi di attesa sono già presenti da tempo nella normativa; in particolare il DLgs 124/98 (art. 3, comma 10) prevedeva l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alla Regione il compito di definire i criteri generali, ai Direttori Generali delle ASL e delle A.O. la definizione dei tempi. Questo obiettivo rappresenta un punto nodale al fine di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, in quanto definiscono le garanzie che il SSN si impegna ad assicurare ad ogni cittadino, ovvero i servizi e le prestazioni assicurati in modo uniforme su tutto il territorio nazionale nell'ambito della quota capitaria del finanziamento. I LEA hanno una dimensione programmatica e sono un impegno per gli Enti del SSN, Regioni e ASL nei confronti del cittadino/utente.

Il Programma Attuativo Aziendale (di seguito indicato con PAA) della ASL di Benevento della gestione delle liste di attesa per il triennio 2019 – 2021 viene elaborato in base alle innovazioni della recente normativa che disciplinano la materia:

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.

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.

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.

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 PNGLA, 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.

La realizzazione di un PAA costituisce un impegno della ASL che richiede azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente PAA mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Inoltre, la previsione del Piano Nazionale Cronicità, nelle varie realtà regionali, potrà comportare un miglioramento della gestione dei tempi di attesa, in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti. Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.

Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel PAA è:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata di cui al D.M. 2 novembre 2011;
- gli orientamenti delineati in materia di Piano Aziendale Anticorruzione vigente;
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012, e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee Guida Nazionali - sistema CUP e successive integrazioni.

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

Il presente Programma Attuativo Aziendale (PAA) è redatto in base ai seguenti capisaldi:

A. **prevede** il rispetto, da parte delle Azienda Sanitaria Locale, dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni individuate nel PAA

B. **individua** l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi di cui al PNGLA nonché al PRGLA 52/2019.

C. **individua** le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e prevede la possibilità di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità.

D. **conferma** l'obbligo di indicare su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, la Tipologia di accesso e per le prestazioni in primo accesso la Classe di priorità (v. Allegato D del PNGLA 2019/2021_Glossario)

E. **prevedere**, previa emanazione di indicazioni operative da parte della Regione Campania, che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione

A tal fine, l'ASL di Benevento su indicazione regionale adotterà idonee modalità per far sì 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. In tal senso, l'organizzazione aziendale dovrà dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agende, integrate nel sistema CUP e dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente.

F. **contemplare** che i sistemi di prenotazione CUP possano registrare la scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, in modo da distinguere questa situazione da quelle per le quali occorre garantire il rispetto dei tempi d'attesa.

G. **prevedere** che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

H. **alimentare** i sistemi di monitoraggio delle prestazioni connessi al cruscotto di monitoraggio regionale che consentano di orientare i comportamenti prescrittivi

I. **prevedere** la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche ed eventualmente di quelle private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali; tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP, suddivise per Classi di priorità e improntate a criteri di flessibilità.

J. **prevede** i seguenti Monitoraggi:

- Monitoraggio **ex post** delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio **ex ante** delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio **ex post** delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;

- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di eventuali altre aree critiche
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI
- Monitoraggio della presenza sul sito dell'ASL Benevento di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività istituzionale, attività ALPI) nel sistema CUP , di prevedere l'integrazione con le agende dei privati accreditati, previa realizzazione di una rete di connessione al CED aziendale.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale Aziendale.

L. prevedere la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

M. promuovere, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, fermo restando la possibilità da parte dell' Azienda di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico. Il modello RAO: a) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; b) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" (v. Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva)

N. prevedere, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate

O. considerare fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il governo dell'offerta dovrà prevedere la definizione del **fabbisogno** di prestazioni

specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè “primo accesso” e “accesso successivo” (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell’elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

P. **promuove** l’identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all’Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*

Q. **prevedere** altresì l’attivazione di **percorsi di garanzia** per l’accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Azienda mediante specifici accordi con altre strutture sanitarie extra aziendali, preferibilmente presenti nel proprio territorio o, al massimo, in aree limitrofe. Per quanto riguarda gli **Ambiti di Garanzia** esso coincide con il territorio dell’ASL di Benevento.

Il presente Programma Attuativo, redatto in conformità del PNGLA 2019 e recepito ed esplicitate con il DCA Campania n° 52/2019 e parzialmente modificato con il DCA n° 23/2020, sostituisce il precedente Programma Attuativo Aziendale n. 475 del 7 novembre 2019.

Il presente PAA per la gestione delle liste di attesa 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PRGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- ❖ **Legge 23.12.94 n. 724** “ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” - articolo 3, comma 8;
- ❖ **D.P.C.M. 19.05.95** “Carta dei Servizi pubblici sanitari”;
- ❖ **Legge 23.12.96 n. 662** “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”- articolo 1, comma 34;
- ❖ **Legge 27.12.97 n. 449** “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” - articolo 33, comma 1;
- ❖ **D.Lds 29.04.98 n. 124** “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”-articolo 3, commi10-15;
- ❖ **D.P.R. 23.07.98** “Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;”
- ❖ **Circ. Ministero della Sanità prot. n. 100/SCPS/16.14060 9 dicembre 1998;**
- ❖ **D.Lgs.19.06.99 n. 229** “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419”-articolo 15 quinquies, comma 3;
- ❖ **DPCM 27.03.00** “Atto di indirizzo e coordinamento concer4nente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale”;
- ❖ **D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001**, con la quale con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori(Legge 425/96);
- ❖ **D.G.R. n. 3513 del 20.07.01**, con tale delibera la Regione Campania, in applicazione dell’articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha inteso adottare provvedimenti urgenti per il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- ❖ **Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001;**
- ❖ **D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001**, con la quale la regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera,infatti, oltre alla rimodulazione dell’attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l’attività libero professionale, la comunicazione, l’informazione e il monitoraggio;
- ❖ **DPCM 29.11.2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- ❖ **Circolare del Ministero Salute del 13 dicembre 2001;**

- ❖ **Accordo Stato Regioni 14.02.2002** “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- ❖ **D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002**, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
- ❖ **DPCM 16.04.02** “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa”;
- ❖ **Accordo Stato Regioni 11.07.2002** “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- ❖ **Legge 27.12.2002 n. 289** “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”-articolo52, comma 4;
- ❖ **DPR 23.05.2003** ”Piano sanitario 2003-2005”;
- ❖ **D.G.R. n. 2079 del 13.06.2003**, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del16.11.2001;
- ❖ **D.G.R.C. n. 3142/03**, con la quale la regione ha approvato “Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari”, con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
- ❖ **Accordo Stato Regioni 24.07.2003** “Accordo tra il Ministero della Salute,le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;
- ❖ **comma 5 dell’art’50 della L. 326/2003**;
- ❖ **DGRC n.236 del 21.03.2005** “ I percorsi terapeutici per la NAD;
- ❖ **Circolare n. 1 del 19/07/2005 “Liste di Attesa”** con cui vengono disciplinati criteri e modalità, invece, per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- ❖ **DGRC 1168 del 16/09/2005** “ Linee di indirizzo per l’organizzazione dell’attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico “
- ❖ **DGRC 1280 del 7/10/2005** “I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare”

- ❖ **Legge 23.12.05 n. 266** “ Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”- articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- ❖ **Decreto Dirigenziale Regione Campania n. 1 del 02/03/06** recante “ Disposizioni per l’effettivo esercizio del diritto alla salute”, nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.
- ❖ **Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006** “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
- ❖ **Nota circolare prot. n. 216050 del 28.03.06**, in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l’A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile “data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- ❖ **Delibera Regione Campania 170 del 10/02/2007 ed adozione PACTA aziendali**
- ❖ **D.M. 8 luglio 2012 n.135** “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”
- ❖ **Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010** “Linee Guida nazionali del sistema CUP”;
- ❖ **Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010** sull’attività libero professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari;
- ❖ **Delibera Giunta Regionale 484 del 4/10/2011** “Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste di Attesa: recepimento delle Linee Guida Nazionali del Sistema CUP; costituzione della Commissione Tecnica Operativa;
- ❖ **Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012** “Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- ❖ **Delibera Giunta Regionale 271 del 12/6/2012** “Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2012 – 2012”;
- ❖ **D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012;**
- ❖ **DCA n.34 del 08/08/2017** ad oggetto 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);
- ❖ **DCA n. 95 del 05/11/2018** ad oggetto Modifiche ed Integrazioni DCA 60 del 5.7.2018 “Linee di indirizzo regionali per l’adozione dei Regolamenti Aziendali 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.”

- ❖ **Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019** con cui è stata recepita l’Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;
- ❖ **Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019**, 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;
- ❖ **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)”;
- ❖ **DCA N. 23 del 24/01/2020** avente per oggetto: “Modifica ed integrazione del DCA n. 52 del 04.07.2019_Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021);
- ❖ **DCA 25 del 24/01/2020** avente per oggetto: Modifiche ed integrazioni DCA 56 del 04/07/2019 (Linee di indirizzo regionali per l’adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria ...”

ORGANIZZAZIONE AZIENDALE DEPUTATA DELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

L'attuazione del Programma Attuativo Aziendale per la gestione delle liste di attesa è demandata ad una Commissione Aziendale Liste di Attesa nominata dal Direttore Generale costituita da:

- Direttore Sanitario o suo delegato in qualità di Presidente che è garante delle procedure e vigila sulla trasparenza della gestione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie e ne governa e dispone l'applicazione, il controllo e la revisione adeguandone ed ottimizzando le risorse disponibili;
- Un Direttore di Distretto;
- Referente aziendale Assistenza Primaria e Continuità delle cure;
- Referente aziendale Liste di Attesa ed ALPI, con funzioni di programmazione e monitoraggio del Piano, vigilanza sulla appropriatezza della domanda e di analisi delle criticità inerenti l'applicazione del processo;
- Responsabile *del CED*, con funzione organizzativa e di monitoraggio dei processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie e di implementazione dei sistemi informatici, inoltre, fornisce i report ed il supporto informatico per l'analisi ed il governo delle liste di attesa alle strutture aziendali deputate al governo delle liste di attesa;
- Responsabile Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- personale amministrativo di supporto.
- altre professionalità in forza all'Azienda possono essere convocate dal Presidente qualora se ne riscontrasse la necessità fornendo il loro supporto tecnico.

Detta Commissione, nell'ottica della realizzazione di un CUP unificato per le strutture pubbliche ed accreditate preludio al CUP unico regionale, può essere integrata da due rappresentanti, uno per le Strutture Accreditate ambulatoriali e uno per quelle di ricovero; per l'Ospedale Classificato "Sacro Cuore di Gesù" di Benevento e l'IRCCS Maugeri di Telese Terme sono individuati i rispettivi Direttori Sanitari in quanto soggetti erogatori presenti nell'ambito territoriale dell'ASL di Benevento.

Il Direttore Sanitario, in qualità di Presidente della Commissione, favorisce il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute in merito alle liste di attesa.

La Commissione opererà sulle seguenti tematiche:

- Analisi dell'offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie;
- Definisce i percorsi di tutela previsti dall'art. 2 del DCA 23/2020 qualora non venga assicurata l'erogazione della prestazione nei limiti previsti dalla Regione su

segnalazione del Team di Garanzia. Il Team di Garanzia, costituito dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI e dal Comitato Paritetico Aziendale contemplato nell'art. 10 del DCA 25/2020.

- Individuazione, definizione e promozione di modelli organizzativi finalizzati agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa;
- Individuazione e definizione dei principali percorsi-diagnostici terapeutici sulla base di linee guida nazionali, regionali, o delle società scientifiche rispondenti ai criteri della medicina basata sulle evidenze (EBM);
- Individuazione e definizione dei principali criteri e principi dell'appropriatezza prescrittiva;
- Proposte di programmi di formazione, per gli operatori sanitari, finalizzate all'ottimizzazione dei servizi sanitari con offerta di prestazioni variabili in modo da incidere positivamente sulla gestione delle liste di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio dal PNGL e dalla DCA 52/2019;
- Organizzazione ed indirizzi applicativi inerenti gli aspetti gestionali delle attività in grado di consentire l'elaborazione dell'articolata reportistica sulle Liste di Attesa e degli indicatori di performance in accordo a quanto previsto dal Piano regionale per il governo delle liste di attesa.

Le eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione di esperti saranno adottate con atto formale dalla Direzione aziendale.

I Direttori di Distretto applicheranno a livello distrettuale i contenuti del PAA per il governo delle liste di attesa e le indicazioni impartite di volta in volta dal Management Aziendale. Inoltre, attraverso l'analisi dei report periodici delle prenotazioni e delle erogazioni delle prestazioni ambulatoriali, forniti dal CED per singolo Distretto e per singolo punto erogativo, effettuano il monitoraggio dei processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie. In capo ai Direttori di Distretto ricade la responsabilità di pianificare con i Dirigenti Medici e gli specialisti le attività ambulatoriali coordinandosi con il Referente Aziendale Liste di Attesa ed ALPI ed il Responsabile del CED. I Direttori dei Distretti, in base ai dati contenuti nei suddetti report, relazioneranno trimestralmente alla Direzione Sanitaria ed al Referente Aziendale delle Liste di Attesa sulla capacità delle strutture distrettuali di soddisfare la richiesta di prestazioni sanitaria da parte degli utenti in relazione alle risorse strutturali, strumentali e di personale assegnato; segnalando nel contempo eventuali criticità riscontrate e le eventuali azioni da intraprendere.

Con l'approvazione del presente PAA perde di efficacia la Deliberazione del Direttore Generale n. 497 del 30/11/2017 avente per oggetto: "Costituzione Commissione Aziendale Liste D'attesa".

Il DGRC 271/2012 e la DCA 52/2019 prevedono l'individuazione di un Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale. Questa figura risulta necessaria in quanto consente di effettuare un più agevole ed immediato confronto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale, nonché di verificare che tra gli stessi si mantenga

nel tempo un rapporto equilibrato, è necessario che il Referente Aziendale Unico per le liste di attesa si occupi di entrambe. L'art. 2 del DCA 23/2020 prevede, inoltre, che il Referente Unico Aziendale unitamente al Comitato Paritetico Aziendale danno vita al **team di garanzia** attraverso il monitoraggio continuo delle prestazioni erogate in regime istituzionale e libera professione (ALPI).

Qualora per motivi organizzativi si ritenesse di dover mantenere una responsabilità specifica e separata a presidio degli aspetti regolamentari, tecnici ed attuativi dell'attività libero professionale, il Direttore Generale potrà affidare, per quanto concerne l'attività libero professionale, al Referente Aziendale Unico per le liste di attesa esclusivamente il monitoraggio e controllo dei tempi di attesa.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

1. AMBITI E PERCORSI DI GARANZIA

Il DCA 34/2017 prevede che gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza.

Per l'ASL di Benevento l'ambito di garanzia coincide con l'ambito territoriale aziendale. L'ASL garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi tra tutte le strutture (pubbliche e private accreditate) che operano nel comprensorio aziendale di competenza.

L'ASL di Benevento, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del DCA 52/2019, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale. Per facilitare ed aumentare le opportunità di scelta è auspicabile che il CUP Aziendale integri anche i CUP delle strutture accreditate; in questa ottica dovrà essere elaborato e reso operativo un progetto per mettere in rete tutti i CUP delle strutture pubbliche e private accreditate territorialmente.

Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, se non erogate da nessuna struttura sanitaria aziendale (pubblica o accreditata) ovvero se l'Azienda non è in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti, dovranno essere definiti specifici accordi con altre strutture sanitarie extra aziendali, preferibilmente presenti nel proprio territorio (AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) o, al massimo, in aree limitrofe (cd. "Percorsi di Garanzia").

La Direzione Generale della ASL presta particolare attenzione e dà assoluta priorità all'attivazione degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) aventi ad oggetto le 69 (di fatto diventano 65 perché quattro prestazioni non sono presenti nel nomenclatore regionale) prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui al

comma 3.1 DCA 52/2019), rispetto alle quali sia stata indicata dal medico prescrittore la classe di priorità B (Breve, entro 10 giorni) o D (Differibile, entro 30/60 giorni), qualora con le sole strutture aziendali non sia possibile garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti.

Per le prestazioni di cui all'art. 3.1 del DCA 52/2019 per le quali non si riesca a garantire il rispetto dei tempi massimi la ASL di Benevento attiverà i seguenti percorsi di garanzia con le seguenti azioni:

- 1) **apertura delle strutture distrettuali** nelle ore serali e durante il fine settimana al fine di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica.
- 2) **reclutamento del personale.** L'ASL non gestisce nessun Presidio Ospedaliero. I medici dipendenti a tempo pieno svolgono attività in discipline che non impattano sui tempi di attesa delle prestazioni oggetto del monitoraggio; pertanto, nel prevedere l'ampliamento delle ore di apertura si rende necessario reclutare il personale medico secondo le seguente modalità:
 - a. prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale 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 e di impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate (art. 55 CCNL 8/6/2000, integrato dall'art. 14 comma 6 ed art. 18 CCNL del 3/11/2005, lettera F in materia di continuità assistenziale pag. 23 e art. 2 lettera E DGRC 214/2007 – attività ad integrazione di quella istituzionale, DCA 56/2019 LINEE DI INDIRIZZO ALPI All. A, art. 2; Orientamenti Applicativi ARAN All. 1277 del 3.12.2015);
 - b. convenzione con strutture sanitarie pubbliche regionali per l'utilizzo di medici dipendenti a tempo pieno presso gli ambulatori dell'ASL di Benevento;
 - c. autorizzazione al plus orario degli specialisti ambulatoriali come previsto dal comma 5 dell'art. 27 del Contratto Collettivo del 2015: “ Qualora sia necessario superare occasionalmente l'orario di servizio, anche a richiesta dello specialista ambulatoriale o del professionista ed al fine di ricondurre le liste d'attesa a parametri nazionali, l'Azienda può autorizzare il prolungamento, indicandone le modalità organizzative e previo assenso dell'interessato.”
- 3) **utilizzo della TAC** presso il S.P.S di Cerreto Sannita per almeno l'80% della capacità operativa. Monitoraggio dell'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche delle strutture di radiologia che operano in regime di accreditamento nell'ASL di Benevento.
- 4) **aggiornamento degli ambiti territoriali di garanzia** per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del

territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Attualmente l'ASL di Benevento, per i parametri suddetti, ha definito solo un **Ambito di Garanzia** che coincide con il territorio dell'ASL di Benevento.

- 5) **Ambito di Garanzia con Aziende limitrofe e convenzionamento con strutture accreditate.** Qualora le azioni previste dalle Aziende Sanitarie nei propri Piani Attuativi dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione del CUP regionale con l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, viene messo in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente; in questo modo, le prestazioni "di che trattasi" potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici determinati ed erogati dalla Regione. Per tale ultima eventualità è da incoraggiare l'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale.
- 6) **legge Balduzzi.** Utilizzo del fondo del 5% per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa (es: appropriatezza prescrittiva, gestione delle patologie croniche in base a linee guida prestabilite, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)).

Al cittadino che accede ai suddetti percorsi di garanzia è richiesto, se non esente, solo la partecipazione al costo (ticket).

2. QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ

L'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta, sulla base di criteri clinici condivisi, costituisce elemento essenziale ed imprescindibile per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Infatti, sin dal lontano 2012 la DGRC n. 271/2012 richiedeva l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.

La DGRC n. 271/2012 e la DCA 34/2017 esigono che tutte le impegnative riportino le classi di priorità (descritte in altra sezione del presente PAA) e che esse debbano essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di

ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite di primo accesso e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Si ribadisce, pertanto che è obbligatorio, da parte dei medici prescrittori, la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità limitatamente alle prescrizioni di **primo accesso, inteso come :**

- 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;
- nel caso di paziente cronico, si considerano primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Le classi di priorità permettono l'implementazione di un sistema di prenotazione del CUP (Centro Unico di Prenotazione) in cui le singole agende di prenotazioni sono organizzate per classi di priorità al fine di garantire la tempistica di erogazione delle prestazioni.

L'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva consente all'ASL di effettuare un sistema di monitoraggio sull'erogazione delle prestazioni nei tempi previsti dal PNGL 2019-2021 e dal DCA52/2019. 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 sia per l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI (Attività Libero-Professionale Intramuraria).

La classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre, pertanto deve essere erogata nell'arco temporale di 180 giorni che, a partire al 1 gennaio 2020, verrà ridotto a 120 giorni.

Qualora il medico prescrittore non biffa la classe di all'indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, fermo restando l'obbligo del prescrittore di applicare con rigore le indicazioni cliniche espresse nei provvedimenti normativi di riferimento.

3. CLASSI DI PRIORITÀ DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Per le prestazioni erogate a carico del SSR il tempo di attesa, correlato con la classe di priorità indicata dal prescrittore, viene calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione delle classi di priorità, previste per tutte le prestazioni ambulatoriali che il SSN deve garantire, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni e nel PNGLA 2019-2021, a sua volta riportata nella DCA 52/2019, viene di seguito riportata:

- **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

Le prestazioni ambulatoriali, prescritte per classe di priorità, presentano i seguenti elementi distintivi e tempi di erogazione:

- 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.

I prescrittori delle prestazioni ambulatoriali per individuare al meglio la classe di priorità di ogni singola prestazione possono avvalersi delle linee guida appositamente elaborate. Tra queste assume particolare rilevanza il RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei) per priorità clinica.

Lo scopo è quello di descrivere alcuni passi operativi orientativi, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione-prenotazione-erogazione fra le diverse Regioni/PA e loro articolazioni organizzative, che partecipano al progetto Agenas sulla diffusione di priorità cliniche condivise. La procedura si applica alle prestazioni erogate in attività specialistica ambulatoriale (utenti non ricoverati) presso le strutture specialistiche aziendali e prescritte da medici di famiglia o medici specialisti.

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.

4. CLASSI DI PRIORITÀ DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

L'ASL di Benevento a seguito dell'annessione del Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria de' Liguori" di Sant'Agata dei Goti all'Azienda Ospedaliera "Gaetano Rummo" di Benevento per effetto del DCA n. 54/2017 della Regione Campania, con decorrenza 1° gennaio 2018, ha perduto l'unico Presidio Ospedaliero a gestione diretta che aveva.

L'azione dell'ASL di Benevento sarà rivolta al monitoraggio delle prestazioni ospedaliere erogate dalle strutture ospedaliere accreditate e alla elaborazione di percorsi integrati con A. O. San Pio di Benevento al fine di garantire al cittadino della provincia di Benevento il rispetto delle classi di priorità come definito nel citato Accordo Stato Regioni.

Le classi di priorità per le prestazioni di ricovero sono:

- **Classe A:** Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o in cui ulteriore ritardo possa recare grave pregiudizio alla prognosi.
- **Classe 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.
- **Classe 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.
- **Classe D:** Ricovero senza attesa massima definita nei casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro 12 mesi.

I criteri seguiti per assegnare una classe di priorità per un ricovero 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.

A questi criteri devono essere considerate anche la patologia neoplastica e le patologie croniche in fase di acuzie o scompenso (patologie cardiache, diabeiche, renali ed ecc. n fase di scompenso).

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri attraverso le Schede di Dimissione Ospedaliera (**SDO**) è possibile grazie alla indicata della data di prenotazione, introdotta con il Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 6 del 17. 01.2011 e s.m.i..

L'ASL di Benevento ha in dotazione il QuaniSDO, programma dedicato per il controllo e la gestione delle SDO trasmesse attraverso file A dalle strutture di ricovero del proprio ambito territoriale ad eccezione dell'A.O. San Pio.

Appropriatezza prescrittiva: a) Obbligatorietà della classe di priorità e loro monitoraggio

L'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta, sulla base di criteri clinici condivisi, costituisce elemento essenziale ed imprescindibile per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa.

La DGRC n. 52/2019 ha previsto, infatti, in coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2019-2021, che le classi di priorità debbano essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la cd. biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni di primo accesso.

Allo stesso modo, la DGRC n. 271/2012 aveva richiesto l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.

Il recente passaggio alla ricetta dematerializzata, di cui al DM 2/11/2011, ha reso obbligatori il campo del quesito diagnostico per tutte le prestazioni ed i campi della tipologia di accesso e delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio dal nuovo PNGLA 2019-2021.

In questo senso, la Direzione Generale dell'ASL di Benevento è impegnata a promuovere e a divulgare tali pratiche presso i medici prescrittori, verificandone l'effettivo e diffuso rispetto anche sulle ricette rosse, in prima istanza, quantomeno sulle prescrizioni delle 69 prestazioni ambulatoriali (di fatto sono 65 perché 4 prestazioni previste nel PNGLA non sono presenti nel nomenclatore delle visite specialistiche ambulatoriali della Regione Campania) e le 17 prestazioni di ricovero programmato.

L'utilizzo nella pratica prescrittiva dell'indicazione del grado di urgenza della prestazione richiesta, oltre alla segnalazione del quesito diagnostico, consentirà ai sistemi di prenotazione di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate anch'esse per classi di priorità.

Per la classificazione si rimanda alla sezione precedente.

La ASL di Benevento configura le agende di prenotazione in relazione alle "classi di priorità" in modo da garantire il tempo massimo di attesa per il 90% delle prenotazioni con Classi di Priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione dei flussi informativi – Allegato B del PNGLA 2019/2021).

Si ribadisce che la **Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi**.

A decorrere dal 1° gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P da eseguirsi da tale data entro 120 giorni (180 giorni fino al 31/12/2019).

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

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

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni*

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

Per il monitoraggio delle classi di priorità si fa riferimento a specifiche informazioni presenti sulla ricetta che vanno inseriti nel tracciato informatico previsto dal comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03, che regola le modalità di trasmissione delle prestazioni sanitarie dei cittadini. Le strutture erogatrici sono obbligate a trasmettere periodicamente i dati delle prestazioni sanitarie al MEF.

Le informazioni utili ai fini del monitoraggio sono contenute nel :

Campo - Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta. Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg);

Campo - Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione. Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

Campo - Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, oppure, 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, controllo, follow up). Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

Campo - Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. 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= programmabile

N.B.: Solo per il primo accesso è obbligatorio compilare il campo-classe di priorità.

Spetta solo al prescrittore biffare una delle quattro lettere previste sulla ricetta del SSR per stabilire la priorità da assegnare alla/e prestazione/i. Qualora nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni contenute.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Appropriatezza prescrittiva: b) Obbligatorietà del quesito diagnostico per la prescrizione delle prestazioni della specialistica ambulatoriale e monitoraggio

La DCA 34/2017, in merito al quesito diagnostico, poneva l'obiettivo, a dodici mesi dalla pubblicazione, che su tutte le ricette del SSR fosse presente. Pertanto, **Il medico prescrittore è obbligato ad apporre il quesito diagnostico, secondo le linee guida regionali, su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali**, comprese le analisi di laboratorio.

Il quesito diagnostico è valido se:

- espresso come segni e sintomi clinici, in assenza di diagnosi certa (es. febbre, tosse, cefalea, gonalgia, le condizioni descritte dai codici V01-V82 dell'ICD-9-CM ed ecc.);
- espresso come sospetto clinico;
- espresso per patologia cronica riacutizzata o in follow up;
- espresso con la dicitura controllo per quelle condizioni in cui esista una correlazione diretta tra la prescrizione richiesta ed il tipo di controllo come per "controllo pace-maker" , "controllo dosaggio farmacologico"; per cui non sono da utilizzare le diciture seguenti o similari: "controllo metabolico", "controllo stato di salute", "check up" Lo stesso dicasi per la dicitura screening, in quanto le prestazioni nell'ambito di campagne nazionali e regionali non necessitano di

prescrizione. Per quanto riguarda le prestazioni per la diagnosi precoce dei tumori prevista dalla Legge Finanziaria 2001 sono sufficienti i codici di esenzione.

È opportuno segnalare che non vanno prescritte, a carico del Sistema Sanitario Regionale, le prestazioni sanitarie erogate in regime di ricovero (Ordinario o DH) e in Day Service (PACC) sono comprensive di tutte le prestazioni inerenti l'intero percorso diagnostico terapeutico, ivi compresi la visita, gli esami diagnostici e strumentali, nonché i farmaci, ad eccezione di quanto previsto dal DCA n.18 del 09/03/17, anche la prima visita post intervento, nel rispetto dei protocolli previsti per ciascun DRG

Nel caso in cui il paziente richieda al medico di omettere le indicazioni della diagnosi sulla ricetta, il Medico apporrà la dicitura “Omessa diagnosi su esplicita richiesta dell’interessato”. In questo caso dovrà comunque indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico su un foglio separato in busta chiusa che il paziente esibirà al momento della fruizione della prestazione prescritta al professionista della struttura che eroga la prestazione.

L’ASL di Benevento ha già notificato ai prescrittori gli obblighi prescrittivi derivanti dalla normativa nazionale e regionale ed ha dato mandato alle Direzioni Distrettuali di verificarne l’applicazione. Le Strutture erogatrici, in quanto attori nel processo di verifica dell’appropriatezza dell’erogazione delle prestazioni, sono tenuti all’osservanza delle suddette disposizioni.

Appropriatezza prescrittiva: c) Primo accesso, Accesso successivo per follow-up e/o controllo

Uno degli aspetti fondamentali per la riduzione dei tempi di attesa è costituito dalla capacità del sistema sanitario di gestire la domanda di prestazioni, mediante il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Per questo motivo, nelle prescrizioni devono essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e la promozione dell’appropriatezza prescrittiva.

Al riguardo, occorre ricordare come la domanda di prestazioni di “primo accesso” sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di “accesso successivo” relativi a controlli e/o *follow-up*, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la “presa in carico” dell’assistito.

In relazione alla tipologia di accesso, già la DGRC n. 271/2012 ha previsto, infatti, che le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN debbano obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l’indicazione di prima visita e controllo, fornendone una prima sommaria definizione.

Il PNGLA 2019-2021 a tal riguardo ha precisato la denotazione di “primo accesso”:
“ *Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in 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 considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up) - Allegato D, Glossario."

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN devono obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita e controllo.

Tale differenziazione sarà attuata dal medico prescrittore seguendo le indicazioni suddette indicherà se trattasi di primo accesso o di accesso successivo.

Il programma in dotazione al CUP di Benevento è in grado di registrare l'informazione inerente al campo "primo accesso" o altra tipologia di accesso ed operare una verifica sui medici prescrittori.

Il DCA 52/2019 prevede che anche per le prestazioni erogate in regime di ALPI venga operata la distinzione tra primo accesso o successivo; questo dettato presenta delle difficoltà in quanto il cittadino ha accesso diretto alle prestazioni ambulatoriali. Per le prestazioni erogate in regime ALPI gli operatori del CUP, al momento della prenotazione, potranno adeguare domande per stabilire se la prestazione abbia la connotazione di primo accesso o meno alimentando l'apposito campo.

L'apposito campo, presente nella procedura del sistema CUP, verrà utilizzato per la verifica della differenziazione operata dai medici prescrittori.

La circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 in merito alle prestazioni esenti per patologie croniche ha sancito: 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." Ribadendo

quanto riportato dalla Circ. Ministero della Sanità prot. n. 100/SCPS/16.14060 del 9 dicembre 1998.

Schematicamente possiamo riepilogare che per **primo accesso** si intende:

- la/e prestazione/i di primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia:
 - prima visita;
 - primo esame di diagnostica strumentale;
 - visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore;
 - la/e visita/e e gli esami strumentali necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico in un paziente cronico.

Sono da considerare **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.

Il PNGLA ed il PRGLA 52/2019 nello specifico al punto E. *“prevede che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione*

A tal fine, le Aziende su indicazione regionale adotteranno idonee modalità per far sì 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. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva “presa in carico” del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, devono essere istituite apposite Agende, integrate nel sistema CUP e dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente.”

Il CUP dovrà implementare la suddetta innovazione in modo da renderla operativa appena la Regione Campania fornirà le indicazioni operative in merito alla modalità di prenotazione della visita di controllo da parte dello specialista contestualmente alla visita (primo accesso o successivo).

d) LISTE DI ATTESA E RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)

È un metodo che consente di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base alla gravità del paziente.

Il medico, in base all'urgenza rilevata, compila l'impegnativa e appone un codice di priorità (codice RAO).

A ciascun codice RAO corrisponde un tempo massimo di attesa, che viene calcolato nel momento in cui la persona contatta il CUP - Centro unico di prenotazione.

L'ASL di Benevento intende promuovere, favorire ed applicare i RAO, favorendo idonee iniziative affinché i medici prescrittori (MMG, PLS, Specialisti convenzionati e dipendenti) acquisiscano le adeguate competenze. In questa ottica saranno coinvolti il Comitato ex art. 23 della Medicina Generale ed il Comitato Zonale della Specialistica ambulatoriale.

L'implementazione del RAO è raccomandato dal PNGLA 2019-2021; il documento è allegato al presente PAA per diventarne parte integrante.

A regime i raggruppamenti di attesa omogenei dovranno essere utilizzati dalle UCAD per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva attraverso un percorso di audit.

PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PER LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

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

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il day service.

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati in prima applicazione quei PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il

monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.

La stessa metodologia potrà essere applicata per produrre evidenze scientifiche a supporto del Monitoraggio e valutazione per i PDTA, le cui Linee Guida sono in fase di completamento."

L'ASL di Benevento a seguito dell'annessione del Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria de' Liguori" di Sant'Agata dei Goti all'Azienda Ospedaliera "Gaetano Rummo" di Benevento per effetto del DCA n. 54/2017 della Regione Campania, con decorrenza 1° gennaio 2018, ha perduto l'unico Presidio Ospedaliero a gestione diretta che aveva. Pertanto, l'ASL di Benevento, in base alla nuova strutturalizzazione aziendale, garantisce le erogazioni delle prestazioni sanitarie a livello territoriale, collabora con le strutture di ricovero pubbliche e private per rendere ottimale l'integrazione ospedale-territorio promuove campagne di screening oltre ad altre funzioni di sanità pubblica.

Attualmente i PDTA oncologici sono correlati a quelli previsti dalla rete oncologica istituita con DCA n. 98 del 20.09.2016:

- PDTA Tumore della mammella;
- PDTA Tumore del colon-retto;
- PDTA Tumore cervice uterina;

L'ASL partecipa al PDTA nella fase di screening; in caso di positività indirizza il paziente al Centro di riferimento individuato dal suddetto DCA. Inoltre, garantisce tutte le prestazioni sanitarie erogate al di fuori del ricovero su indicazione dei GOM, centri interdisciplinari, a cui fa capo la presa in carico della persona affetta da tumore e la definizione del percorso assistenziale più adeguato.

In considerazione che il percorso terapeutico è gestito dal GOM del Centro oncologico di riferimento con prescrizione di prestazioni non erogate direttamente dall'ASL (esempio radioterapia,...) e che la mobilità regionale ed extraregionale è rilevante risulta al momento estremamente difficile per l'ASL di Benevento effettuare il monitoraggio dei suddetti PDTA.

L'ASL di Benevento è consapevole che i PDTA rappresentano un valido strumento per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti per cui si adopererà per il loro incremento. Sono in fase di realizzazione i PDTA per il Diabete e la BPCO, patologie croniche ad alta richiesta assistenziale a livello Distrettuale.

A tal fine, l'ASL implementerà modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

La Regione, come previsto dalla DGRC 271/ 2012 si impegna quindi a monitorare i PDTA, in considerazione dei tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della

diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare anche i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDTA in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDTA, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

GRANDI APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

L'ASL di Benevento ha una sola apparecchiatura TAC presso il S.P.S. di Cerreto Sannita attualmente non eroga prestazioni per carenza di personale sanitario (medico e tecnico sanitario della radiologia); sono in corso le procedure di reclutamento.

L'Asl di Benevento in ossequio a quanto stabilito dal Decreto n° 52/2019 prevede per l'anno 2020 di garantire l'utilizzo delle TAC per almeno l'80% della loro capacità produttiva.

OTTIMIZZAZIONE DEI SERVIZI

L'ASL ha in corso un progetto per la realizzazione di un polo distrettuale per la erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale della branca di cardiologia e pneumologia presso il Distretto di Benevento.

Gli Studi Epidemiologici indicano che le malattie cardiovascolari rappresentano la principale causa di mortalità e morbidità in Italia, mentre, le malattie respiratorie rappresentano la terza causa di morte, inoltre a causa della cronicizzazione delle patologie e dell'invecchiamento della popolazione si prevede un aumento del bisogno assistenziale che la ASL di Benevento è chiamata a garantire, riorganizzando, se necessario, le strutture territoriali.

L'evoluzione fisiopatologica di queste malattie tende a coinvolgere i due apparati anatomici, cardio-vascolare e polmonare, con quadri clinici di estrema gravità che necessitano di una gestione condivisa da parte degli specialisti della branca di cardiologia e di pneumologia nonché dei Medici di medicina generale.

L'analisi dei dati delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della cardiologia della nostra ASL evidenzia tempi medi di attesa alquanto lunghi, infatti, nonostante l'aumento delle ore di specialistica della branca di cardiologia, il problema persiste.

Per questa condizione l'ASL di Benevento ha ricevuto dagli Enti di controllo rilievi formali e specifiche contestazioni.

Pertanto, al fine di ottimizzare ed omogeneizzare le risorse strumentali e professionali esistenti, si rende necessario procedere a rimodulare l'offerta specialistica con l'aggregazione degli ambulatori di cardiologia e di pneumologia distrettuali in

un'unica sede erogativa, prevedendo l'apertura all'utenza h/12 dal lunedì al venerdì per l'erogazione delle prestazioni specialistiche e nell'attivazione di un ambulatorio infermieristico per l'esecuzione dell'ECG o della spirometria, prestazioni solitamente associate alla visita cardiologica e pneumologica, con l'acquisizione anche di breve anamnesi e dei comuni parametri fisio-patologici per ottimizzare i tempi della successiva visita.

Si ritiene che questa organizzazione funzionale possa essere più adeguata a rispondere alle esigenze organizzative ed erogative delle prestazioni ambulatoriali da realizzare da subito nel Distretto di Benevento, vista la maggiore richiesta dell'utenza, e successivamente da attivare anche negli altri Distretti, prevedendo, così, un miglioramento della performance specialistica (n. prestazioni/ore di servizio prestate).

IL CUP DELL'ASL DI BENEVENTO

Per la gestione delle liste di attesa l'ASL di Benevento ha in dotazione un sistema informatizzato, governato dalla U.O.C. CED, in continua evoluzione, in quanto deve allinearsi ai nuovi scenari organizzativi aziendali ed alle disposizioni nazionali e regionali che si succedono nel tempo.

Il sistema ha permesso:

- l'istituzione del Centro Unico Prenotazioni (CUP) dal 2002 mediante la realizzazione di una complessa rete informatica che ha messo in collegamento tutte le sedi territoriali della ASL al sistema centrale;
- l'istituzione sul sito web aziendale del sistema "INFOCIT: "informazioni al cittadino" che espone sul sito aziendale le liste di attesa e la prima disponibilità per ogni prestazione di specialistica ambulatoriale;
- l'attuazione del PAAGLA (Piano Attuativo Aziendale Gestione Liste di Attesa) e classi di priorità come previsto dalle Delibere ASL n. 283/2012 e n. 223/2014;
- il collegamento al CUP degli studi dei medici di MMG e PLS per consentire la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali direttamente dallo studio del curante;
- il collegamento al sistema CUP delle Farmacie convenzionate dall'anno 2018 con l'intento di utilizzare ulteriori canali per accedere alla prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- la predisposizione del sistema automatico CUP-RECALL, che contatta tramite telefono o SMS il paziente per ricordare l'appuntamento, consentendo, allo stesso tempo, di confermarlo o disdirlo. Il CUP-Recall, sistema per la gestione del promemoria agli assistiti degli appuntamenti prenotati, a regime, consentirà a regime di elaborare "*reporting direzionale*", ossia l'insieme organizzato delle informazioni sull'andamento della gestione che, periodicamente, occorre fornire ai Responsabili delle unità operative dell'azienda al fine di permettere loro un

efficace e tempestivo controllo della gestione dell'area funzionale sotto la loro responsabilità.

Il sistema integrato dei reporting si basa su caratteristiche di:

- affidabilità: le informazioni in esso contenute devono essere raccolte, elaborate ed integrate conformemente a norme stabilite;
- sinteticità e la chiarezza espositiva, che permettono ai dirigenti di utilizzare il reporting in modo rapido ed efficiente;
- coerenza dei dati, che permette un confronto temporale o "spaziale" tra situazioni diverse con la garanzia di poterne valutare l'evoluzione basandosi su informazioni coerenti;
- tempestività, intesa non tanto in termini assoluti ("tempo reale") quanto in termini relativi alle necessità del fruitore.

Il Responsabile della U.O.C. CED dovrà predisporre tutti gli accorgimenti tecnici affinché il CUP Aziendale possa essere integrato nel Centro Unico di Prenotazione Regionale.

Il CUP regionale, che andrà a regime entro la fine del 2020, gestirà in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate e dovrà intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple. Un tale sistema consentirà una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Linee guida nazionali, predisposte dal Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni e su cui è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali". Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010). Il Coordinamento regionale è garantito dall'utilizzo di una piattaforma unica, centralizzata di prenotazione, che consentirà di avere dati uniformi, coerenti e completi in tempo reale. In questo modo sarà possibile attuare misure di politica sanitaria mirate e basate su dati oggettivi. Contestualmente è in fase di attuazione la Piattaforma per le Liste di Attesa, ossia un cruscotto informatizzato per la raccolta e l'elaborazione dei dati provenienti dalle Aziende e dal privato accreditato, dal quale si possono evincere reportistiche puntuali su ogni aspetto, primi fra tutti quelli a maggior rischio di scarsa trasparenza (prenotazioni e liste di attesa, coerenza tra attività istituzionali ed intramurarie et al.).

Il Responsabile del CED dovrà provvedere affinché tutte le agende aziendali siano informatizzate e visibili sul CUP Aziendale, organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tener separata l'attività istituzionale da quella libera professionale e i primi accessi da quelli successivi.

Le prenotazioni delle prestazioni erogate avvengono con la seguente modalità:

- agli sportelli dei CUP distrettuali;
- telefonicamente in fasce orarie determinate;

- presso gli studi dei medici di MMG e PLS per consentire la prenotazione delle prestazioni ambulatoriali direttamente dallo studio del curante;
- presso le Farmacie convenzionate dall'anno 2018, con l'intento di utilizzare ulteriori canali per accedere alla prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In relazione all'economicità ed all'evoluzione tecnologiche non sono da escludere ulteriori modalità di prenotazione (portale web, App, ecc.).

In attesa di disposizioni regionali, il sistema dovrà essere 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 della ASL di Benevento dovranno consentire attraverso la reportistica del Datawarehouse, standardizzata e generata periodicamente, di fornire informazioni utili per la governance alla Direzione Strategica Aziendale e trasmettere il flusso di informazioni per alimentare la 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.

COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

Il Programma Attuativo Aziendale è pubblicato sul portale dell'Azienda Sanitaria e dovrà essere costantemente aggiornato al variare degli eventi o della normativa vigente.

Il sito WEB dell'ASL di Benevento attualmente consente di trovare la prima disponibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, lo specialista che la esegue e l'indirizzo dell'ambulatorio dove verrà erogata.

Il DCA 23/2020, nell'ottica della trasparenza ed accessibilità ai servizi, prevede:” *la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI*”

Entro 90 giorni dovrà essere redatto da parte del Responsabile del CED, coadiuvato da altre specifiche professionalità che riterrà utili, un progetto di adeguamento del sito WEB ai contenuti del DCA 52/2019 e del PNGLA da sottoporre al Direttore Generale.

L'adeguamento del sito WEB è un adempimento importante, infatti, il PNGLA 2019-2021 prevede al punto 6.7:

“La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico

(URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.

Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome;ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione on-line.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.”

L'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.

SOSPENSIONE DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI E MONITORAGGIO

La sospensione dell'attività di erogazione di prestazioni sanitarie deve essere 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.

Pertanto, l'ASL ha l'obbligo di rilevare le sospensioni delle attività di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie al loro verificarsi e di registrarle entro 24 ore in un registro aziendale delle sospensioni sotto la diretta responsabilità del direttore sanitario dell'azienda.

Per ogni evento di sospensione sarà necessario specificare nel registro delle sospensioni:

- dove è avvenuta la sospensione

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

Il registro sarà accessibile dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori e dagli uffici regionali dell'assessorato alla sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa.

Inoltre l'aziende entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell'erogazione della prestazione, hanno l'obbligo di comunicare per iscritto all'Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni, invece, con cadenza semestrale, il direttore sanitario (o il referente aziendale autorizzato dal direttore sanitario) ha l'obbligo di inoltrare alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA 2010-2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

L'aziende, inoltre, sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, devono rilevare solo le sospensioni che riguardano la sospensione dell'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Pertanto, anche le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dalle aziende 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 per l'ASL, 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 e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.

Le Linee guida nazionali CUP, la modalità di gestione delle sospensioni temporanee di erogazione prevede l'utilizzo del sistema CUP regionale – non appena disponibile - per indirizzare le richieste ad altra Azienda nell'ambito cittadino.

In caso di sospensione dell'attività le Direzioni dei Distretti provvederanno a contattare le strutture accreditate presenti sul proprio ambito territoriale e le A.O. limitrofe per aumentare l'offerta delle prestazioni sospese al fine di limitare il disagio all'utenza.

Ambito del monitoraggio

La rilevazione afferisce alle sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e

quindi gestibili anticipatamente. Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-21 erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi **durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.**

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

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

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) - campo testo

Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7 giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari
Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

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" riportato all'allegato 5 a partire dal 1 gennaio 2011. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Allegato 5 – Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere

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	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

PRESTAZIONI GARANTITE DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

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.

VISITE SPECIALISTICHE

N° prog	Prestazione	Cod. Nomencl	Cod. Branca	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7		89700.015	VISITA CARDIOLOGICA
			2	89700.068	VISITA PER IPERTENSIONE
				89700.016	VISITA CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7		89700.020	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
			5	89700.070	VISITA PER PIEDE DIABETICO
				89700.011	VISITA ANGIOCHIRURGICA
3	Prima Visita endocrinologica	89.7		89700.039	VISITA ENDOCRINOLOGICA
			9	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		89260.001	VISITA GINECOLOGICA
				89260.004	VISITA PRECONCEZIONALE
			20	89260.005	VISITA URO-GINECOLOGICA
				89260.002	VISITA OSTETRICA
				89260.003	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA A RISCHIO
8	Prima Visita otorinolaring.	89.7		89700.061	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
			21	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 fisiatrica	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 gastroenterologica	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
				89700.034	VISITA DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	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 MDC	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 ARTERI 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 riportati nel PNGLA 2019-2021 e nel DCA 52/2019 e vengono così schematizzate:

Prestazioni ambulatoriali	Classi di priorità	Tempi massimi di attesa	- Si riferiscono alle prime visite/accertamenti (primo accesso) - 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.

La tempistica di erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggi, rispetto alla classi di priorità ed al primo accesso, devono essere garantite al 90% degli utenti che accedano alle prestazioni.

La ASL di Benevento fa propri i limiti temporali e mette in essere azioni tese a superare eventuali criticità (aumento delle ore degli specialisti, apertura degli ambulatori, ecc.).

L ASL di Benevento, per assicurare l'erogazione delle prestazioni nei tempi massimi previsti, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale.

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI

La ASL, come già precedentemente riportato, non ha Presidi Ospedalieri a gestione diretto, per cui sarà intrapresa un'azione di monitoraggio dei ricoveri effettuati nelle Strutture di ricovero che insistono sul proprio ambito di competenza. L'azione sarà tesa a rimuovere eventuali criticità.

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	

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 momento dell'inserimento in lista di attesa, in ottemperanza al principio della trasparenza, 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.

Il paziente può chiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa.. 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 precedentemente assegnata.

PROCEDURE DA ATTUARE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI

Il CED elaborerà report mensili distrettuali sul monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che saranno inviati al Direttore di Distretto ed al Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI per le opportune verifiche .

Qualora gli indicatori del monitoraggio segnalino una tendenza al superamento dei tempi massimi previsti saranno messe in atto le seguenti misure:

- pulizia delle liste di attesa (riconferma telefonica della necessità della prestazione);
- limitare il fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata.
- relazione del Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI al Direttore Sanitario, in qualità di Presidente della Commissione Liste di Attesa, ed al Comitato Paritetico ALPI per quanto di competenza.

ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Nella ASL di Benevento L'attività libero-professionale è svolta esclusivamente presso strutture aziendali a seguito di quanto disposto dall'art. 2 comma 1 D.L. 13/09/2012 n. 158 convertito in legge 8 novembre 2012.

Il Direttore Generale dell'Azienda individua nell'ambito dell'azienda, idonee strutture e spazi possibilmente separati e distinti da utilizzare per l'ALPI. Spazi e strutture di cui sopra non devono però essere necessariamente separati fisicamente potendosi utilizzare strutture e spazi aziendali utilizzati per lo svolgimento dell'attività istituzionale in orari diversi per le due attività, predeterminati e concordati con il responsabile dell'articolazione aziendale cui afferisce lo spazio e che assicura la partecipazione del personale di supporto.

L'accesso alle prestazioni in regime ALPI relative a tutti i Dirigenti Sanitari ed a tutte le Équipe interessate avviene su apposita lista di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) attivato presso i Distretti e nelle altre sedi individuate dall'Azienda.

Il numero delle prestazioni ALPI erogate nelle Strutture Aziendali, pur incrementandosi di anno in anno, al momento non è tale da consentire l'attivazione di sportelli dedicati esclusivamente all'attività ALPI, a causa dell'alto costo di gestione non coperti dall'entrate ALPI. Questo istituto, infatti, prevede che le tariffe ALPI devono assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari.

Ogni dipendente autorizzato per l'attività ALPI deve comunicare, nei tre mesi precedenti, i periodi di assenza per congedo e ferie al CED Aziendale ed al Distretto di competenza per la corretta gestione dell'agenda delle prenotazioni. Inoltre, deve tempestivamente comunicare eventuali indisponibilità per malattia al CUP del Distretto. Eventuali contenziosi economico-legali con l'utenza saranno imputati direttamente al dirigente a cui fa capo l'autorizzazione della prestazione ALPI se derivanti da inadempienze al presente regolamento. In caso di indisponibilità ad erogare la prestazione ALPI già prenotate il CUP del Distretto presso il quale viene erogata la prestazione in regime ALPI provvederà a comunicare al paziente l'impossibilità ad erogare la prestazione precedentemente prenotata.

Per le prestazioni ambulatoriali, individuali o di équipe, il pagamento dell'importo relativo deve essere effettuato **prima della fruizione** della prestazione presso le casse aziendali. All'utente viene rilasciata una fattura in duplice copia attestante l'avvenuto pagamento e l'esatta prestazione da fruire. Una copia di questa fattura viene consegnata al Dirigente all'atto della effettuazione della prestazione.

L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione in base all'art. 3, comma 15 D.lgs 124/98.

L'utente può chiedere il rimborso della prestazione pagata e non erogata con le stesse modalità delle prestazioni istituzionali.

Le prestazioni urgenti non possono essere erogate in regime ALPI, per cui è fatto divieto al sanitario di erogare qualsivoglia prestazione in assenza di idonea prenotazione. Le prestazioni erogate in regime ALPI senza preventiva prenotazione non saranno liquidate al dirigente ed al supporto se presente ed il relativo compenso sarà attribuito ai rispettivi fondi di perequazione.

L'utente può richiedere preventivo di spesa per le prestazioni sanitarie in regime di ALPI; essa deve contenere apposita sottoscrizione per accettazione qualora intenda usufruire della prestazione.

Come già previsto dalla Legge 120 del 3 agosto 2007, dalla DGRC n°271/2012 e ribadito dal D.L. Balduzzi 158/2012, convertito in legge 189/2012, devono essere adottate le procedure informatiche necessarie a consentire il collegamento al CUP e la tracciabilità di tutte le prestazioni prenotate, rese e pagate in attività intramuraria, stabilendo il collegamento in rete dei dirigenti autorizzati. Le prenotazioni per le prestazioni intramoenia vengono di norma effettuate presso i CUP presidiali o nelle altre sedi individuate dall'Azienda, con governo da parte della UOC all'uopo deputata. I pagamenti devono essere effettuati presso le sedi di riscossione dell'azienda, **collegati al numero di prenotazione fornito dal CUP** e possono essere eseguiti:

- a) mediante carta di credito o bancomat;
- b) mediante bonifico bancario;
- c) mediante assegno circolare;
- d) mediante versamento su cc postale dedicato,
- e) per via telematica

garantendo, in ogni caso, assoluta tracciabilità e trasparenza, esitando in fatturazioni elettroniche con inserimento automatico nel 730 dell'assistito (in assenza di suo esplicito diniego).

Le Agende di prenotazione per le prestazioni in ALPI, come quelle per le prestazioni in istituzionale, devono essere informatizzate e separate per primi accessi e controlli. I pagamenti per le prestazioni erogate devono essere eseguiti solo e sempre in modo tracciabile e trasparente.

Dalla tabella elaborata nel piano Piano Aziendale delle Attività libero professionale intramuraria, ai sensi della legge 3 agosto 2007 n. 120 per l'anno 2018 si evincono il numero di dirigenti divisi per disciplina autorizzati ad esercitare in ALPI nell'ASL di Benevento

DIRIGENTI	DISCIPLINA
1	CARDIOLOGIA
1	CHIRURGIA GENERALE
1	MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGICHE
1	MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
1	MEDICINA LEGALE
1	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1	PATOLOGIA CLINICA (equipe)

21	PSICHIATRIA*
6	PSICOLOGIA
1	RADIOLOGIA
3	VETERINARIA
* 5 PSICHIATRI sono stati autorizzati ad effettuare anche le visite neurologiche	

Le funzioni di controllo sono a carico dell'Azienda che deve, allo stesso tempo, prevenire situazioni di conflitto di interessi e l'instaurarsi di forme di concorrenza sleale. L'Azienda, inoltre, deve verificare che i dipendenti osservino il regolamento ALPI e le vigenti disposizioni in materia di incompatibilità in relazione allo svolgimento dell'attività libera professionale attraverso periodiche verifiche a campione e specifici accertamenti. Specifiche forme di controllo interno vengono attivate tramite gli organismi di verifica (Anticorruzione, Trasparenza, Servizio Ispettivo, ecc) coadiuvati dai servizi coinvolti.

Sono strumenti di verifica e controllo le informazioni rilevabili dalle liste delle prenotazioni, dalle registrazioni eseguite per fini gestionali e contabili quali quelle effettuate in sede di accettazione, fatturazione e riscossione delle prestazioni stesse, dalla rilevazione delle timbrature dei cartellini presenza, nonché da ogni altro supporto reperibile in ambito aziendale finalizzato all'alimentazione di flussi di natura economica informativa ed organizzativa.

I principali indicatori tesi a verificare il rispetto del rapporto di prevalenza in favore dell'attività istituzionale versus l'attività libero professionale sono:

- i volumi di attività ambulatoriale: rapporto attività libero professionale/attività istituzionale;
- la verifica delle timbrature;
- i tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con particolare riferimento a quelli di cui all'allegato del Decreto Commissario ad Acta della Regione Campania n.52/2019, nel rispetto delle classi di priorità.

Il monitoraggio dell'ALPI viene effettuato, oltre con il numero di prestazioni erogate dal dirigente, anche con la rilevazione trimestrale degli indicatori riguardanti i volumi di attività previsto dal piano aziendale annuale.

Inoltre, l'Organismo Paritetico ALPI aziendale è individuato quale organo di promozione, monitoraggio e verifica dell'applicazione del piano aziendale in cui è regolamentata l'attività libero professionale. Esso funge, altresì da osservatorio sulle attività intramurarie e istituzionali in toto, e collabora strettamente con il referente ALPI per il controllo e la valutazione dei dati relativi all'attività libero professionale intramuraria e dei suoi effetti sull'organizzazione dei servizi dell'Azienda. Il DCA 23/2020 all'art. 2 dà rilievo alle funzioni di monitoraggio continuo operato dal suddetto Comitato e dal Referente Unico Aziendale liste di Attesa ed ALPI definendolo come Team di Garanzia nell'individuare i percorsi di garanzia da

sottoporre all'esame della Commissione Aziendale Liste di Attesa per la loro decisiva approvazione.

Il regolamento ALPI dell'ASL di Benevento prevede la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99.

MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio in opera presso la ASL di Benevento saranno orientate a rilevare:

- Indicazione della classe di priorità ,
- Indicazione del quesito diagnostico,
- Differenziazione tra prime visite , controlli e primi accessi,
- Architettura informatica del CUP,
- Regolamentazione delle sospensioni,
- Attività libero-professionale,
- Monitoraggio dei ricoveri presso le strutture ospedaliere accreditate.

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 delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 4) 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>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 5) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime libero professionale pura e allargata.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati sul portale aziendale.

MONITORAGGIO EX ANTE DEI TEMPI DI ATTESA

La ASL di Benevento raccoglierà i dati su tutto l'ambito territoriale di competenza per le strutture a gestione diretta ed accreditate. Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo "Prestazioni Garantite" per le Classi di

priorità B, D e d in futuro anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate .

Almeno per il 90% delle prestazioni oggetto di monitoraggio deve essere garantita l'erogazione nei tempi come prevista dalla classe di priorità assegnata.

Per le modalità di rilevazione e trasmissione del flusso vedi Allegato.

Inoltre, viene effettuato il monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida emanate.

MONITORAGGIO EX POST DEI TEMPI DI ATTESA

Tale monitoraggio viene effettuato tramite il flusso informativo ex art.50 della Legge 326/2003 e successivi aggiornamenti. Il monitoraggio viene effettuato sulle prestazioni erogate presso le strutture a gestione diretta dell'Azienda.

Il monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo “Prestazioni Garantite” per le Classi di priorità B, D e dal 2020 anche per quelle in Classe P.

Ai fini del monitoraggio i seguenti campi sono obbligatori:

- ❖ **Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- ❖ **Data di erogazione della prestazione:** data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.
- ❖ **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
- ❖ **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- ❖ **Garanzia dei tempi massimi:** indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità indicata in ricetta.
 - Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:
 - 1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;
 - 0= utente che non rientra nella categoria precedente.

❖ **Codice struttura che ha evaso la prestazione:** indica il codice della struttura sanitaria, utilizzato nel modello STS.11, che eroga la prestazione.

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

Per le modalità di rilevazione e trasmissione del flusso vedi Allegato.

ALLEGATI

1) GLOSSARIO

2) TABELLE RAO

3) FLUSSI: MONITORAGGIO E TRASMISSIONE