

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)****DECRETO N. 52 DEL 4/7/2019**

**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)**

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 -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")

VISTA 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, che 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;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, 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;

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*";

VISTA 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 DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA 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;

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

VISTA 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.;

VISTA 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",,

VISTA la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, secondo cui *"nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"*;

VISTA la Legge 23 dicembre 2005 n.266 che all'art.1, comma 280, preveda la realizzazione da parte delle Regioni di interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTA la DGRC n. 271 del 12/06/2012 ad oggetto *Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010 2012*;

VISTO il DCA n.34 del 08/08/2017 ad oggetto *Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)*;

VISTO il DCA n. 95 del 05/11/2019 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 In-*

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

tramuraria 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.”;

VISTA la DGRC n. 123 del 02/04/2019 ad oggetto *POR Campania FESR 2014/2020 - Programmazione Interventi di Sanita' Digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania e all'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Seconda Fase - Obiettivo Specifico 2.2 - Azione 2.2.1.*

PREMESSO 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.;

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;*

CONSIDERATO, altresì, 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;

VISTO il Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 con cui è stata recepita la suddetta Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR;

DECRETA

per tutto quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1. di **RECEPIRE** l'Intesa sul PNGLA 2019/2021 (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019;
2. di **ADOTTARE** il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 di cui all'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto, unitamente al PNGLA 2019-2021;



Regione Campania

**Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi;
4. di **INVIARE** il presente decreto all'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al B.U.R.C. per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

1. INTRODUZIONE

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

Con successivo DCA 47/2017 è stato istituito un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è stata costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori e obiettivi) ed incontri continui di briefing con i referenti unici aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

Con DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio u.s., la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N. ed ha istituito l'Organismo Paritetico Regionale in materia di ALPI, costituito con successivo Decreto Dirigenziale n.24/2019 con il compito, tra gli altri, di controllo e stesura della proposta da inviare all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale per la predisposizione da parte del Ministero della Salute della relazione annuale al Parlamento sulla riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale.

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

promosso quale strumento di governo della domanda, il modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati.

Con la DGRC n. 123 del 02/04/2019 ad oggetto POR Campania FESR 2014/2020 - Programmazione Interventi di Sanita' Digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania e all'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Seconda Fase - Obiettivo Specifico 2.2 - Azione 2.2.1. la Regione Campania ha previsto fondi dedicati per l' analisi, la progettazione e l'implementazione del CUP Regionale nonché fondi per il cruscotto per il monitoraggio delle liste di attesa.

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

Per l'organizzazione delle agende, sia per prestazioni specialistiche ambulatoriali che per ricovero, a oggi, le Aziende Sanitarie campane si sono adoperate affinché tutte le agende aziendali fossero informatizzate e visibili sul CUP Aziendale, organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tenere separata

prescrittiva, attività di overbooking, recall e disdetta delle prenotazioni, massima trasparenza sia per le prestazioni erogate in regime istituzionale che per quelle erogate in ALPI. Oltre all'aumento dell'offerta attraverso la rimodulazione dell'offerta pubblico/privato accreditato, ulteriori modalità organizzative poste in essere sono: l'implemento dell'offering ambulatoriale in base alle classi di priorità grazie anche ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale; l'apertura supplementare di sedute ambulatoriali oltre l'orario previsto e/o anche di sabato finanziate dal fondo Balduzzi del 5% nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia); attuazione di diverse progettualità attingendo da ulteriori fondi disponibili oltre quelli previsti dalla legge Balduzzi; la riallocazione delle risorse; l'incremento del numero di ore di sala operatoria e/o la concomitante disponibilità di nuove sale operatorie con conseguente maggior numero di interventi; la stesura di protocolli concordati tra AA.OO, AA.SS.LL. ed eventualmente centri privati accreditati del territorio di competenza al fine di migliorare l'offerta assistenziale.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), in applicazione del PNLGA, ha l'obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino ed è rivolto principalmente alla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il Piano regionale mira, inoltre, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:

A. **prevede** il rispetto, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed IRCCS, dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni individuate nello stesso

B. **individua** l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi di cui al PNLGA nonché al presente Piano

di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità

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

E. **prevede** che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione

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

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

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

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

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

J. **individua i seguenti Monitoraggi:**

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime

istituzionale

- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività istituzionale, attività ALPI e privata accreditata) nel sistema CUP

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale Regionale e del Ministero della Salute

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

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

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

ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale

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

Q. prevede altresì l'attivazione di percorsi di tutela e di garanzia per l'accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Azienda

Il PRGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa va messo a disposizione sul portale della Regione e, **entro 30 giorni** dalla sua adozione, va trasmesso alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Le Aziende si impegnano a garantire:

1. il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio;
2. la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria;
3. l'aggiornamento degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione nell'ambito territoriale di garanzia), viene messo in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente;
4. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
5. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Nel Piano Attuativo Aziendale, ciascuna Azienda dovrà riportare la valutazione del fabbisogno

parecchiature, l'elenco di quelle in uso la finologia (con evidenza delle ussolete), la localizzazione per ambito di garanzia e il relativo tempo di utilizzo al netto dei fermi macchina per guasto/manutenzione;

6. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
7. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva;
8. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
9. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
10. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
11. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del

12. l'attuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le equipe, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo i programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini del rispetto dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti;
13. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;
14. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
15. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa – v. Allegato B del PNGLA 2019/2021
16. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
17. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del

Tale servizio deve consentire all'utente di:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
 - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
18. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
19. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
20. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PRGLA sono quelle inserite nei punti **3.1**, **3.2** e **3.3**. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione:

- le visite di primo accesso e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Sono invece escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti prestazioni specialistiche:

- le prestazioni di controllo
- le prestazioni di screening

- le prestazioni erogate nei consultori
- le prestazioni erogate in contesti assistenziali diversi dal livello di assistenza ambulatoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, SerT, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile)

3.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021).

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

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

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

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

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

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

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3

23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1

46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2

64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Aziende prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alle tabelle sotto riportate

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare

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

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 (es. informazioni circa il pre-ricovero).

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

I Piani Aziendali delle Liste di Attesa (PAGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, realizzando l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche nel pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione.

Il monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione del seguente indicatore:

“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità A”.

Il tempo di attesa, valido per il calcolo dell'indicatore, sarà misurato come differenza tra la data di ammissione e la data di prenotazione del ricovero.

I campi del tracciato SDO necessari al corretto calcolo del tempo di attesa sono quindi i seguenti:

avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Tala data rappresenta quindi la conferma dell'indicazione, ovvero la convalida, da parte dello specialista.

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

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

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

14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
-----------	----------------	-----------------------	--

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

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

3.3 Prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica

Con il PNGLA 2010-2012 sono stati monitorati i percorsi diagnostico terapeutici (PDT) relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare secondo una metodologia predisposta dall'AGENAS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute.

In questi anni lo scopo del monitoraggio è stato quello di verificare che i pazienti con determinati problemi di salute avessero completato il proprio percorso diagnostico terapeutico in tempi congrui.

I tempi massimi d'attesa per ciascun percorso diagnostico terapeutico, per le patologie oggetto di monitoraggio, non dovevano essere superiori ai 30 giorni per la formulazione della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica per almeno il 90% dei pazienti.

Il monitoraggio dei PDT previsto dal PNGLA 2019-2021 avverrà secondo le Linee Guida che saranno definite dall'Osservatorio Nazionale Liste di Attesa.

4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

4.1 Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Aziende assicurano il rispetto delle

attuali sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano, tra l'altro, adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale e all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

4.2 Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta dall'Azienda economicamente, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

5. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

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

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero

onale intramuraria - ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera
n. 41 del 22 Luglio 2019
one intramuraria ed intramuraria all' PARTE I Atti della Regione il
portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad
oggi in fase di revisione;

- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di
- sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

5.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post*

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post* viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n.326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B al PNGLA 2019-2021). Dal 2020 sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

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:

- a) Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- b) Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.
- c) 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

approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

d) Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

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

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

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

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

I campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" devono essere valorizzati da parte dell'erogatore.

Tutti i dati devono essere trasmessi da parte della struttura erogante pubblica o privata, anche se riferiti a ricette dematerializzate già trasmesse on line, al Sistema TS nel flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione.

Le Aziende devono individuare nel Piano attuativo aziendale le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche ed eventualmente le strutture private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale della Regione e del Ministero della Salute.

Monitoraggio *ex ante* per le prestazioni ambulatoriali istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

Va garantito il rispetto dei tempi d'attesa almeno per il 90% delle prestazioni oggetto di monitoraggio

5.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PRGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

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

Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Aziende devono adottare un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni *ex ante*.

Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

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

Formola: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/no prestazioni totali per Classe di priorità A.

che entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di validità 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 (v. Allegato B al PNGLA 2019-2021). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 01 PARTE I Atti della Regione 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

5.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le Aziende devono prevedere le modalità atte a gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.

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

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

5.5 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

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

5.6 Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida dell'AGENAS.

AGENAS effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa e trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'*Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.*

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

La comunicazione su tempi e liste di attesa va realizzata attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web.

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

Il sito web aziendale istituzionale deve:

- a) presentare sulla pagina principale un link verso tempi e liste di attesa
- b) presentare dati aggregati per le prestazioni traccianti
- c) essere accessibile secondo le Linee Guida AGID
- d) consentire la Prenotazione online
- e) favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità
- f) contenere un sistema di CUP online che permette di:

consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità sia in attività istituzionale che in attività libera intramoenia;

- annullare le prenotazioni;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;

g) presentare il Programma Attuativo Aziendale

È compito della Regione effettuare il Monitoraggio di verifica della presenza delle informazioni su tempi e sulle liste di attesa sui siti Web delle Aziende.

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

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)****DECRETO N. 23 DEL 24/01/2020**

OGGETTO: Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 _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).

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 acta 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)

VISTA 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, che 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;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, 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;

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";

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con la 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 DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA 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;

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

VISTA la deliberazione 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.;

VISTA 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",,

VISTA la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

RICHIAMATA la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, secondo cui *"nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro"*;

PREMESSO che

- la Legge 23 dicembre 2005, n.266 all'art.1, comma 280, prevede la realizzazione da parte delle Regioni di interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- con DGRC n. 271 del 12/06/2012 è stato adottato il *Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010 2012*;
- con 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"* è stato disposto, tra l'altro, che ciascuna Azienda Sanitaria, previo adeguamento del proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA) già

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

adottato ai sensi della DGRC n. 271/2012, realizzi gli interventi utili per garantire il rispetto dei tempi di attesa, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche descritti nelle Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018, riportate nell'Allegato B al decreto medesimo;

- con DCA n. 95 del 05/11/2018 sono state approvate “*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.”*”, di cui all'allegato A al medesimo decreto;
- con DGRC n. 123 del 02/04/2019 sono stati programmati interventi in materia di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania;

CONSIDERATO

- 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.i.;

- 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;*

CONSIDERATO, altresì, 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;

VISTO il Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 con cui è stata recepita la suddetta Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;

VISTO il D.C.A. n. 52 del 04/07/2019 pubblicato sul BURC n. 41 del 22/07/2019 che ha recepito l'Intesa sul PNGLA 2019/2021 (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019 e ha adottato il *Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021;*

TENUTO CONTO che per la piena attuazione del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di attesa è stato istituito, con Decreto Ministeriale del 20 giugno 2019, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, composto dai Rappresentan-

**Regione Campania****Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

ti del Ministero della Salute, dell' AGENAS, delle Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute;

TENUTO CONTO, altresì, che una delle linee di attività dell' Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa consiste nell'analizzare i singoli Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa;

PRESO ATTO della Relazione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa a seguito della seduta plenaria del 17 dicembre 2019, in cui si invitano le Regioni e le Province Autonome, per le indicazioni fornite, ad integrare ed a modificare i propri Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa;

CONSIDERATO che nella Relazione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, viene richiesto alla Regione Campania *di esplicitare in maniera più esaustiva i percorsi di garanzia che devono essere resi disponibili nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione;*

RITENUTO di dover modificare ed integrare l'art.2 dell'Allegato A al D.C.A. n. 52/2019 recante "*Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa*" secondo quanto richiesto;

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR

DECRETA

per tutto quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1. di **APPROVARE**, a parziale integrazione e modifica del DCA n. 52 del 4/07/2019, il documento recante "*Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa*", allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di **CONFERMARE** il DCA. n. 52 del 04.07.2019 per le restanti parti;
3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento all'Ufficio di Programmazione del Ministero della Salute;
4. di **INVIARE** il presente provvedimento all'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al B.U.R.C. per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

Allegato A

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

1. INTRODUZIONE

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

Con successivo DCA 47/2017 è stato istituito un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale mediante il quale è stata costantemente monitorata l'attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori e obiettivi) ed incontri continui di briefing con i referenti unici aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali.

Con DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio u.s., la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l'adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N. ed ha istituito l'Organismo Paritetico Regionale in materia di ALPI, costituito con successivo Decreto Dirigenziale n.24/2019 con il compito, tra gli altri, di controllo e stesura della proposta da inviare all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale per la predisposizione da parte del Ministero della Salute della relazione annuale al Parlamento sulla riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale.

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

Con la DGRC n. 123 del 02/04/2019 ad oggetto POR Campania FESR 2014/2020 - Programmazione Interventi di Sanita' Digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania e all'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Seconda Fase - Obiettivo Specifico 2.2 - Azione 2.2.1. la Regione Campania ha previsto fondi dedicati per l'analisi, la progettazione e l'implementazione del CUP Regionale nonché fondi per il cruscotto per il monitoraggio delle liste di attesa.

Il CUP regionale, che andrà a regime entro la fine del 2020, gestirà in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate e dovrà intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple. Un tale sistema consentirà una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Li-

nee guida nazionali, predisposte dal Ministero della salute, in collaborazione con le Regioni e su cui è stata acquisita, il 29 aprile 2010, l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP – Linee guida nazionali". Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010). Il Coordinamento regionale è garantito dall'utilizzo di una piattaforma unica, centralizzata di prenotazione, che consentirà di avere dati uniformi, coerenti e completi in tempo reale. In questo modo sarà possibile attuare misure di politica sanitaria mirate e basate su dati oggettivi. Contestualmente è in fase di attuazione la Piattaforma per le Liste di Attesa, ossia un cruscotto informatizzato per la raccolta e l'elaborazione dei dati provenienti dalle Aziende e dal privato accreditato, dal quale si possono evincere reportistiche puntuali su ogni aspetto, primi fra tutti quelli a maggior rischio di scarsa trasparenza (prenotazioni e liste di attesa, coerenza tra attività istituzionali ed intramurarie et al.)

Per l'organizzazione delle agende, sia per prestazioni specialistiche ambulatoriali che per ricovero, a oggi, le Aziende Sanitarie campane si sono adoperate affinché tutte le agende aziendali fossero informatizzate e visibili sul CUP Aziendale, organizzate secondo classi di priorità, strutturate in modo da tenere separata l'attività istituzionale da quella libera professionale e i primi accessi dagli accessi successivi. Le Aziende garantiscono, inoltre, il controllo dell'appropriatezza prescrittiva, attività di overbooking, recall e disdetta delle prenotazioni, massima trasparenza sia per le prestazioni erogate in regime istituzionale che per quelle erogate in ALPI. Oltre all'aumento dell'offerta attraverso la rimodulazione dell'offerta pubblico/privato accreditato, ulteriori modalità organizzative poste in essere sono: l'implemento dell'offering ambulatoriale in base alle classi di priorità grazie anche ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale; l'apertura supplementare di sedute ambulatoriali oltre l'orario previsto e/o anche di sabato finanziate dal fondo Balduzzi del 5% nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia); attuazione di diverse progettualità attingendo da ulteriori fondi disponibili oltre quelli previsti dalla legge Balduzzi; la riallocazione delle risorse; l'incremento del numero di ore di sala operatoria e/o la concomitante disponibilità di nuove sale operatorie con conseguente maggior numero di interventi; la stesura di protocolli concordati tra AA.OO, AA.SS.LL. ed eventualmente centri privati accreditati del territorio di competenza al fine di migliorare l'offerta assistenziale.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), in applicazione del PNLGA, ha l'obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino ed è rivolto principalmente alla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il Piano regionale mira, inoltre, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:

A. prevede il rispetto, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed IRCCS, dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni individuate nello stesso

B. individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi di cui al PNLGA nonché al presente Piano

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

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

E. prevede che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione

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

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

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

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

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

J. individua i seguenti Monitoraggi:

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate

ai tempi e alle liste di attesa

- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività istituzionale, attività ALPI e privata accreditata) nel sistema CUP

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale Regionale e del Ministero della Salute

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

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

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

O. considera fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale

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

Q. prevede altresì l'attivazione di percorsi di tutela e di garanzia per l'accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Azienda

Il PRGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche.

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa va messo a disposizione sul portale della Regione e, **entro 30 giorni** dalla sua adozione, va trasmesso alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

2. LINEE DI INTERVENTO CHE LE AZIENDE GARANTISCONO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA NEI PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI.

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale è pubblicato sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione, le singole Aziende Sanitarie, attraverso il monitoraggio continuo effettuato dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI unitamente all'Organismo Paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rendono disponibili i seguenti percorsi di tutela:

1. la possibilità di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, oltre all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
2. l'aggiornamento degli Ambiti territoriali di Garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa; gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice; a tale scopo, il CUP propone, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale;
3. l'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa;
4. l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le equipe, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo i programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini del rispetto dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Qualora le azioni previste dalle Aziende Sanitarie nei propri Piani Attuativi dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione del CUP regionale con l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di

prestazioni sanitarie sul territorio regionale, viene messo in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente; in questo modo, le prestazioni "di che trattasi" potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici.

Le Aziende si impegnano, altresì, a garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio:

1. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;
2. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
3. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva;
4. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli;
5. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata;
6. la realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha "in carico il paziente" di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo;
7. l'individuazione delle modalità organizzative attraverso cui si garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano;
8. la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfornamento dei tempi

di attesa massimi ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs 229/99;

9. l'attivazione dell'Organismo paritetico aziendale per le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;
10. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa – v. Allegato B del PNGLA 2019/2021
11. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
12. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
 - favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità;
13. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
14. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
15. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PRGLA sono quelle inserite nei punti **3.1, 3.2 e 3.3**. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate. Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione:

- le visite di primo accesso e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Sono invece escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti prestazioni specialistiche:

- le prestazioni di controllo
- le prestazioni di screening
- le prestazioni con classe U (Urgente)
- le prestazioni erogate nei consultori
- le prestazioni erogate in contesti assistenziali diversi dal livello di assistenza ambulatoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, SerT, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile)

3.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021).

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

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

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

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

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;

D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni*

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

VISITE SPECIALISTICHE

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4

23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1

46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclature	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non	93.08.1	93.08.A

	associabile a 93.09.1 e 93.09.2		
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE . Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Aziende prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alle tabelle sotto riportate

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

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

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 (es. informazioni circa il pre-ricovero).

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

I Piani Aziendali delle Liste di Attesa (PAGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, realizzando l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche nel pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione.

Il monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione del seguente indicatore:

“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità A”.

Il tempo di attesa, valido per il calcolo dell'indicatore, sarà misurato come differenza tra la data di ammissione e la data di prenotazione del ricovero.

I campi del tracciato SDO necessari al corretto calcolo del tempo di attesa sono quindi i seguenti:

1. Data di prenotazione (inserimento in lista): corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Tala data rappresenta quindi la conferma dell'indicazione, ovvero la convalida, da parte dello specialista.
2. Data di ammissione: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5

4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (I)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (I)	53.0x- 53.1x	

(I) Le Aziende che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

3.3 Prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica

Con il PNGLA 2010-2012 sono stati monitorati i percorsi diagnostico terapeutici (PDT) relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare secondo una metodologia predisposta dall'AGENAS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute. In questi anni lo scopo del monitoraggio è stato quello di verificare che i pazienti con determinati problemi di salute avessero completato il proprio percorso diagnostico terapeutico in tempi congrui.

I tempi massimi d'attesa per ciascun percorso diagnostico terapeutico, per le patologie oggetto di monitoraggio, non dovevano essere superiori ai 30 giorni per la formulazione della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica per almeno il 90% dei pazienti.

Il monitoraggio dei PDT previsto dal PNGLA 2019-2021 avverrà secondo le Linee Guida che saranno definite dall'Osservatorio Nazionale Liste di Attesa.

4. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

4.1 Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Aziende assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, nazionali e regionali, nonché dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano, tra l'altro, adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale e all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

4.2 Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta dall'Azienda economicamente, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

5. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

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

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;

- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria - ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

5.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post*

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post* viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n.326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B al PNGLA 2019-2021). Dal 2020 sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

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:

- α) Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- β) Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.
- γ) 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).
- δ) Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- ε) Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità indicata in ricetta.

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

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

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

I campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" devono essere valorizzati da parte dell'erogatore.

Tutti i dati devono essere trasmessi da parte della struttura erogante pubblica o privata, anche se riferiti a ricette dematerializzate già trasmesse on line, al Sistema TS nel flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione.

Le Aziende devono individuare nel Piano attuativo aziendale le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche ed eventualmente le strutture private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale della Regione e del Ministero della Salute.

5.2 Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

Va garantito il rispetto dei tempi d'attesa almeno per il 90% delle prestazioni oggetto di monitoraggio

5.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO – v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PRGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

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

Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Aziende devono adottare un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.

Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

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

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/no 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 (Il quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (v. Allegato B al PNGLA 2019-2021). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

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

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

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

5.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le Aziende devono prevedere le modalità atte a gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.

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

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

La Regione provvederà ad un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

5.5 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

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

5.6 Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida dell'AGENAS.

AGENAS effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa e trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'*Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.*

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

La comunicazione su tempi e liste di attesa va realizzata attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web.

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

Il sito web aziendale istituzionale deve:

- α) presentare sulla pagina principale un link verso tempi e liste di attesa
- β) presentare dati aggregati per le prestazioni traccianti
- χ) essere accessibile secondo le Linee Guida AGID
- δ) consentire la Prenotazione online
- ε) favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità
- φ) contenere un sistema di CUP online che permette di:
 - consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità sia in attività istituzionale che in attività libera intramoenia;
 - annullare le prenotazioni;
 - pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito; visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;
- γ) presentare il Programma Attuativo Aziendale

È compito della Regione effettuare il Monitoraggio di verifica della presenza delle informazioni su tempi e sulle liste di attesa sui siti Web delle Aziende.

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