

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. **579** DEL **07 NOV 2019**

STRUTTURA PROPONENTE: UFFICIO DI COORDINAMENTO DELL'AREA DI STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA

**OGGETTO:**

**ADOZIONE DEL PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA AI SENSI DEL PNGLA 2019-21. ESECUZIONE IMMEDIATA.**

La presente deliberazione è stata pubblicata all'ALBO on line  
il **07 NOV 2019** per rimanervi 10  
giorni

Esecutiva per decorrenza termini, trascorsi 10 gg. dalla  
pubblicazione, ai sensi dell'art. 35 della L.R. 32/94,  
il **11.8 NOV 2019**

Inviata al Collegio Sindacale con nota n°  
**20707** del **07 NOV 2019**

Nei casi di controllo preventivo, ai sensi dell'art. 35 della L.R.  
32/94, per la parte non disapplicata, (giusta circolari Regione  
Campania):

Trasmessa all'organo di controllo il

Ricevuta dall'organo di controllo

il \_\_\_\_\_

Approvazione per decorrenza termini (40gg dal ricevimento) il

Approvazione con provvedimento di G.R. n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

Richiesta chiarimenti e/o sospensione termini con provvedimento

G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Annullamento con provvedimento di G.R. n. \_\_\_\_\_

del \_\_\_\_\_

In data **07 NOV 2019**

La D.ssa Anna Maria Minicucci, Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale  
"Santobono - Pausilipon", giusta decreto di nomina n.  
61 del 28/04/2017, alla stregua dell'istruttoria compiuta  
dalla Struttura Complessa proponente o che predispone  
l'istruttoria, nonché dell'espressa dichiarazione di  
regolarità resa dal responsabile di tale Struttura con la  
firma apposta in calce, con l'assenso del Direttore del  
Dipartimento interessato, ove richiesto, ed acquisito il  
parere del Direttore Amministrativo e del Direttore  
Sanitario, ha adottato il seguente provvedimento

Registrazione contabile

Come da allegata scheda contabile

07 NOV 2019

PAG. 2, SEGUE DELIBERA [ 579 ] DEL .....

**Il Coordinatore dell'Area di Staff della Direzione Sanitaria, ad esito di istruttoria, propone quanto segue:**

**PREMESSO**

- Che la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l’art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l’obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- Che l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l’anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- Che la Legge 23 dicembre 2005 n.266 che all’art.1, comma 280, prevede la realizzazione da parte delle Regioni di interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

**VISTA**

- La Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - “Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”;
- La Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con il quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l’attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell’art. 4, comma 2, del D.L. 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 Novembre 2007, n. 222;
- La Delibera del Consiglio dei Ministri dell’11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D’Amario;



- La delibera del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;
- La richiamata deliberazione del 10 luglio 2017 che:
  - assegna al Commissario ad Acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente;
  - individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto IV: "adozione di provvedimenti per il governo delle liste di attesa, prevedendo una riduzione della relativa entro l'anno 2018, in coerenza con il programma operativo 2016-2018";
- La DGRC n. 271 del 12/06/2012 ad oggetto Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010 2012;
- il DCA n.34 del 08/08/2017 avente ad oggetto "Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV), nel quale sono state emanate le Linee di indirizzo per realizzare gli interventi utili da parte delle Aziende Sanitarie atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato previste dal PNGLA 2010-2012, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale;
- il DCA n. 95 del 05/11/2018 avente ad oggetto Modifiche ed Integrazioni DCA 60 del 5.7.2018 "Linee di indirizzo regionali per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N., in cui sono state emanate le linee di indirizzo sopra citate;

#### CONSIDERATO

- Che in sede di Conferenza Stato - Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, è stata sancita Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale



di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

- che le Regioni e le Province Autonome devono recepire la su indicata Intesa sul PNGLA 2019/2021 e adottare un Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021;

#### **PRESO ATTO**

- del Decreto Dirigenziale del Direttore Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del S.S.R. n. 24 del 05/03/2019 con cui è stato costituito l'Organismo Paritetico Regionale ALPI;
- del Decreto Dirigenziale n. 93 del 03/05/2019 avente per oggetto Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019/2021 : recepimento intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 5/6/2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art.1, comma 280, della L. 23 dicembre 2005 n. 266;
- che il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.



**Il Coordinatore dell'Area di Staff della Direzione Sanitaria**  
**Dott. Nicola Silvestri**

*Nicola Silvestri*

#### **PROPONE**

Adottare il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (ai sensi del PNGLA 2019-21) che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento e che sostituisce il precedente ( Delibera n. 421 del 12/11/12).

Trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale nonché, per opportuna conoscenza e per quanto rispettiva competenza, al Responsabile Aziendale Coordinamento Attività Outpatients, ai Direttori Medici di Presidio, ai Direttori di Dipartimento e per il loro tramite a tutti i Dirigenti Medici.

Dare esecuzione immediata al presente provvedimento.

579

07 NOV 2019

PAG. 5, SEGUE DELIBERA N ..... DEL .....

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo, che sottoscrive per conferma

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Giuseppe Gargiulo

**Il Direttore Generale**

Per tutto quanto in premessa espresso, che qui si intende integralmente richiamato:

**DELIBERA**

Adottare il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (ai sensi del PNGLA 2019-21), che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente provvedimento e che sostituisce il precedente ( Delibera n. 421 del 12/11/12).

Dare mandato alla S.C. Affari Generali di trasmettere il presente provvedimento alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale nonché, per opportuna conoscenza e per quanto rispettiva competenza, al Responsabile Aziendale Coordinamento Attività Outpatients, ai Direttori Medici di Presidio, ai Direttori di Dipartimento e per il loro tramite a tutti i Dirigenti Medici.

Dare esecuzione immediata al presente provvedimento.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
Dott.ssa Anna Maria Mincucci

579 14 07 NOV 2019



Azienda Ospedaliera di Rilevo Nazionale

**SANTOBONO  
PAUSILIPON**

**Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon  
Napoli**



# **Piano Aziendale per il governo delle liste di attesa**

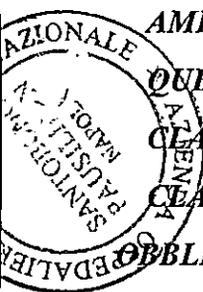
## **2019 - 2021**

Redatto da  
Responsabile Liste di attesa  
Dott.ssa Laura Sorrentino

Approvato  
Direttore Generale  
Dott.ssa Anna Maria Mintucci

Verificato  
Coordinatore Area Direzione Sanitaria  
Dr. Nicola Silvestri

<b>QUADRO NORMATIVO NAZIONALE.....</b>	<b>3</b>
<b>QUADRO NORMATIVO REGIONALE .....</b>	<b>3</b>
<b>QUADRO NORMATIVO</b>	
<b>AZIENDALE.....</b>	<b>4</b>
<b>PREMESSA.....</b>	<b>5</b>
<b>LINEE GENERALI DI INTERVENTO.....</b>	<b>7</b>
<b>AMBITI DI GARANZIA.....</b>	<b>7</b>
<b>QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ.....</b>	<b>7</b>
<b>CLASSI DI PRIORITÀ' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....</b>	<b>8</b>
<b>CLASSI DI PRIORITÀ' DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO .....</b>	<b>9</b>
<b>OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ .....</b>	<b>10</b>
<b>SISTEMA CUP.....</b>	<b>11</b>
<b>RAZIONALIZZAZIONE</b>	
<b>DELL'OFFERTA.....</b>	<b>12</b>
<b>REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO .....</b>	<b>12</b>
<b>PRESTAZIONI GARANTITE.....</b>	<b>13</b>
<b>FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....</b>	<b>14</b>
<b>PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI.....</b>	<b>22</b>
<b>MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI.....</b>	<b>22</b>
<b>ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE .....</b>	<b>23</b>
<b>PROCEDURE DI RICOVERO .....</b>	<b>24</b>
<b>AGENDE DEI RICOVERI.....</b>	<b>24</b>
<b>ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO .....</b>	<b>26</b>
<b>ALLEGATI.....</b>	<b>27</b>
<b>ALLEGATO A GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA.....</b>	<b>28</b>
<b>ALLEGATO B FLUSSI: MONITORAGGIO E TRASMISSIONE.....</b>	<b>36</b>



579

07 NOV 2019

## QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

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

## QUADRO NORMATIVO REGIONALE

- D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001
- D.G.R. n. 3513 del 20.07.01
- D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001

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

579

07 NOV 2019



#### QUADRO NORMATIVO AZIENDALE

- Delibera n.421 del 12/11/12 Adozione PAA (PNGLA 2010/12)
- Delibera n. 233 del 20/5/14 Regolamento Aziendale ALPI

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

La Regione Campania con DCA n. 34/2017 “Interventi per l’efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)” ha emanato le Linee di indirizzo regionali utili a far realizzare alle Aziende Sanitarie gli interventi necessari a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato previste dal precedente PNGLA 2010-2012, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell’attività istituzionale e dell’attività libero professionale.

Successivamente, con il DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio u.s., la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l’adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N.

Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 la Regione ha recepito l’Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Nel D.D. 93/2019 ha individuato quale strumento di governo della domanda il modello Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) per ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con la DCA N. 52 del 4/7/2019 avente ad Oggetto “Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)” la Regione ha redatto il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), in applicazione del PNGLA, con l’obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino. Esso è rivolto principalmente alla promozione del

principio di appropriatezza nell'ambito clinico, organizzativo e prescrittivo, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il governo delle liste di attesa ha sempre rappresentato un problema complesso. L'aumento dell'offerta, infatti, consente un miglioramento del problema solo nell'immediato, mentre nel medio o lungo termine può sortire l'effetto contrario a causa di un incremento di domanda inappropriata indotto dallo stesso incremento di offerta.

Pertanto per garantire un'efficacia duratura l'approccio deve essere necessariamente multidisciplinare ed applicarsi a diversi aspetti.

Il primo è senz'altro quello del rispetto e del controllo dell'appropriatezza, quindi il piano aziendale sui tempi di attesa non può prescindere da quello dei controlli.

Il secondo aspetto è quello che va ad agire sul miglioramento dell'organizzazione e della gestione dell'offerta da parte delle singole strutture, prevedendo anche per quest'aspetto opportuni controlli e indicatori di produttività.

Altro strumento utile al contenimento dei tempi di attesa è rappresentato dall'attività del Centro Unico Prenotazioni (CUP) in cui è compresa anche la gestione dell'attività libero-professionale.

Il seguente Programma Attuativo apporta le modifiche approvate nella Intesa Stato Regioni del 21 Febbraio 2019 ed esplicitate con il DCA Campania n° 52/2019 e sostituisce il testo integrato del programma approvato con la Deliberazione n° 421 del 12/11/12.



## LINEE GENERALI DI INTERVENTO

### **AMBITI DI GARANZIA**

L'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon, nonostante gli oltre 5 anni di Piano di Rientro, che hanno visto il progressivo depauperamento delle proprie risorse professionali, determinatesi a causa del blocco del turnover e aggravato da intervenuti pre-pensionamenti non programmabili, è stata costantemente impegnata nel mettere in atto ogni possibile iniziativa volta a mantenere i livelli di assistenza ed a garantire l'accessibilità del cittadino alla struttura.

Nelle more dell'attuazione di una rete pediatrica regionale e di un'adeguata offerta specialistica territoriale, questa Azienda, impegnata, per *mission*, ad erogare prestazioni in emergenza di III livello e di alta complessità, si trova costretta a garantire al cittadino anche prestazioni pediatriche specialistiche ambulatoriali di I livello.

L'AORN Santobono-Pausilipon garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra tutte le strutture che nell'ambito aziendale la effettuano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia degli standard di qualità.

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

A garanzia della massima trasparenza sul portale web sono riportate sia le prestazioni erogate sia le indicazioni per la attribuzione delle classi di priorità, sia i tempi di attesa del mese indicato.

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

### **QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ**

Ai fini della prenotazione è indispensabile l'indicazione del quesito diagnostico per tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Attualmente la normativa impone, da parte dei Pediatri di libera scelta, l'indicazione, nell'apposito campo della prescrizione del SSN, della classe di priorità per le prescrizioni di primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di paziente cronico, si considerano primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico).

07 NOV 2019

La classe di priorità indica la tempistica di prenotazione della prestazione e pertanto tutte le agende nel sistema CUP sono ripartite in classi e in esse vengono distinte le prestazioni di *primo accesso* e *accesso successivo*.

### **CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

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

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

- *U (Urgente), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;*
- *B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;*
- *D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;*
- *P (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 180 giorni e dal 1/1/2020 entro 120 giorni*

*I criteri che individuano le classi di priorità sono i seguenti:*

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

Nell'allegato Raggruppamenti Omogenei di Attesa (d'ora in avanti RAO) sono contenute le linee guida che, utilizzando criteri clinici, consentono al medico prescrittore l'individuazione delle classi di priorità. E' previsto che il medico prescrittore fornisca al cittadino tutte le informazioni utili riguardo l'inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole.

579 07 NOV 2019

La verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali deve essere effettuata sulle prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/ terapeutiche/ riabilitative, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening .

La scelta dell'utente di uno specifico specialista ambulatoriale o di una data specifica, comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa previsto dalla Classe di priorità.

La scelta viene registrata al CUP o registrata al Call center e riportata sul foglio di prenotazione consegnato all'utente insieme alla data della prima disponibilità rifiutata.

### CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

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

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

I criteri clinici utilizzati sono:

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

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

## PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

### OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ

Il Piano Nazionale Liste di Attesa privilegia in maniera particolare la differenziazione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza, quale strategia utile a razionalizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie e quindi, nel contempo, al contenimento dei tempi di attesa stessi.

quest'obiettivo, che prevede la cooperazione tra medici prescrittori e medici erogatori, è realizzato innanzitutto con l'indicazione, nel campo specifico della prescrizione del SSN, della relativa classe di priorità, in conformità alle indicazioni definite dal PNGLA, a seconda della prestazione, e solo per le prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche.

La classe di priorità indica entro quale lasso di tempo effettuare la prenotazione della prestazione e quindi ad essa è strettamente correlato anche il relativo monitoraggio. Il tempo di attesa individuato dalla classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classe di priorità deve essere indicata dal medico prescrittore con l'apposizione della spunta nell'apposito spazio che, nella procedura CUP, sarà utilizzato per la prenotazione.

#### Indicazioni

Si definisce prima visita quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta e per la prima volta viene formulato il relativo quesito diagnostico, e viene indicata con il termine di "primo accesso".

Gli accessi successivi, i cosiddetti "controlli", sono quelli che, dopo la conclusione dell'iter diagnostico e l'impostazione del piano terapeutico, hanno lo scopo di consentire, su indicazione del medico prescrittore, l'andamento della patologia e/o l'insorgenza di complicanze.

La regolamentazione delle prestazioni esenti per malattie croniche è contenuta nella Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 che 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 per cui è esente". Pertanto tutte le visite attinenti la malattia per la quale vi è l'esenzione sono da considerarsi come "controllo" ma si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico ed anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l'insorgenza o l'evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale. Diverso è, invece, il caso in cui le visite non siano pertinenti alla patologia prevista per l'esenzione, poiché la Circolare precisa che "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."

### **Primi accessi-Definizione**

Sono le prestazioni di primo contatto del cittadino con il SSN per un determinato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e le visite e gli esami strumentali necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico in un paziente cronico.

### **Secondi accessi- Definizione**

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

Inoltre il PNGLA e il PRGLA esplicitano che le prestazioni successive al primo accesso possono essere prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

L'AORN Santobono-Pausilipon ha predisposto le agende in tal senso ma si attendono le direttive regionali in merito al punto E del PRGLA.

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

### **SISTEMA CUP**

Il sistema CUP dell'AORN Santobono-Pausilipon consente la prenotazione e il pagamento ticket di tutte le prestazioni ambulatoriali gestendo mediamente 91768 prestazioni ambulatoriali per anno (dati riferiti al 2018), 15212 prestazioni di laboratorio (anno 2018).

Esso è pronto all'integrazione nel Centro Unico di Prenotazioni Regionale previsto dalla DCA 52/2019 e consente il pieno rispetto delle prescrizioni di cui alle Linee Guida nazionali di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, per quanto riguarda la trasparenza e la completezza dell'informazione, ed è stato

579

07 NOV 2019

integrato predisponendo ed organizzando agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e gestendo anche l'attività libero-professionale.

L' Azienda ha un sistema di prenotazione telefonica e agli sportelli aziendali; alcune prestazioni sono prenotabili anche online ed è di recente attivazione anche un'app per le prenotazioni; in via di convenzione la possibilità di prenotazione tramite farmacie.

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

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

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

### **RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA**

L'AORN Santobono-Pausiliponha attuato le linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010 successivamente riportate anche nel PNGLA 2019-2021, con agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso..

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

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

### **REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO**

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

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

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

I campi del Registro Sospensioni sono quelli previsti dal PNGLA 2019-2021.

Per ogni evento di sospensione viene specificato:

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

Con cadenza semestrale, il referente aziendale, predispone il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

Questo flusso viene inviato alla Regione a firma del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Generale.

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

In accordo al comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

### **PRESTAZIONI GARANTITE**

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

Le prestazioni per le quali secondo il PRGLA 2019-21 vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa comprendono:

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



TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE

N° prog	Prestazione	Cod.No menel	Cod. Branchia	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale	
1	Prima Visita cardiologica	89.7	2	89700.015	VISITA CARDIOLOGICA	
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	5	89700.020	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	
3	Prima Visita endocrinologica	89.7		89700.039	VISITA ENDOCRINOLOGICA	
				9	89700.110	VISITA AUXOLOGICA
					89700.033	VISITA DI NUTRIZIONE CLINICA
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89130.002	VISITA NEUROLOGICA	
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95020.001	VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	
		95.15		95150.001	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89700.060	VISITA ORTOPEDICA	
				89700.090	VISITA TRAUMATOLOGICA	
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7		89700.061	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	
				21	89700.013	VISITA AUDIOLOGICA
					89700.043	VISITA FONIATRICA
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89700.091	VISITA UROLOGICA	
				89700.009	VISITA ANDROLOGICA	
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89700.022	VISITA DERMATOLOGICA	
				89700.025	VISITA DERMATOLOGICA PSORIASI	
				89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89700.041	VISITA FISIATRICA	
				89700.072	VISITA PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE	
				89700.078	VISITA RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE	
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89700.044	VISITA GASTROENTEROLOGICA	



1 579 17

07 NOV 2019

				89700.032	VISITA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE
				89700.040	VISITA EPATOLOGICA
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89700.058	VISITA ONCOLOGICA
				89700.023	VISITA DERMATOLOGICA ONCOLOGICA
				89700.034	VISITA DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89700.075	VISITA PNEUMOLOGICA

### PRESTAZIONI STRUMENTALI

Le seguenti prestazioni strumentali ad elevata complessità quali TC e RMN non vengono erogate ai pazienti esterni in regime ambulatoriale, atteso che in ambito pediatrico tali procedure richiedono la sedazione del paziente e pertanto vengono effettuate in regime di ricovero ordinario o di Day Hospital, previa valutazione da parte del personale interno.

#### Diagnostica per Immagini

N° progr	Prestazione	Codice Nomencl	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
17	TC del Torace	87.41	87410.001	TC DEL TORACE
			87410.002	TC DEL TORACE HR
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87411.001	ANGIO TC DEL TORACE SENZA E CON MDC
			87411.002	TC DEL TORACE, SENZA E CON MDC
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88011.001	TC ADDOME SUP
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88012.001	TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC
			88012.002	ANGIO TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC (COMP AORTA ADDOMINALE)
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88013.001	TC ADDOME INF
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88014.001	ANGIO TC ADDOME INF, SENZA E CON MDC (COMP ART ILIACHE)
			88014.002	TC ADDOME INF, SENZA E CON MDC
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88015.001	TC ADDOME COMPLETO
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88016.001	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC

F579

07 NOV 2019

			88016.002	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER COLONSOPIA VIRTUALE
			88016.003	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER URO-TC
25	TC Cranio — encefalo	87.03	87030.001	TC CRANIO (COMP SELLA TURCICA E ORBITE)
			87030.002	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
			87030.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
			87030.004	TC DEL CAPO NAS
			87030.005	TC ENCEFALO
26	TC Cranio — encefalo senza e con MDC	87.03.1	87031.001	ANGIO TC CRANIO SENZA E CON MDC
			87031.002	TC CRANIO SENZA E CON MDC
			87031.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
			87031.004	TC DEL CAPO, SENZA E CON MDC NAS
			87031.005	TC ENCEFALO SENZA E CON MDC
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88381.001	TC RACHIDE CERVICALE
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88381.002	TC RACHIDE DORSALE
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88381.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACROCOCCIGE
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88382.001	TC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88382.002	TC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC



F579

07 NOV 2019

32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88382.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88385.001	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88911.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
			88911.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
			88911.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88912.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
			88912.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO SENZA E CON MDC
			88912.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88954.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88955.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC
38	RM della colonna in toto	88.93	88930.001	RM RACHIDE CERVICALE
			88930.002	RM RACHIDE DORSALE
			88930.003	RM RACHIDE LOMBOSACRALE
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88931.001	RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
			88931.002	RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
			88931.003	RM RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC



579

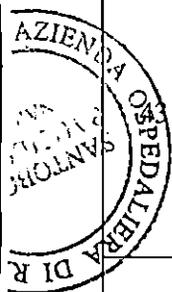
07 NOV 2019

40	Diagnostica ecografica del capo e del collo*	88.71.4	88714.001	ECOGRAFIA COLLO
			88714.002	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI
			88714.003	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88723.001	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO
			88723.002	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA (1)
	Ecografia dell'addome superiore*	88.74.1	88741.001	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE
			88741.002	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI
			88741.003	STUDIO ECOGRAFICO REFLUSSO GASTROESOFAGEO
			88741.004	STUDIO ECOGRAFICO TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO
44	Ecografia dell'addome inferiore*	88.75.1	88751.001	ECOGRAFIA ADDOME INF
			88751.002	ECOGRAFIA ADDOME INF CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINZIONALE (RPM)
45	Ecografia dell'addome* completo	88.76.1	88761.001	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
			88761.002	ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESCICA)

\*Gli esami ecografici non sono prenotabili per l'utenza esterna  
 (1) Esame effettuabile in regime di Day Hospital

**Altri Esami Specialistici**

N° progr	Prestazione	Codice Nomencl	Codice Catalogo Regionale	Descrizione Catalogo regionale
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile**	45.23	45230.001	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DX O PANCOLONSCOPIA
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica**	45.42	45420.001	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile**	45.24	45240.001	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE



54	Esofagogastroduodenoscopia**	45.13	45130.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica**	45.16	45160.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
56	Elettrocardiogramma	89.52	89520.001	ELETTROCARDIOGRAMMA
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)***	89.50	89500.001	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile***	89.41	89410.001	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
59	Altri test cardiovascolari da sforzo***	89.44	89440.001	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
			89440.002	SATE STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95411.001	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
61	Spirometria semplice	89.37.1	89371.001	SPIROMETRIA SEMPLICE
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93081.003	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP DX
			93081.004	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP SX
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93081.001	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF DX
			93081.002	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF SX
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale

579

07 NOV 2019



67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1		Non monitorata in quanto non presente nel catalogo regionale

\*\* Queste procedure in ambito pediatrico vengono effettuate in regime di Day Hospital giacchè richiedono la sedazione del piccolo paziente. Le liste di Day Hospital sono regolarmente informatizzate.

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

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

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 delSSN
Visite	B	10 gg	
Prestazioni Strumentali	B	10 gg	
Visite	D	30 gg	
Prestazioni strumentali	D	60 gg	
Tutte le prestazioni	P	120 gg*	

\* Fino al 31.12.2019 180 gg.

579

07 NOV 2019

Il rispetto di questi tempi di attesa  
oggetto di monitoraggio, devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno  
richiesta presso le strutture erogatrici aziendali.

L'Azienda, per assicurare il diritto al tempo massimo per tali prestazioni, ricerca la prima disponibilità  
nell'ambito del CUP Aziendale.



**PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI**

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

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO</b>			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x-53.1x	

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

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

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

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

**MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA**

Il monitoraggio dei tempi di attesa viene assicurato dagli indicatori previsti dal PRGLA che, per decisione aziendale, saranno verificati con cadenza mensile per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali e con cadenza semestrale per le prestazioni di ricovero.

Alla segnalazione di una tendenza al superamento dei tempi massimi previsti o al superamento in essere, verranno utilizzate le seguenti misure:

- Interventi di overbooking

- Rimodulazione dell'offerta nel senso di un suo aumento;
- Interventi di pulizia delle liste di attesa (recall);
- Riorganizzazione delle diverse fasce orarie di erogazione delle prestazioni (previo accordi sindacali)
- Apertura delle strutture anche nelle ore pomeridiane (ove non sia già in atto), serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria;

Acquisto di prestazioni aggiuntive in libera professione a carico della Azienda e per le quali il cittadino è tenuto a pagare solo la quota di compartecipazione secondo il regime previsto.

Inoltre, al fine di ridurre la percentuale di mancata presentazione alla visita senza disdetta, si sta provvedendo a rendere operativo un servizio di Recall.

#### **ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE**

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

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

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

L'Azienda:

- Ha già disposto che l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia avvenga esclusivamente tramite apposita lista di prenotazione attraverso le procedure del Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- Provvede a garantire il controllo dei volumi delle prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro istituzionale.
- Verifica che, esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possano essere utilizzati anche per



l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

- Favorisce il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, per consentire che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenze organizzative nell'ambito dell'attività istituzionale.
- Compila l'apposita scheda-rilevazione, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione e invia tale scheda ai preposti uffici regionali.

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

Si sta provvedendo a redigere il Nuovo Regolamento, comprendente le modifiche ai sensi degli ultimi atti normativi, compreso il DCA 95/2019, e una volta deliberato sarà inviato agli organi Regionali preposti.

## PROCEDURE DI RICOVERO

### *AGENDE DEI RICOVERI*

Le agende di prenotazione dei ricoveri sono tutte informatizzate, la cui tenuta è presso la sede CUP Aziendale, e prevedono per l'inserimento in lista l'attribuzione della classe di priorità. La Responsabilità di tali agende informatizzate è in capo al Direttore dell'Unità operativa corrispondente; tutte le agende sono collegate al sistema WIRGILIO. Per aprire nuove agende informatizzate di ricovero è necessaria l'autorizzazione del Responsabile aziendale liste di attesa e del Direttore Sanitario Aziendale. A garanzia della maggiore trasparenza possibile, si indicano i campi da compilare obbligatoriamente:

#### **CAMPI DATI PAZIENTE:**

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

- k) Nome del medico prescrittore;
- l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico);
- m) Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore;
- n) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione;
- o) Data prevista per il ricovero;
- p) Data reale del ricovero;
- q) Motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista;
- r) Modalità di accesso (visita ambulatoriale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc).

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

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

Lo stesso medico deve inoltre verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in base al 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 a livello di assistenza ospedaliera.

La richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS pertanto ha il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; nel caso in cui lo specialista ospedaliero non concordi con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza più appropriato per il caso clinico in esame, e attivando direttamente, in condivisione con i genitori del piccolo paziente, un diverso percorso assistenziale. In tal caso lo specialista ospedaliero utilizza l'apposita modulistica, predisposta dalla direzione della Azienda e si assume la responsabilità delle scelte in merito ad esempio al regime assistenziale o alla classe di priorità.

Nella definizione della modulistica sono previsti, oltre ai campi anagrafici, anche i campi:

- diagnosi;
- data proposta di ricovero del MMG;
- data indicata dallo specialista;
- classe di priorità precedente e nuova classe assegnata;

- chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità.

Lo specialista ospedaliero deve inoltre agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

Per quanto attiene la rilevazione dei tempi di attesa, la data di inizio del percorso è costituita dal momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra l'indicazione nell'agenda della data in cui viene effettuata la prenotazione ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste.

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

Il genitore del paziente accede all'accettazione con tale scheda 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

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

### ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

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

- 1) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 2) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 3) Monitoraggio ex post delle prestazioni di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) L'Azienda Santobono-Pausilipon sta implementando due PDTA in ambito cardiovascolare (PDTA Sincope e PDTA Dolore toracico) e pertanto il monitoraggio dei suddetti inizierà al momento dell'adozione formale;
- 6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale ALPI (per conto e a carico dell'utente) intramuraria pura ed intramuraria allargata, effettuato attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>);
- 7) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime libero professionale pura e allargata.

579

07 NOV 2019



## ALLEGATI

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

**ALLEGATO A GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA**

**Agenda chiusa:** Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni.

La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

**Agenda di prenotazione:** strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

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

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

- le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

**Attività libero-professionale intramuraria "allargata":** è l'attività svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramuraria.

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

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

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

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

B= entro 10 gg;

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

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

Per le prestazioni di ricovero sono previsti i seguenti codici:

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.

579

07 NOV 2019

**CUP (Centro unificato di Prenotazione):** sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) e che garantisce lo svolgimento dell'attività delle unità eroganti le prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini.

Questo Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

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

**Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale:** è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui provveda direttamente il pediatra di libera scelta ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto).

Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

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

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

**Data di Prenotazione del ricovero:** corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa

1579

07 NOV 2019

data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

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

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

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

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

Le date indispensabili da avere a sistema dovrebbero però essere almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile, e la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.

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

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

**Erogatore:** struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico e strutture private accreditate.

**Garanzia dei tempi massimi:** indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

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

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

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

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

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

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

**Prestazione in emergenza/urgenza clinica:** per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il quadro clinico contingente, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.) e modalità di accesso differenti (direttamente alle strutture dell'emergenza/urgenza, ovvero attraverso richiesta su ricetta rossa del SSN). Con riferimento a quanto previsto dalla legge 20/2007, si definisce come urgente, indicata con il codice U nel campo 16 della ricetta, quella prestazione che, pur presentando caratteristiche di gravità clinica, può essere erogata in tempo differito ed in regime ambulatoriale, comunque entro le 72 ore dalla prescrizione del medico proponente.

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

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

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

**Ricovero programmato:** per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta,

direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

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

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

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

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

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

**Tipo di accesso:** Per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o

accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

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

1= primo accesso.

0= altra tipologia di accesso.

579

07 NOV 2019

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

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

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

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

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

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

**Volumi erogati:** si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l’attività istituzionale e per l’ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l’insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l’attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di screening e quelle erogate presso le strutture private accreditate.



ALLEGATO B FLUSSI: MONITORAGGIO E TRASMISSIONE

*Ministero della Salute*

**Piano Nazionale  
di Governo delle  
Liste di Attesa  
(PNGLA2019-  
2021)**

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

**Monitoraggio ex post delle prestazioni  
ambulatoriali.**

**Monitoraggio ex ante delle prestazioni  
ambulatoriali.**

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

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

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA PNGLA 2019-2021**Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i  
Monitoraggio dei tempi di attesa****1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali***Ambito del Monitoraggio*

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio.

I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. L'elenco sarà progressivamente incrementato.

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

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

**Contenuti informativi**

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

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

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

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

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

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

B= entro 10 gg

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

P= programmata (con tempistica: 120gg)<sup>(\*)</sup>

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

579

07 NOV 2019

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

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

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

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

**Garanzia dei tempi massimi:** indica le situazioni per le quali il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.

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

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

a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

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

### Modalità e tempi di trasmissione

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

## Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali

### Ambito del monitoraggio

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

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

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

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

### Modalità e tempi di trasmissione

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

Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice, e trasmesse al Ministero della Salute.

Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:

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

Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.

### Contenuti informativi

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

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
<b>Regione</b>	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
<b>Codice ASL</b>	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 afferenti alla ASL)
<b>Anno di riferimento</b>	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
<b>Periodo di riferimento</b>		Inserire un progressivo (1,2,3,4) relativo al trimestre di riferimento

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
<b>Progressivo</b>	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA2019-2021	Inserire numero progressivo
<b>Codice prestazione</b>	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021
<b>Codice Branca</b>	Codice Branca	Indica la branca corrispondente alla prestazione
<b>Codice Disciplina</b>	Codice Disciplina	
<b>Numero di prenotazioni con Classe di priorità B</b>	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con Classe di priorità B, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità B per ciascuna prestazione nel trimestre
<b>N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità B</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
<b>Numero di prenotazioni con classe di priorità D</b>	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, quella quota di prenotazioni con Classe di priorità D, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità D per ciascuna prestazione nel trimestre
<b>N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità D</b>	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.



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





## 2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati

### Ambito della rilevazione

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

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

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

Formula:  $n^{\circ}$  prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa /  $n^{\circ}$  prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile. Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

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

Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 (gg)		
	I quartile	II quartile	III quartile
1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA	67,0	74,5	86,1
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA	43,9	50,8	58,8
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON	81,6	86,7	91,5
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO	64,7	77,8	83,3
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO	76,8	83,5	87,2
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA	80,2	89,1	92,9
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE	65,0	68,1	76,6
8 - BYPASS AORTOCORONARICO	79,7	84,9	91,8
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	54,9	61,0	70,1
11 - Intervento PROTESI d'ANCA	54,7	66,7	74,5
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE	70,4	78,4	89,3
13 - Colectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14 - Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15 - Biopsia cutanea del fegato	92,5	94,0	95,5
16 - Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17 - Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1



579

07 NOV 2019

Note per il calcolo:

1. *Criteri di eleggibilità*

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

2. *Criteri di esclusione*

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



**PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO**

Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0

579

07 NOV 2019

13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

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

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

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

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

1 = Ricovero ordinario

2 = Ricovero diurno (day-hospital/day-surgery)

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

5. Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nel DM8/7/2010 n.135. Valori ammessi:

- A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.

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

- C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

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

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



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

1 = ricovero programmato, non urgente; 2 = ricovero urgente; 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO); 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;

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

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

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.

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

Modalità e tempi di trasmissione:

Trimestrali

<b>Durata della sospensione</b>	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 7giornisolari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari
<b>Causa della sospensione</b>	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

579

07 NOV 2019

<b>Codice prestazioni oggetto di sospensione</b>	Indica il codice delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1	
--	--	--

#### Modalità e tempi di trasmissione

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

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

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

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

