



Deliberazione giunta regionale n. 271 del 12.06.2012

A.G.C. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL.

Settore: 01 - Settore Programmazione

Oggetto:

PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2010 2012 .

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dai Settori e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dai Dirigenti dei Settori a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

- a. che la Legge 131/2003, all'articolo 8, comma 6, prevede la stipula, su promozione del Governo, di Intesa, in sede di Conferenza Stato - Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;
- b. che l'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- c. che nella seduta del 28 marzo 2006 (rep. Atti, n. 2555) è stata sancita dalla Conferenza Stato- Regioni l'Intesa concernente il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 ;
- d. che, in ottemperanza alla su indicata Intesa, con Delibera di Giunta Regionale n. 170/2007 è stato adottato il Piano Regionale Tempi di Attesa 2006/2008;

RILEVATO

- a. che il decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità;
- b. che l'intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. atti n. 52/CSR) definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;
- c. che nella seduta del 18 novembre 2010 è stato siglato l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente l'attività libero - professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari;

CONSIDERATO

- a. che in sede di Conferenza Stato- Regioni (Rep.189/CSR) del 28 ottobre 2010 è stata sancita l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della Legge 131/2003 , sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010- 2012;
- b. che la soprarichiamata Intesa Stato Regioni all'articolo 2 intitolato " Linee Generali di intervento che le Regioni garantiscono per un approccio strategico al problema del Governo delle Liste di Attesa"prevede che le Regioni e le Province Autonome recepiscono l'Intesa e adottano un Piano Regionale per ilGoverno delle Liste di Attesa (PRGLA);

ATTESA

- a. la necessità di ottemperare sollecitamente all'Intesa concernente il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 e di procedere all'adozione del Piano Regionale di Governo e alla sua attuazione attraverso i Programmi Attuativi Aziendali.

VISTI

- Il Decreto Legge 30 settembre 2003, n. 269 convertito in Legge n. 326 del 2003;
- La Legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- La Legge 23 dicembre 2005, n.266;
- L'Intesa del 28 marzo 2006 siglata dalla Conferenza Stato - Regioni concernente il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006_2008;
- La D.G.R. n. 170/2007 “ Piano Regionale contenimento tempi di attesa 2006-2008”;
- Il D.M 8 luglio 2010, n. 135;
- L'Intesa del 29 aprile 2010 siglata dalla Conferenza Stato –Regioni concernente le Linee guida nazionali del sistema CUP;
- L'Intesa del 28 ottobre 2010 siglata dalla Conferenza Stato- Regioni concernente il Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012;
- La D.G.R. n. 484 del 04/10/2011 recante “Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste Attesa: Recepimento documento denominato Sistema CUP- Linee guida nazionali di cui all' Accordo Stato-Regioni del 29. 04.2010; Costituzione Commissione Tecnico operativa Liste di Attesa;
- La nota prot. n. 0014288-P del 28/04/2011 del Ministero della Salute concernente “Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali”.

PROPONGONO e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per le motivazioni ed i riferimenti di cui in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati e trascritti:

1. Di recepire l'Intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Piano nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010- 2012;
2. Di adottare il Piano Regionale per il Governo delle liste di Attesa (PRGLA) con i relativi Allegati A), B), C), D), quale parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. Di disporre che, entro 20 giorni dall'adozione del Piano regionale di Governo delle Liste di Attesa, le Aziende Sanitarie (AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS) adottano un Programma Attuativo Aziendale, strutturato coerentemente con quanto definito in ambito regionale;
4. Di trasmettere il presente piano al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
5. Di inviare il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. n. 19 “Piano Sanitario regionale”, n.20 “Assistenza Sanitaria” ed al Settore “stampa e Documentazione” per la pubblicazione sul BURC e per l'inserimento sul sito web della Regione.

PIANO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2010-2012

INTRODUZIONE

Il Nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA) ha come obiettivo la promozione della capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

A tal fine, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati dal Piano Nazionale Tempi di Attesa 2006-2008, sono stati individuati nuovi strumenti e modalità 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 e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

Viene riconosciuto, inoltre, che il governo delle liste di attesa è fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Pertanto, il PNGLA prevede che, nella ridefinizione delle modalità operative, le Regioni adottino criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e 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.

IL PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

1) RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA REGIONALE

- D.G.R.C. n. 4061 del 07.09.2001 "Direttive sulla disciplina delle liste di attesa in applicazione dell'articolo 3 D.L.vo 124/98 e della DGRC n.3513/01 e linee guida per l'atto aziendale sull'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente delle aziende del SSR".
- D.G.R.C. n. 1082 del 15.03.2002 "Disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza".
- D.G.R.C. n. 3142/03, "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari".
- Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa".
- D.G.R. n. 236 del 16.02.2005 " Nutrizione Artificiale Domiciliare - Definizioni di Percorsi Assistenziali".
- D.G.R.C. n.1168 del 16/09/2005 "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico".

- D.G.R.C n. 1280 del 7/10/2005 “Definizione di percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare. Individuazione Centri”.
- Circolare assessorile prot. n. 216050 del 28.03.06, recante disposizioni sulla corretta modalità di compilazione della variabile data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- Legge n. 1 del 02/03/06 “ Disposizioni per l’effettivo esercizio del diritto alla salute”.
- D.G.R.C. n. 170 del 10.02.2007 “Piano Regionale Contenimento Tempi di Attesa (PRCTA)”.
- D.G.R.C. n. 205 del 23.02.2007 “Atto di indirizzo in ambito sanitario. Campagna di ascolto e iniziative di comunicazione e informazione dei cittadini”.
- D.G.R. n. 1156 del 29.06.2007 “ Disposizioni attuative dell’art. 1 comma 796 lettera r) della legge n. 296 del 27.12.2006 - Legge Finanziaria 2007.”
- D.G.R.C. n. 214 del 23.02.2007 “ Linee guida regionali in applicazione del comma 1 art. 9 CC.CC.NN.LL. Sanità del 3.11.05 Area della Dirigenza e Medica e Veterinaria Area della Dirigenza SPTA”nell’ambito delle quali vengono dettati : Criteri per l’inserimento nei regolamenti aziendali sulla libera professione di norme per garantire che l’esercizio sia modulato in modo coerente con le liste di attesa.
- Circolare assessorile del 09.10.2007 “ Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria:adempimenti ex lege 120/2007.
- D.G.R.C. n. 1383 del04/09/2008 “Accordo tra Regione Campania e le 13 Aziende Sanitarie Locali, le 8 Aziende Ospedaliere, le 2 Aziende Ospedaliere Universitarie e l’Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico operanti nel territorio della regione, per definire le modalita' operative del Centro Unico Regionale di Prenotazione. Approvazione del relativo schema di accordo”.
- D.G.R.C. n..2100 del 31/12/2008 Osservatorio Regionale per la promozione della carta dei servizi - Costituzione del comitato tecnico.
- D.G.R.C. n. 102 del 23.01.2009 “Modifiche ed integrazioni alla deliberazione n°2040 del 23 dicembre 2008 "Modello organizzativo del day-service (DGRC 546/2007): ulteriori indicazioni sulle modalità operative di erogazione del day-service e sulle modalità di remunerazione; definizioni di specifici Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (PACC) e relativi flussi informativi”.
- Decreto Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n. 6 del17.01.2011 “Adozione linee guida per i controlli sulle prestazioni di ricovero e linee guida per la corretta compilazione delle SDO”.
- D.G.R.C. n. 277 del 21.06.2011 “Recepimento dell’Accordo tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente l’aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche dello schema di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all’Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep atti n. 1457”.
- D.G.R.C. n. 493 del 4.10.2011 “Progetti speciali per il miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria. Approvazione Bandi di selezione”.
- D.G.R.C. n. 484 del 04.10.2011.” Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste di Attesa: Recepimento Documento denominato: Sistema CUP- Linee Guida Nazionali di cui all’Accordo Stato-Regioni del 29-04-2010; Costituzione commissione interna tecnica operativa Liste di Attesa”.

2) OBIETTIVI

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2010-2012 si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Pertanto, ferme restando le strategie definite con il Piano Regionale di cui alla D.G.R.C. n.170/07, si rende necessario integrare lo stesso, sia inserendo alcuni elementi innovativi che puntualizzando alcune azioni già intraprese.

A tal fine, in coerenza con quanto indicato nel Piano Nazionale 2010/2012, il presente Piano Regionale :

- a) aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;
- b) individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- c) promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
- d) individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa i flussi di cui all'allegato D;
- e) individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende sanitarie pubbliche;
- f) promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale e prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista rispettivamente in regime istituzionale e in libera professione intramuraria;
- g) promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione di cui al paragrafo 9 del presente piano;
- h) pone in essere le procedure utili ai fini della certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano elaborate dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 dell' Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- i) implementa obbligatoriamente un'ampia offerta di canali di accesso al servizio prenotazioni, ivi compreso un numero telefonico dedicato. Le prenotazioni sono effettuate secondo il processo standard individuato al punto 2.3.2 delle Linee Guida CUP, di cui all'Accordo Stato- Regioni del 29.04.2010.

3) LINEE DI INTERVENTO PER UN APPROCCIO STRATEGICO AL PROBLEMA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

La Regione Campania, per garantire un approccio strategico al problema delle liste di attesa ed un ricorso appropriato alle attività del SSN, applica nelle prescrizioni l'uso sistematico ed obbligatorio delle classi di priorità, la presenza del quesito diagnostico e la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.

3.1) CLASSI DI PRIORITA'

Le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico-strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Pertanto, si rende 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 specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio in merito sui prescrittori da parte delle Aziende Sanitarie. La classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre, pertanto deve essere erogata nell' arco temporale di 180 giorni. Inoltre, nel caso in cui il medico non provveda 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.

CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

La classificazione delle classi di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 è articolata come di seguito:

- U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
- D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- P (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 180 giorni.

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

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

Il medico che fa la prescrizione è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo la 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 presentano 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 presso cui non vi sia disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.

CLASSI DI PRIORITA' PER PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Nel rispetto della normativa vigente in materia di scheda di dimissione ospedaliera(SDO) e del Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario n.6 del 17. 01.2011 e D.G.R.C. n.277 del 21.06.2011, in tutti i ricoveri programmati devono essere indicate sia la data di prenotazione sia la classe di priorità.

Le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi.

C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi. Le Aziende Sanitarie devono attivarsi per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a porre in essere tutti gli adempimenti per garantirne l'applicazione.

3.2) APPOSIZIONE DEL QUESITO DIAGNOSTICO SULLA PRESCRIZIONE PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

In esecuzione a quanto previsto dal PNGLA 2010-2012, al fine di attivare percorsi di gestione dell'appropriatezza prescrittiva, il medico prescrittore è obbligato ad apporre il quesito diagnostico su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio.

3.3) INDICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI SULLE PRESCRIZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

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

La differenziazione, infatti, tra una prima visita specialistica e visita successiva o controllo, ha un impatto significativo sia sulla gestione delle liste di attesa che sul monitoraggio dei tempi di attesa, effettuato solo sulle prime visite.

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

Per accessi successivi devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia o l'insorgenza di complicanze.

Per quanto attiene alle prestazioni esenti per malattie croniche, la Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 ha precisato che "Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01", ovvero il codice utilizzato per le visite brevi o di controllo. Nella stessa Circolare si precisa che l'assistito "ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente". Ciò va interpretato nel senso che tutte le visite attinenti, direttamente od indirettamente, alla malattia per la quale vi è l'esenzione, sono da considerarsi come "controllo" anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l'insorgenza o l'evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale. Diverso è, invece, il caso in cui le visite non sono pertinenti alla patologia prevista per l'esenzione, poiché la Circolare precisa "Qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti."

Quindi sono definiti primi accessi:

- le prestazioni specialistiche richieste come tali, la cui erogazione non risulti essere stata effettuata nei 12 mesi precedenti.

Sono, invece, accessi successivi:

- le prestazioni specialistiche (anche se richieste come visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche di primo accesso) che risultino essere state erogate nei 12 mesi precedenti;
- 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, anche se il soggetto accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la malattia esente.

Infine, le prestazioni di controllo post-ricovero eseguite nell'ambulatorio divisionale entro 30 giorni dalla dimissione da reparti per acuti sono gratuite, poiché la remunerazione delle stesse rientra nella tariffa del DRG attribuito.

4) FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI REGIONALI PER LE PRESTAZIONI DI CUI AL PUNTO 3.1 DEL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA 2010-2012

Le prestazioni per le quali secondo il PNGLA vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono: A) 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale; B) 15 in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI (Tavola sinottica di cui all'Allegato A)

VISITE SPECIALISTICHE

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice
1.	Visita cardiologia	89.7	08
2.	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologia	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38
9	Visita urologia	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrice	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5

25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 -88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88 .93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88 .71 .4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88 .72 .3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici	88 .73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88 .77 .2
31	Ecografia Addome	88 .74.1- 88.75.1 – 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88 .73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	88.78 – 88.78.2

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45 .23 - 45 .25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45 .24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45 .13 - 45 .16
37	Elettrocardiogramma	89 .52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89 .50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89 .41 - 89 .43
40	Audiometria	95 .41 .1
41	Spirometria	89 .37 .1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95 .09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

I tempi di attesa fissati per le sopraindicate prestazioni sono quelli di cui all'Accordo dell'11 luglio 2002 e dal PNGLA 2010-2012, indicati al punto 3.1 del presente Piano.

Tali tempi , oggetto di monitoraggio, devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici indicate nel Programma Attuativo Aziendale (d'ora innanzi denominato PAA).

Le Aziende Sanitarie Locali, infatti, individuano gli ambiti territoriali (aziendali, distrettuali o sub distrettuali) in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti e le strutture che in detti ambiti garantiscono il rispetto dei tempi massimi. L'elenco di tali strutture deve essere comunicato ai cittadini nelle modalità individuate nel PAA ed in accordo a quanto indicato nel paragrafo 7.1.

Pertanto, le ASL possono indirizzarsi , nei propri programmi attuativi, verso due opzioni organizzative:

- a) individuare specifiche strutture, ove assicurare, per le prestazioni di cui all'elenco soprariportato, i tempi previsti, secondo la classe di priorità assegnata, al 90% degli utenti;
- b) distribuire la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori dell'A. S. con la garanzia dello standard di cui al punto precedente.

Nel primo caso, le ASL, nel rispetto dei differenti ruoli, trasmettono anche alle Aziende Ospedaliere, AA.OO.UU. e IRCCS di riferimento territoriale l'elenco delle specifiche strutture individuate. La ricerca della prima disponibilità avviene per le AA.OO. AA.OO.UU e IRCCS tramite CUREP.

Nel secondo caso le ASL, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricercano la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale . Mentre le AA.OO., AA.OO.UU., I.R.C.C.S, eseguono la ricerca, tramite CUREP, nell'ambito territoriale aziendale di appartenenza.

A tal fine , occorre distinguere:

- Prestazioni di base caratterizzate da un'ampia domanda e da bassa complessità, da erogare presso strutture di ambito distrettuale o sub-distrettuale;

- Prestazioni caratterizzate da medio-alta complessità e/o più bassa domanda, da garantire presso strutture erogatrici individuate in ambito territoriale sovradistrettuale aziendale ovvero in strutture assistenziali di più elevata complessità.

Si ribadisce, comunque, quanto previsto dal PRCTA di cui alla D.G.R.C. 170/2007 che, in merito al rapporto tra Ospedale e Territorio dispone: "In Regione Campania, viene perseguito un modello nel quale il territorio sia sempre più il luogo dove il cittadino trova strutture in grado di risolvere i propri problemi, così da ricorrere alla struttura ospedaliera solo per selezionate necessità. Il territorio deve sempre più rappresentare il primo accesso del cittadino alle cure".

Inoltre, ai fini del rispetto dei tempi massimi di attesa e delle disposizioni contenute nel presente Piano, le Aziende Sanitarie che insistono nel medesimo ambito provinciale, possono tra loro stipulare intese.

B) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO (Tavola sinottica di cui all'Allegato B)

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58 .1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0-53.10	

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60 .5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48 .6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68 .9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36 .10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38 .12	
56	Intervento protesi d'anca	81 .51 - 81 .52 - 81 .53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28 .2-28.3	

(2)) Qualora tali prestazioni vengano erogate prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

I tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero sono fissati, in coerenza con quanto indicato nell'Accordo dell'11 luglio 2002 e al punto 3.1 del presente Piano.

5) DEFINIZIONE SPECIFICI PERCORSI CORRELATI ALLE PATOLOGIE ONCOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici (PDT).

Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Per le ragioni sovraesposte il PNGLA individuerà come aree prioritarie di sviluppo sia l'area oncologica sia l'area cardiovascolare.

La Regione Campania, relativamente alle patologie individuate definisce con appositi provvedimenti specifici percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari sulla scorta delle linee guida disponibili in ambito nazionale ed internazionale. Assicura la diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, facendo riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, elaborato dall'ISS e dall'AgeNaS.

A tal fine, le Aziende Sanitarie implementeranno 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 si impegna quindi a monitorare i PDT, 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 PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, 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.

6) CENTRI UNICI DI PRENOTAZIONE

Il CUP aziendale, nel seguito denominato semplicemente CUP, è il sistema di prenotazione interno alle AA.SS.LL., AA.OO, AA.OO.UU, I.R.C.C.S., e consente la prenotazione di prestazioni unicamente nell'agenda della stessa azienda. Il CUP unico regionale, sinteticamente CUREP, è il sistema che consente la prenotazione di prestazioni presso tutte le aziende del territorio regionale. Il CUREP costituisce pertanto un canale di accesso alle agende di prenotazione, aggiuntivo rispetto ai canali dei singoli CUP.

I sistemi CUP devono essere rivisti e aggiornati in accordo alle nuove Linee guida nazionali di cui all'intesa Stato-Regioni del 29.4.2010 (rep. Atti n. 52) recepite con DGRC n. 484 del 4/10/2011.

I principi che regolano il funzionamento del CUREP sono aggiornati come di seguito riportato:

6.1 TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni prenotabili attraverso il CUREP sono definite all'interno del "Catalogo delle Prestazioni del CUP unico Regionale". Ogni azienda deve consentire, anche attraverso il CUREP, la prenotazione di tutte le prestazioni prenotabili attraverso il proprio CUP aziendale e presenti nel suddetto catalogo.

6.2 NON DISCRIMINAZIONE DELLE DISPONIBILITA' E PRENOTAZIONE

Le aziende sanitarie non devono discriminare in alcun modo le disponibilità proposte e le prenotazioni effettuate attraverso il CUREP, rispetto a quelle gestite attraverso il proprio CUP. A tal fine le disponibilità esposte attraverso il CUREP devono essere determinate accedendo alle stesse agende dei CUP. Inoltre, una prenotazione effettuata attraverso il CUREP deve essere gestita dalla struttura erogatrice della prestazione in modo del tutto equivalente ad una prenotazione effettuata attraverso il CUP aziendale interno.

6.3 RICONOSCIMENTO DEGLI UTENTI

Ogni azienda individua autonomamente i propri utenti, fornendoli delle relative credenziali di accesso al sistema. Tutte le aziende sono tenute al riconoscimento reciproco degli utenti delle altre aziende, consentendo loro di accedere a tutte le funzionalità esposte ed ai relativi dati.

6.4 LIBERTA' DI SCELTA DELL'ASSISTITO

L'assistito deve essere messo in grado di poter scegliere se prenotare attraverso il CUP aziendale o attraverso il CUREP. I centri di prenotazione devono essere organizzati in modo da non limitare in alcun modo la possibilità di prenotazione tramite CUREP.

6.5 INFORMATIVA ALL'ASSISTITO E RECLAMI

Le aziende devono assicurare all'assistito le informazioni idonee per l'accesso al CUREP e possibilità di effettuare eventuali reclami, in accordo alle modalità indicate al paragrafo 7.

6.6 DISPONIBILITA' DEL SISTEMA

Ogni Azienda, sulla base degli *s/a* presenti nell'accordo di servizio, deve garantire il livello di servizio prestabilito, anche nel caso di evoluzione tecnologica. Nell'ipotesi di migrazione verso un nuovo sistema informativo le aziende devono disporre con propri fondi l'eventuale adeguamento di ogni modulo che consenta di realizzare in modo compiuto l'integrazione con il CUREP. Il rispetto del conseguimento dei livelli di servizio prefissati è sottoposto a verifica periodica e costituisce specifico obbligo dei DD.GG. delle aziende.

6.7 SISTEMI DI GOVERNANCE

Il sistema di governance del CUREP si compone di un livello centrale regionale e di un livello periferico aziendale. Il livello regionale si articola attraverso attività di tipo strategico e attività di tipo operativo. Il livello aziendale si sostanzia nella figura del Referente Liste di attesa, come previsto al paragrafo 11 del presente Piano.

7) LINEE DI INDIRIZZO PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA AI CITTADINI E PER LA PROMOZIONE DELLA PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI E DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO

In coerenza con quanto previsto dal PNGLA 2010-2012 ed in prosecuzione delle iniziative già intraprese con il PRCTA 2006/2008, la Regione Campania ribadisce quanto già stabilito nel paragrafo 7) della D.G.R.C. n. 170/07.

7.1) MONITORAGGIO SITI WEB

Il criterio della disponibilità e del puntuale aggiornamento dei dati sui tempi d'attesa inseriti nei siti web costituisce un adempimento per le regioni nell'ambito della verifica LEA.

Pertanto, in aggiunta a quanto già disposto con D.G.R.C. n. 170/07, si dispone che i portali delle AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS saranno oggetto di monitoraggio regionale.

Durante il monitoraggio dei siti web sarà verificata la presenza di sezioni dedicate, aggiornate e facilmente accessibili sui tempi e liste di attesa in cui dovranno esserci:

1. informazioni che coprono sia l'ambito ambulatoriale che quello dei ricoveri;
2. informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
3. presenza (o link) della normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
4. riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
5. elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
6. per ogni prestazione devono essere indicati i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità;
7. strumenti di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono le strutture che la erogano nell'azienda sanitaria;
8. strumenti per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscono la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale.

Costituisce adempimento per tutte le AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS della regione la presenza nei portali aziendali di quanto indicato nei punti da 1. a 7.

Il Ministero della Salute effettuerà il monitoraggio in maniera sistematica sia per l'ambito ambulatoriale che per quello dei ricoveri, con cadenza annuale, su tutto il territorio nazionale e ne pubblicherà i risultati.

8) REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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, le AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS hanno 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 le 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.

Le 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 le AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS, 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.

A tal proposito si evidenzia che, in accordo alle Linee guida nazionali CUP, i Programmi Attuativi Aziendali devono contenere le modalità di gestione delle sospensioni temporanee di erogazione.

Il mancato adempimento degli obblighi sopra evidenziati relativi sia alle sospensioni dell'attività di prenotazione che alle sospensioni dell'attività di erogazione saranno oggetto di valutazione dei direttori generali, dei direttori sanitari e dei dirigenti/funzionari preposti.

8.1) GESTIONE RECLAMI E NOTIFICHE ALL'ASSESSORATO ALLA SANITA'

Gli URP aziendali devono notificare entro 24 ore all'Assessorato alla Sanità i reclami URP relativi alla gestione delle prenotazioni e a sospensioni di erogazione di prestazioni sanitarie. Inoltre per ogni reclamo deve essere garantita la tracciabilità e l'univoca identificazione in ambito regionale.

9) GARANZIA DI COERENZA DEL SISTEMA DELL'OFFERTA DA EROGARE IN LIBERA PROFESSIONE CON L'OBIETTIVO DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI D'ATTESA

La Libera professione, sia erogata per conto ed a favore dell'Azienda, sia quella intramoenia rappresenta un'opportunità per incidere sulle liste di attesa.

In particolare, le prestazioni erogate in regime professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'articolo 55 comma 2 del CCNL/2000 della dirigenza medica e veterinaria costituisce un ulteriore strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi di attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.

Tale tipologia di attività andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo del ticket.

L'esercizio della libera professione intramuraria per l'erogazione di prestazioni sanitarie erogate su richiesta e per scelta dell'utente sono a totale carico di quest'ultimo.

A tale proposito, e al fine di impedire il verificarsi di taluni fenomeni distorsivi nel rapporto domanda-offerta, si richiama l'osservanza della D.G.R.C. n.214/2007, della Legge n. 120/2007, della Circolare assessorile del 09/10/2007 e dell'Accordo stipulato in sede di Conferenza Permanente Stato- Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, Rep.Atti n. 198/CSR del 18 novembre 2010

Le Aziende Sanitarie , infatti, devono:

- organizzare l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia, sia "pura" che "allargata" tramite i centri di prenotazione su apposita lista di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP) e senza oneri aggiuntivi. Il personale addetto va individuato tra quello già presente nell'organico dell'azienda.
- garantire che l'attività intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.
- esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.
- organizzare un sistema che garantisca la riscossione degli onorari delle prestazioni erogate. La legge 120/07 stabilisce che della riscossione degli onorari sono responsabili le aziende. A tal fine, si individuano, qui di seguito, alcune ipotesi di modalità di riscossione della prestazione ALPI:
 - a) tramite il CUP all'atto della prenotazione o comunque prima dell'erogazione della prestazione;
 - b) pagamenti in forma elettronica e decentrata e/o organizzazione di punti di riscossione gestiti direttamente dalle Aziende o da queste a ciò deputati;
 - c) per delega formale, sotto la responsabilità delle Aziende, anche nel caso di prestazioni erogate in spazi e studi privati e tramite pagamento P.O.S..
- favorire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.
- compilare, annualmente, l'apposita scheda-rilevazione, all'uopo predisposta, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione. Tale scheda va inviata ai preposti uffici regionali.

10) PREDISPOSIZIONE DI PROCEDURE OBBLIGATORIE INERENTI LE ATTIVITÀ DI RICOVERO

Il percorso per i ricoveri programmati parte da un bisogno di cure del cittadino/ paziente riconosciuto dal medico curante (MMG,PLS) che, in funzione del quadro patologico, prescrive o approfondimenti diagnostici preliminari, o consulenze specialistiche, o direttamente il ricovero.

Lo specialista ambulatoriale è una delle figure che il MMG/PLS può coinvolgere in ulteriori approfondimenti clinico/terapeutici. Egli rilascia un referto sulla base del quale il MMG/PLS confermerà o meno la necessità di proporre il ricovero.

Il Sistema di prenotazione si sostanzia, operativamente, nella costruzione del Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero.

La Direzione Aziendale delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere definisce ed adotta formalmente la struttura dei registri di ricovero (Agende di prenotazione dei ricoveri

programmabili) con la definizione dei campi obbligatori e facoltativi e le procedure per la gestione dei registri eventualmente adeguandole alle specificità dei presidi.

La procedura deve prevedere l'inserimento del dato relativo alle priorità di accesso con modalità coerenti con le indicazioni nazionali e regionali in merito.

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero verifica la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente a: effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa) e pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.). Lo stesso, pertanto, può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.

La richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS assume quindi il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; in caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale. In tal caso lo specialista ospedaliero con utilizza apposita modulistica, predisposta dalla direzione della azienda sanitaria locale nella quale insiste il presidio ospedaliero o dall'azienda ospedaliera e assume la responsabilità delle scelte in merito ad esempio al regime assistenziale o alla classe di priorità.

Nella definizione della modulistica la direzione aziendale avrà cura di prevedere l'inserimento nella modulistica, oltre ai campi anagrafici, anche dei campi: diagnosi, data proposta di ricovero del MMG, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata, e la chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità.

Lo specialista ospedaliero assume l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente. Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce la data di inizio del percorso. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno (l'indicazione nell'agenda della data in cui viene effettuata la prenotazione) ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste. Deve essere possibile anche rilevare il tempo che intercorre tra la data in cui è proposto il ricovero del MMG/PLS/Specialista ambulatoriale e la data in cui si effettua la visita specialistica per la conferma dell'ipotesi del ricovero.

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

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

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

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

Le Aziende Ospedaliere, nel caso non riescono a coprire i tempi massimi di attesa previsti nel presente piano, devono interagire con le Aziende Sanitarie locali tramite la stipula di appositi accordi, per concordare le disponibilità dell'offerta di prestazioni, in modo da creare percorsi alternativi più agevoli per l'utente, nel rispetto del principio della migliore accessibilità sul territorio delle strutture e ponendo particolare attenzione soprattutto per le prestazioni in cui si richiede una più alta specializzazione e professionalità, un caso tipico, evidenziato da un primo monitoraggio, è rappresentato dalle prestazioni cardiologiche, che non tutte le aziende sanitarie erogano o nel caso contrario, non c'è garanzia di rispetto dei tempi di attesa previsti.

Sarà compito dell'Assessorato alla Sanità promuovere programmi di collaborazione fra le diverse realtà ospedaliere e del territorio alla luce anche dei monitoraggi che sono già in corso o in via di attivazione.

11) PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 20 giorni dall'adozione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa, le Aziende sanitarie (AA.SS.LL.- AA.OO.-AA.OO.UU.-IRCCS) adottano un Programma Attuativo Aziendale, strutturato coerentemente con quanto definito in ambito regionale e nel quale danno riscontro anche di tutti gli adempimenti posti in essere.

I programmi attuativi aziendale devono:

- 1) recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket);
- 2) individuare le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 sono garantiti almeno al 90 % dei cittadini richiedenti;
- 3) assicurare la diffusione e l'accesso a tali informazioni in accordo a quanto specificato nel paragrafo 7;
- 4) richiamare i medici prescrittori a una sistematica ed obbligatoria indicazione delle priorità delle richieste di prime visite e prime prestazioni diagnostico/terapeutiche e all'indicazione della diagnosi/sospetto diagnostico;
- 6) promuovere la redazione di protocolli di integrazione Ospedale/territorio relativamente all'accesso alle prestazioni che presentano criticità di attesa nell'Azienda;
- 7) promuovere l'adesione ai percorsi diagnostico terapeutici;
- 8) avviare sistemi di monitoraggio del tasso di utilizzo delle classi di priorità da parte dei singoli prescrittori;
- 9) prevedere la costituzione di una Commissione di esperti come di seguito specificato;
- 10) prevedere l'individuazione di un Referente aziendale unico per le liste d'attesa.

Le Aziende Sanitarie (AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU., IRCCS), entro 5 giorni dall'adozione, trasmettono il proprio Programma Attuativo Aziendale alla Regione che, utilizzando la stessa scheda e metodologia di valutazione del Piano Regionale elaborata dal Comitato LEA (Allegato C), effettua un'analisi e valutazione del Programma stesso e ne restituisce, in breve tempo, il risultato.

Qualora la Regione effettui dei rilievi al Programma Aziendale, l'Azienda è tenuta a conformarsi e a trasmettere il nuovo PAA entro i successivi 10 giorni. Il mancato riscontro sarà preso in considerazione nell'ambito della valutazione degli obiettivi dei Direttori Generali.

Il rispetto dei Tempi di Attesa, infatti, rientra tra gli obiettivi del Direttore Generale, che è responsabile dell'attuazione delle indicazioni regionali circa i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse, nonché di specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori, al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda ed offerta.

L'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, rep.n.1386 dispone testualmente " L'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce un elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del trattamento economico del direttore generale connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti. Il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza ed urgenza all'interno dell'azienda sanitaria anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati".

La Regione Campania, comunque, così come stabilito nel D.P.G n. 293 del 06.12.2011, attraverso la Commissione Tecnica operativa Liste di Attesa, comunque, affiancherà le Aziende Sanitarie nella predisposizione dei loro Programmi Attuativi Aziendali (PAA), e, oltre alla verifica e alla relativa di conformità con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa monitorerà la successivamente la relativa implementazione del PAA stesso.

Le AASSLL, AAOO, AAOOUU e gli IRCCS, in conformità a quanto indicato nella D.G.R.C n. 170/2007, dovranno costituire, con atto formale una Commissione di esperti che, utilizzando la metodologia proprio del governo clinico, orienti l'attività almeno sui seguenti aspetti:

- Analisi dell'offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie;
- Individuazione, definizione e promozione di modelli organizzativi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa;
- Individuazione e definizione dei principali percorsi-diagnostici terapeutici sulla base di linee guida rispondenti ai criteri dell'EBM;
- Individuazione e definizione dei principali criteri e principi dell'appropriatezza prescrittiva;
- Promozione di attività di formazione, per gli operatori sanitari, finalizzate al miglioramento della gestione delle liste di attesa.
- Indirizzi applicativi inerenti gli aspetti organizzativo-gestionali, di natura informativo-semantiche e indicatori di performance dei Centri di Prenotazione, in accordo a quanto previsto al paragrafo 6 del presente Piano.

Le eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione di esperti saranno formalmente adottate dalle direzioni aziendali.

La Commissione di cui sopra dovrà affiancare il referente aziendale unico per le liste di attesa che dovrà essere nominato dalla Direzione Aziendale e dovrà coordinare e sovrintendere a tutte le attività connesse con la gestione delle liste d'attesa.

Tale Referente costituisce l'interfaccia unica dell'azienda verso la Regione e partecipa ai tavoli regionali.

Ogni Azienda deve nominare o riconfermare un proprio Responsabile Unico Tempi di Attesa e comunicarlo all'Assessorato alla Sanità con nota a firma del direttore generale.

12) FLUSSO INFORMATIVO

La Regione Campania per il monitoraggio dei tempi di attesa attiva i seguenti flussi di rilevazione:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori, così come previsto al punto 1, lettera F del PNGLA 2010/2012, i campi di cui al punto 7.1.A del PNGLA stesso;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri, rendendo obbligatorio quanto previsto con Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del settore sanitario n. 6 del 17.01.2011 e D.G.R. C.n.277 del 21.06.2011;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni.

Sono tenute all'adempimento di tale obbligo informativo, ognuna per la parte di propria competenza, tutte le AA.SS.LL., le AA.OO., AA. OO.UU e IRCCS di carattere pubblico che erogano prestazioni del SSR.

Le modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi sopra riportati vengono effettuati secondo apposite le apposite linee guida, definite in accordo tra Ministero, Regioni e Province Autonome ed AgeNaS, riportate all'Allegato D.

ALLEGATI

ALLEGATO A

PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER LE QUALI VANNO FISSATI, GARANTITI E MONITORATI I TEMPI DI ATTESA.

A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice
1.	Visita cardiologia	89.7	08
2.	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologia	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatria	89.7	38
9	Visita urologia	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrice	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1- 88.75.1 – 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2

33	Ecografia Ostetrica-Ginecologica	88.78 – 88.78.2
----	----------------------------------	-----------------

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore
34	Colonscopia	45 .23 - 45 .25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45 .24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45 .13 - 45 .16
37	Elettrocardiogramma	89 .52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89 .50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89 .41 - 89 .43
40	Audiometria	95 .41 .1
41	Spirometria	89 .37 .1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95 .09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN , comprese quelle di cui al punto 4, lettera A del presente Piano Regionale, le classi di priorità con i relativi tempi di attesa sono quelli della sottostante tabella

Prestazioni ambulatoriali (Visite e prestazioni diagnostiche-terapeutiche-riabilitative)	Classi di priorità	Tempi massimi di attesa	- Si riferiscono alle prime visite/accertamenti - Sono esclusi i controlli e gli screening
Tutte le Prestazioni	U	72 ore	Priorità della ricetta del SSN
Visite	B	10 gg	
Prestazioni Strumentali	B	10 gg	
Visite	D	30 gg	
Prestazioni strumentali	D	60 gg	
Tutte le prestazioni	P	180 gg	

Il tempo di attesa per la visita fisiatrica con la classe D è di 30 giorni come per tutte le altre visite.

ALLEGATO B**PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI, GARANTITI E MONITORATI I TEMPI DI ATTESA**

Le prestazioni in regime di ricovero per cui devono essere fissati e monitorati i tempi di attesa sono:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58 .1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia		
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0-53.10	

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale ;

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	Codice intervento	Codice diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60 .5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48 .6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68 .9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36 .10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38 .12	
56	Intervento protesi d'anca	81 .51 - 81 .52 - 81 .53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9	
58	Tonsillectomia	28 .2-28.3	

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day

surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSn e le prestazioni di cui al punto 4, lettera B del presente Piano le classi di priorità, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002, sono le seguenti:

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

ALLEGATO C

TABELLA - Criteri di valutazione dei PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI GOVERNO LISTE DI ATTESA

	CRITERI DI VALUTAZIONE DEI PAA	INDICATORI DI VALUTAZIONE	NOTE
A	Adozione formale del Programma Attuativo Aziendale		Entro i 20 gg dall'adozione del PRGLA + 5 gg per la trasmissione
A1	Atto formale dell'Azienda d'adozione del PAA	Presenza dell'atto aziendale	Punto 11 del PRGLA
A2	Ricognizione degli atti adottati in materia	Presenza nell'atto aziendale	Punto 11 del PRGLA
B	Fissazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa		
B1	Elenco delle prestazioni	Presenza nel PAA	Punto 4 del PRGLA
B2	Tempi massimi d'attesa fissati per le singole prestazioni	Presenza nel PAA	Punto 4 del PRGLA
C	Individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PRGLA		
C1	Promozione dell'appropriatezza della domanda	Indicazione nel PAA delle strategie e metodologie per promuovere il ricorso appropriato alle prestazioni	Punto 3 del PRGLA

C2	Iniziative aziendali per la condivisione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici nell'oncologica e cardiovascolare	implementazione dei percorsi diagnostico terapeutici nell'ambito oncologico e cardiovascolare, con esplicitazione delle prestazioni traccianti d'inizio e termine del PDT. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, 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	Punto 5 del PRGLA
C3	Implementazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio	Indicazione dell'utilizzo sistematico e obbligatorio dei criteri di priorità per stratificare la domanda	Punto 3 del PRGLA
C4	Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti	Presenza delle modalità con cui i programmi attuativi aziendali delimitano gli ambiti territoriali all'interno dei quali sono individuate le strutture e le relative prestazioni da erogare per la garanzia dei tempi massimi di attesa per le prestazioni da erogare	Punto 4 del PRGLA
C5	Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli	Identificazione dei provvedimenti che regolano le procedure di verifica delle prescrizioni delle prestazioni.	Punto 3 del PRGLA

C6	Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.)	Indicazioni nel PAA sulle procedure per la gestione delle agende di prenotazione, anche ai fini dell'utilizzo dei criteri di priorità e della specificazione della tipologia di accesso (1° accesso, approfondimento, controllo, etc.)	Punto 3 del PRGLA
C7	Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP e per la gestione dell'intera offerta tramite il sistema CUP, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP	Identificazione di provvedimenti specifici e recepimento linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP	Punto 6 del PRGLA
C8	Individuazione di iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina	Esplicitazione dei programmi ICT per lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina e sensibilizzazione al perseguimento di iniziative correlate a livello locale	Punto 6 del PRGLA
C9	Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato	Presenza nell'atto aziendale di un Piano di comunicazione aziendale adeguato, comprese le pagine informative dei siti web secondo le modalità condivise tra Ministero della Salute, Agenas, Regioni e PA, con consultazione delle associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti	Sono indicati esplicitamente gli elementi caratterizzanti i Piani aziendali della comunicazione, in particolare sul sistema dell'offerta e sulla sua accessibilità, sulle innovazioni normative ed organizzative, sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, sulle regole a tutela dell'equità e della trasparenza. Punto 7 del PRGLA
C10	Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni	Attuazione delle linee guida per regolare la sospensione dell'erogazione delle prestazioni	Vedi linee guida in vigore Punto 8 del PRGLA

C11	Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa	Esplicitazione nei Programmi attuativi aziendali di misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa	Sono indicate ovvero è prescritto che le AS individuino le condizioni nelle quali sono applicabili le misure in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa Punto 11 del PRGLA
C12	Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa	Esplicitazione, nel PAA o in successivi atti, delle procedure per garantire la trasparenza della libera professione	Ad esempio, prenotazione tramite CUP Punto 9 del PRGLA
D	Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero		
D1	Tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale, secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili"	Presenza, nel PAA delle procedure di verifica secondo le linee guida del Mattone "Tempi di Attesa"	Punto 10 del PRGLA
D2	Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità (DM 8 luglio 2010, come citato in premessa del PNGLA 2010-2012, Decreto Commissario ad Acta del Piano di rientro del settore sanitario n. 6 del 17.01.2011, D.G.R.C n. 493 del 4/10.2011).	Disposizione per l'adeguamento della SDO e del proprio Sistema Informativo per garantire queste procedure, qualora non già adottate	Il campo per la registrazione del dato è obbligatorio sulla base del decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera", che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità Punto 12 del PRGLA
E	Individuazione struttura programma attuativo aziendale		
F	Attuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio		

F1	Monitoraggio ex-post	Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio	Valorizzazione dei seguenti campi attraverso il flusso informativo ex art. 50 della L. 326/2003: Classe Priorità prestazione, Asl di erogazione, Prestazione, Struttura sanitaria erogatrice, Data erogazione prestazione, Data prenotazione prestazione, Garanzia Tempi attesa, Prestazioni in primo accesso. Tali informazioni dovranno essere accompagnate dal dettaglio, ove previsto, delle strutture presenti nell'ambito territoriale in cui deve essere garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% degli utenti. Punto 12 del PRGLA ed Allegato D
F2	Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione	Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio	Monitoraggio delle sospensioni relative alle prestazioni riportate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012. Il metodo di monitoraggio per il primo semestre 2011 è quello attualmente in uso, mentre per il secondo semestre 2011 si prevede di effettuare una sperimentazione per individuare un sistema di monitoraggio più efficace. Punto 12 del PRGLA ed Allegato D
F3	Monitoraggio attività di ricovero		Punto 12 del PRGLA ed Allegato D
F4	Monitoraggio ex-ante	Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio	Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio Punto 11 del PRGLA ed Allegato D
F5	Monitoraggio siti Web	Esplicitazione del recepimento delle modalità condivise per garantire il monitoraggio	Punto 12 del PRGLA ed Allegato D
F6	Monitoraggio ALPI	Esplicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio	Punto 12 del PRGLA ed Allegato D

F7	Monitoraggio PDT	Explicitazione degli adempimenti per garantire il monitoraggio	Punto 12 del PRGLA ed Allegato D
-----------	------------------	---	---

ALLEGATO D**PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE
ATTESA 2010-2012****Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi
informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa****Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero****1. Monitoraggio ex post*****Ambito del monitoraggio***

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 1 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa ex-post.

Contenuti informativi

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

1. **Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

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

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

3. **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

4. **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

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

La valorizzazione del campo “classe di priorità” è obbligatoria solo per il primo accesso. L’indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

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.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D, mentre per le classi U e P, le Regioni e Province Autonome, dovranno fornire al Ministero della Salute indicazioni sulle modalità organizzative di presa in carico degli utenti in relazione alle predette classi. Successivamente a tale ricognizione saranno definiti i criteri per uno specifico monitoraggio, che saranno definiti nell’ultimo trimestre 2011 e successivamente a regime da gennaio 2012

5. Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l’utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell’utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

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.

La valorizzazione del campo “Garanzia dei tempi massimi” è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

6. Codice struttura che ha evaso la ricetta: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Punti di attenzione

In riferimento alle prestazioni ambulatoriali di cui paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono attraverso il flusso dell’articolo 50 i codici delle prestazioni identificate secondo i propri nomenclatori regionali, per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle prestazioni. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice prestazione nomenclatore regionale	Descrizione prestazione nomenclatore regionale	Codice prestazione nomenclatore nazionale	Descrizione prestazione nomenclatore nazionale

In riferimento alle strutture nell’ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell’articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice	Codice struttura	Codice	Codice struttura	Descrizione struttura

Asl	art. 50	Asl	SIS	SIS
-----	---------	-----	-----	-----

Modalità e tempi di trasmissione

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

2. Monitoraggio ex ante

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

In particolare per l'anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	<i>visita cardiologica</i>	89.7
2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	89.7
3	<i>visita endocrinologica</i>	89.7
4	<i>visita neurologica</i>	89.13
5	<i>visita oculistica</i>	95.02
6	<i>visita ortopedica</i>	89.7
7	<i>visita ginecologica</i>	89.26
8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	89.7
9	<i>visita urologica</i>	89.7
10	<i>visita dermatologica</i>	89.7
11	<i>visita fisiatrica</i>	89.7
12	<i>visita gastroenterologica</i>	89.7
13	<i>visita oncologica</i>	89.7
14	<i>visita pneumologica</i>	89.7
17	<i>TAC con e senza contrasto Addome superiore</i>	88.01.2 - 88.01.1;
18	<i>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</i>	88.01.4 - 88.01.3;
19	<i>TAC con e senza contrasto Addome completo</i>	88.01.6 - 88.01.5;
20	<i>TAC con e senza contrasto capo</i>	87.03 – 87.03.1
23	<i>RMN cervello e tronco encefalico</i>	88.91.1 - 88.91.2;
26	<i>RMN colonna vertebrale</i>	88.93 – 88.93.1;
31	<i>Ecografia Addome</i>	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

Per l'anno 2012 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Contenuti informativi

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

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna

con classe di priorità D	quota di prenotazioni con classe di priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sopra indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 2 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate nella settimana indice, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese di maggio e novembre.

3. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri

Ambito della rilevazione

Il Decreto Ministeriale del 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri.

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 3 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa dei ricoveri ospedalieri.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero

Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= ricovero programmato non urgente

2= ricovero urgente

3= ricovero TSO

4= ricovero programmato con preospedalizzazione.

Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).

Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= regime di ricovero ordinario

2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)

Data di prenotazione

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

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

Codice intervento chirurgico

E' relativo agli interventi chirurgici principali o secondari che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.e.i.

Il codice degli interventi chirurgici principali è codificato con 12 caratteri di cui i primi 8 caratteri indicano la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico, i successivi 4 caratteri indicano il codice dell'intervento chirurgico secondo la classificazione internazionale ICD9 CM versione 2007.

Il codice degli altri interventi (secondari) è codificato con 4 caratteri.

Data intervento chirurgico

Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico principale. Campo di 8 caratteri.

Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale	53.0X - 53.1X	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	

54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 -36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 - 00.70 - 00.71 - 00.72 - 00.73	162
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso SDO al NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal **1 luglio 2010**.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità in una percentuale pari al 50% della casistica.

In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del monitoraggio

La rilevazione afferisce alle sospensioni 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 2010-12 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 continuano 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

DETTAGLIO

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

erogazione (STS)	delle attività di erogazione	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 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari
Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

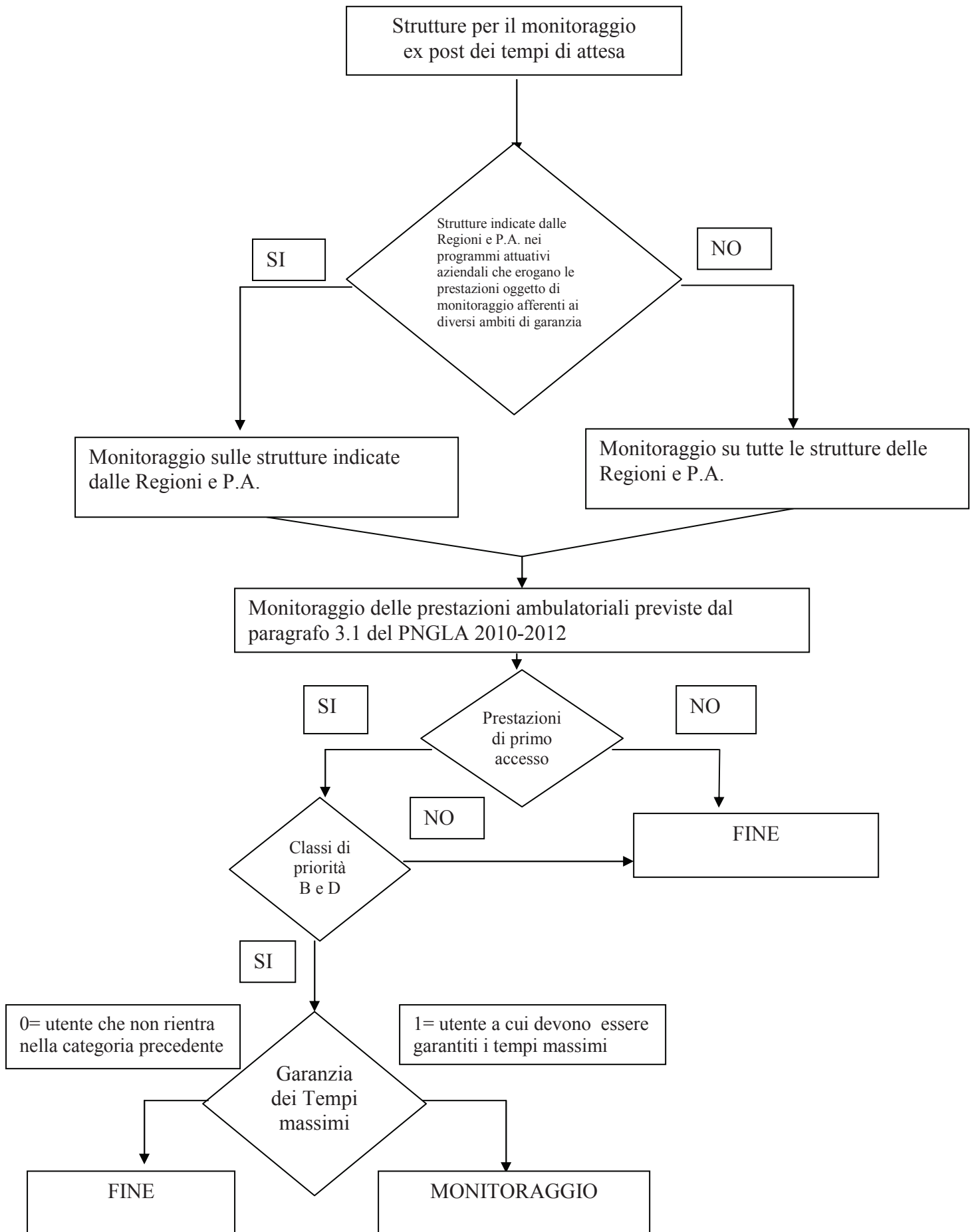
Modalità e tempi di trasmissione

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.

Fino al 1° semestre 2011 il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione si svolgerà secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre, a partire dal II semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione (così come indicato nelle linee guida per la Certificazione LEA al punto F2), una nuova modalità di raccolta delle informazione relative al suddetto ambito di monitoraggio.

ALLEGATI

Allegato 1 – Flowchart per il monitoraggio ex post

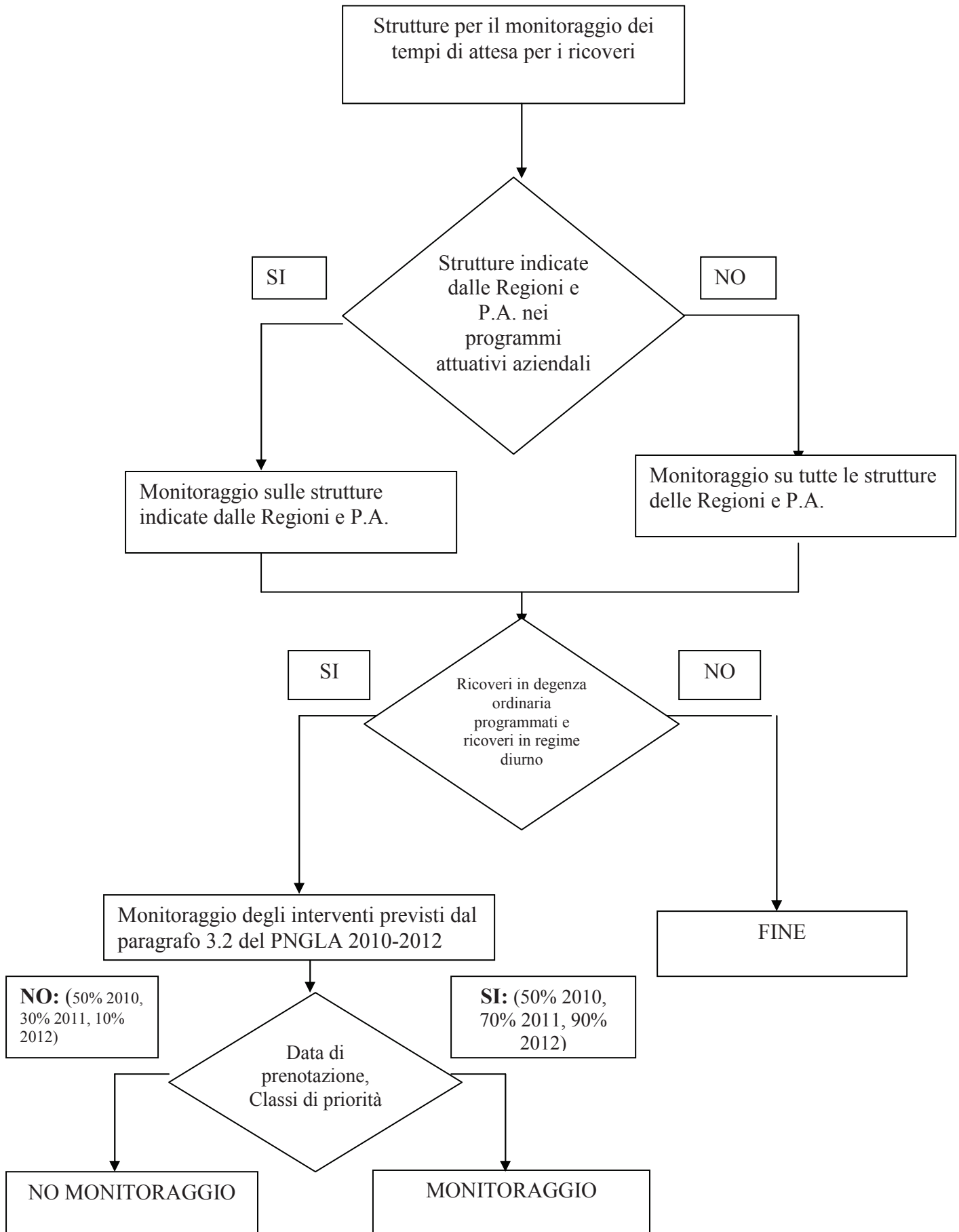


Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

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

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prenotazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

Allegato 3 – Flowchart per il monitoraggio dei ricoveri



Allegato 4 - Codice raggruppamento prestazioni ambulatoriali oggetto di sospensione

Codice raggruppamento	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codici tabella 46 prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012	Codice nomenclatore
1.1	visita cardiologica	1	89.7
1.2	visita chirurgia vascolare	2	89.7
1.3	visita endocrinologica	3	89.7
1.4	visita neurologica	4	89.13
1.5	visita oculistica	5	95.02
1.6	visita ortopedica	6	89.7
1.7	visita ginecologica	7	89.26
1.8	visita otorinolaringoiatra	8	89.7
1.9	visita urologica	9	89.7
1.10	visita dermatologica	10	89.7
1.11	visita fisiatrica	11	89.7
1.12	visita gastroenterologica	12	89.7
1.13	visita oncologica	13	89.7
1.14	visita pneumologica	14	89.7
2.1	Mammografia	15	87.37.1 - 87.37.2
2.2	TAC (con e senza contrasto)	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	87.41 - 87.41.1; 88.01.2 - 88.01.1; 88.01.4 - 88.01.3 88.01.6 - 88.01.5; 87.03 - 87.03.1 88.38.2 - 88.38.1; 88.38.5
2.3	RMN	23, 24, 25, 26	88.91.1 - 88.91.2; 88.95.4 - 88.95.5; 88.94.1 - 88.94.2; 88.93 - 88.93.1;
2.4	ecografia mammella	32	88.73.1 - 88.73.2
2.5	ecografia ostetrico-ginecologica	33	88.78 - 88.78.2;
2.6	Ecografie varie	27, 31	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1; 88.71.4
2.7	ecocolordoppler	28, 29, 30	88.72.3; 88.73.5; 88.77.2;
3.1	Esami endoscopici	34, 35, 36	45.23; 45.25; 45.42; 45.24; 45.13 - 45.16;
3.2	ECG	37, 39	89.52; 89.41 - 89.43;
3.3	ECG Holter	38	89.50
3.4	Audiometria	40	95.41.1
3.5	Spirometria	41	89.37.1 - 89.37.2
3.6	Fondo oculare	42	95.09.1
3.7	Elettromiografia	43	93.08.1
4.1	Chemioterapia ⁽¹⁾	44	99.25; V58.1
4.2	Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾	46	50.11
4.3	Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾	48	53.0 - 53.10

(1) Per le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale

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				