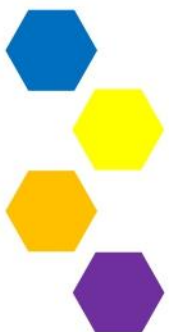




ASL CASERTA



Piano Attuativo Aziendale per il Governo dei Tempi di Attesa



***Ai Cittadini Campani e
Per i Cittadini Campani***

“L'obiettivo non è lavorare di più, ma lavorare meglio”

Con questo piano, l'ASL di Caserta non si limita ad applicare la norma, ma propone un modello di efficienza che unisce rigore amministrativo e tutela della salute dei cittadini.



Sommario

1. Premessa	pag. 4
2. Organizzazione Aziendale	pag. 5
2.1 Centro Unico Regionale	
3. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie	pag. 6
3.1 Prescrizioni a carico del SSR	
3.2 Prescrizioni non a carico del SSR	
3.3 Accesso diretto	
3.4 Libera professione Intramoenia	
4. Corretta compilazione della prescrizione	pag. 8
4.1 Tipologia di Accesso	
4.2 Classi di priorità	
4.3 Quesito Diagnostico	
4.4 Validità della Impegnativa	
5. Governo delle prestazioni	pag. 10
5.1 Dalle prestazioni ai percorsi	
5.2 Agende e registri di prenotazione	
5.3 Garanzia dei tempi massimi	
5.4 Percorsi di Tutela	
5.5 Responsabilità dell'utente	
6. Strumenti di governo delle risorse	pag. 13
6.1 Modelli di Appropriatezza Prescrittiva	
6.2 Linee di intervento	
6.3 Rimodulazione delle ore di specialistica ambulatoriale	
6.4 Sviluppo della Telemedicina	
7. Monitoraggio Liste di attesa	pag. 16
Riferimenti Normativi	pag. 17



1. PREMESSA

Il presente Piano Attuativo Aziendale Liste d'Attesa costituisce aggiornamento al Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle liste di attesa, giusta delibera del Direttore Generale n. 1201 del 22/07/2021 "Modifica al Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa ai sensi del DCA n.23 del 24/10/2020", con l'obiettivo di migliorare l'efficienza e l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili, promuovendo il principio di appropriatezza nelle sue tre dimensioni: clinica, organizzativa e prescrittiva.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve, infatti, necessariamente, contemplare differenti aspetti.

Il primo è quello della verifica dell'appropriatezza ed in questo senso il Piano Aziendale sui tempi di attesa deve affiancarsi al Piano dei controlli.

L'altro è quello della migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte delle strutture, anche questa regolamentata e verificata con opportuni controlli e indicatori di produttività.

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

In linea con i recenti aggiornamenti legislativi contenuti nelle seguenti norme:

- Decreto- Legge 07 giugno 2024 n. 73 "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*". (G.U. Serie Generale, n. 132 del 07 giugno 2024);
- Accordo Stato - Regioni del 25 Gennaio 2024 "*Linee di indirizzo – Requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi sui siti web di Regioni, Province autonome e aziende sanitarie*";
- Decreto Ministero della Salute del 25 novembre 2024 "*Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*" MEF. G.U. 27 dicembre 2024.
- Decreto del Ministero della Salute – 17 febbraio 2025 - Linee guida di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) Allegato A. Gennaio 2025;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri DAR0002435 del 11/02/2025 "*Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2025-2027*";

si è ritenuto opportuno rivisitare, in attesa della definitiva approvazione del PNGL 2025-2027, le linee di intervento finalizzate a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.



2. ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Il governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già da anni. La logica della organizzazione della offerta di servizi dovrà rispondere ai criteri di massima disponibilità, massimo miglioramento della appropriatezza e confronto fra professionisti con la finalità di effettuare richieste di prestazioni effettivamente necessarie e mirate.

2.1 Il Cup Aziendale

Uno degli ambiti della sanità digitale che ha contribuito a facilitare l'accesso all'assistenza in tempi rapidi è la presenza di sistemi evoluti per la prenotazione unificata delle prestazioni, attraverso il **Centro Unico di Prenotazione (CUP)**, che consentono al cittadino di effettuare la prenotazione ai servizi sanitari attraverso **diversi canali digitali di comunicazione** (portale internet – sinfonia.regione.campania.it-, applicazioni mobile – SINFONIA Salute REGIONE CAMPANIA -, nonché presso le farmacie) che, mediante una gestione integrata delle agende di prenotazione, favoriscono l'accessibilità dell'assistenza e la riduzione dei tempi di attesa.

Oltre ai moderni canali di comunicazione citati, l'ASL Caserta garantisce al cittadino la possibilità di prenotare mediante un call center dedicato; inoltre, sono presenti punti CUP fisici presso tutti i Distretti ed Ospedali.

Per Centro Unico di Prenotazione, si intende il **sistema centralizzato informatizzato di prenotazione** delle prestazioni sanitarie, deputato a:

- gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, libera professione intramoenia e Medicina Legale) con efficienza;
- strutturare in modo organizzato e flessibile l'attività delle unità produttive per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni;
- interfacciare le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni;
- supportare modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Il Sistema, formato nel suo complesso da più procedure, consente di ottimizzare l'offerta verso il cittadino, confrontando stime relative a fabbisogno ed offerta. Esso infatti facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e monitora la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscono informazioni ai fini del governo delle liste di attesa. L'applicativo informatico utilizzato in tutta la Regione Campania per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie è Sinfonia CUP UNICO REGIONALE: fonda la sua struttura su agende di prenotazioni digitali, che si concretizzano in un calendario di prenotazioni a disposizione del CUP, inteso sia come sportelli fisici, sia come canali digitali, consentendo di verificare la disponibilità dell'offerta sanitaria nelle strutture pubbliche ed in quelle private accreditate.

Come buona pratica facilitante le comunicazioni, è fortemente raccomandato agli operatori, in fase di prenotazione presso un qualsiasi punto di prenotazione, chiedere al richiedente/utente numero di cellulare ed email per future richieste di conferma/disdetta/spostamento dell'appuntamento; inoltre gli operatori sono tenuti a rilasciare all'assistito il "Voucher di prenotazione", generato dal CUP a valle delle operazioni di prenotazione. Tale voucher contiene informazioni fondamentali per l'assistito, tra cui le note di prenotazione per la prestazione prenotata, essenziali per garantire il corretto svolgimento dell'esame o della visita da parte dell'assistito.



3. MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La prescrizione è un atto professionale emesso da un medico abilitato che autorizza il paziente a ottenere farmaci, esami diagnostici o terapie specifiche. Può essere a carico del SSR (bianca dematerializzata o “rossa”) o non a carico del SSR (su carta semplice)

3.1. Prescrizioni a carico SSR

La prescrizione a carico del SSR permette di accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dai Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Ogni ricetta prevede la possibilità di prescrivere un massimo di 8 (otto) prestazioni singole appartenenti alla stessa branca specialistica. Su una ricetta non possono essere prescritte prestazioni di specialistica ambulatoriale appartenenti a branche specialistiche diverse.

Possono prescrivere su ricettario SSR i seguenti professionisti:

- Medici di medicina generale (MMG);
- Pediatri di libera scelta (PLS);
- Medici di continuità assistenziale (MCA);
- Specialisti dipendenti del SSR o convenzionati con il SSR.

Tale prescrizione può essere redatta sia su ricetta “bianca dematerializzata” che su ricetta “rossa”.

Le prestazioni di seguito elencate devono essere necessariamente prescritte su ricetta rossa: proposte di ricovero, prestazioni da erogarsi in favore di STP/ENI, farmaci psicotropi /stupefacenti etc..)

Il ricettario è personale e identifica il medico prescrittore, responsabile dell’appropriatezza, correttezza e completezza dei dati (classi di priorità assegnata, modalità di accesso, eventuale esenzione, quesito diagnostico, etc...)

3.2 Prescrizione non a carico del SSR (carta semplice)

La prescrizione è a totale carico dell’assistito. Deve essere utilizzata per prescrizioni in regime libero professionale individuale o di equipe, prescrizioni di farmaci non a carico del SSR, prestazioni non previste nei LEA e presenti nel nomenclatore tariffario.

Anche nella ricetta bianca deve essere indicato il testo quesito.

3.3. Accesso diretto

L’accesso diretto consiste nella possibilità per l’utente, di accedere senza prescrizione su ricetta, esclusivamente presso le strutture pubbliche, per le visite nelle specialità di:

- Odontoiatria;
- Ostetricia- ginecologia;
- Pediatria;
- Psichiatria
- Neuropsichiatria infantile;
- Oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche

E’ altresì ammesso l’accesso diretto da parte dell’utente nei casi previsti da specifica normativa.

In tutti i casi di accesso diretto l’erogatore produce comunque una prescrizione SSR con le medesime regole di prenotazione e di pagamento. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

3.4 Libera professione intramoenia

L’attività svolta in Libera Professione Intramoenia si aggiunge all’offerta istituzionale ed è disciplinata dalla normativa in materia e dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria che pongono in capo all’Ente dal quale ogni singolo professionista dipende o con il quale è convenzionato le responsabilità del controllo.



In regime libero-professionale possono essere erogate solo le medesime prestazioni già erogate in attività istituzionale, secondo volumi di attività, per struttura erogatrice e per singolo medico, definiti. Nell'esercizio dell'attività libero professionale non è consentito l'utilizzo del ricettario del SSR. La prenotazione dell'attività libero professione intramoenia viene effettuata sul medesimo applicativo informatico Sinfonia CUP, in uso in tutta la Regione Campania, utilizzando agende informatizzate, dedicate al singolo professionista, o alla singola equipe di libera professione. Non sono ammesse agende cartacee. Per maggiori dettagli ed approfondimenti si rimanda al regolamento aziendale.

Non possono essere prescritte a carico del SSR:

- prestazioni che rientrano nell'interesse privato del cittadino: esami o visite per il rilascio o rinnovo patenti di guida, rilascio o rinnovo porto d'armi, esami per uso assicurativo, visite ed esami finalizzati all'accertamento dell'idoneità della pratica sportiva agonistica. In questi casi l'onere delle prestazioni è a totale carico del cittadino, indipendentemente dalla presenza di esenzioni ticket;
- esami non richiesti per valutare lo stato di salute o dubbi diagnostici (esami prematrimoniali, certificazioni ai fini medico legali, etc.);
- prestazioni che precedono o sono correlate a prestazioni non previste nei LEA (es. visite ed esami preliminari alla chirurgia estetica);
- prestazioni richieste nell'espletamento, da parte dei medici specialisti operanti nelle strutture pubbliche, dell'esercizio della libera professione sia in regime intramoenia che extramoenia.



4. CORRETTA COMPILAZIONE DELLA PRESCRIZIONE

La correttezza prescrittiva riveste un ruolo fondamentale a garanzia della corretta erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), rappresenta un atto sanitario che ricade sotto la diretta responsabilità di chi lo redige (codice di deontologia medica art. 13).

Art. 13 *“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico...Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo. Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente.”*

La presente sezione, dunque, si propone di fornire le principali indicazioni per una corretta prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale per promuovere l'omogenea applicazione delle indicazioni aziendali e favorire una maggiore appropriatezza prescrittiva.

Come già previsto dall'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 (Rep. Atti n. 28, PNGLA 2019-2021) nelle procedure di prescrizione e prenotazione di tutte le prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN sono obbligatori:

- l'indicazione della tipologia di accesso: indicare con “1” il primo accesso e con “0” le successive visite di controllo
- le classi di priorità per le prestazioni di primo accesso;
- il quesito diagnostico.

Deve essere chiaro nella prescrizione se trattasi di prestazione in primo accesso o prestazione successiva (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up), al primo accesso.

4.1 Tipologia di Accesso

Per “primo accesso”, coerentemente con quanto stabilito dal PGNLA 2019 -21, è da intendersi:

- Il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico, ossia prima visita o primo esame diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da struttura diversa da quella del primo medico specialista;
- Nel caso di paziente affetto da malattie croniche (compreso il paziente in follow up oncologico), la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per “altra tipologia di accesso/accesso successivo” sono da intendersi le visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up.

Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Per follow-up si intende una serie di visite e/o prestazioni successive al primo accesso che si attuano secondo un programma temporale definito e condiviso secondo criteri di appropriatezza.

Le prestazioni successive al primo accesso possono essere prescritte direttamente dallo specialista abilitato sul portale E-Prescription Sinfonia, che ha preso in carico il paziente, senza alcun rinvio a MMG/PLS per la prescrizione, per rispondere al quesito diagnostico posto inizialmente. Tipicamente il paziente oncologico è inserito in percorsi di tutela che prevedono dei momenti di visite cliniche e/o strumentali per identificare precocemente la malattia, monitorare l'andamento delle terapie e l'evoluzione della patologia. In questa ottica



nell'Asl Caserta è stata implementato un percorso sperimentale di presa in carico globale del paziente. (Progetto intrapreso dall'ASL Caserta per la prescrizione di visite/esami diagnostici a pazienti oncologici).

4.2 Classi di priorità

L'indicazione della classe di priorità è obbligatoria nei casi di I° accesso e fa riferimento a tutte le prestazioni contenute nella

stessa ricetta e tutte devono riferirsi allo stesso quesito diagnostico.

Di seguito le definizioni delle classi di priorità:

CLASSE U = Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza), da erogare entro le 72 ore;

CLASSE B = Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione), da erogare entro 10 giorni;

CLASSE D = Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine), da erogare entro 30 giorni per le visite e 60 per la diagnostica;

CLASSE P = Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile), da erogare entro 120 giorni;

mentre non deve essere indicata per il TIPO Accesso 0.

4.3 Quesito Diagnostico

Il quesito diagnostico o la diagnosi/indicazione clinica è obbligatorio per tutte le prescrizioni sia se trattasi di prestazioni in primo accesso che di accesso successivo.

L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. Può essere formulata come:

- Quesito diagnostico/codice diagnosi, o come sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato l'utente ed aver eventualmente valutato indagini strumentali precedenti.
- Motivazione clinica, ovvero descrizione di sintomi accusati dall'utente e/o dei segni rilevati dall'obiettività, da utilizzare qualora non si possa formulare uno specifico quesito.

Il quesito diagnostico dovrà essere coerente con le eventuali indicazioni cliniche definite a livello nazionale/regionale e selezionate in fase di prescrizione e con le indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Il modello RAO deve guidare le prescrizioni per la massima garanzia di appropriatezza.

4.4 Validità della Impegnativa

La Regione Campania con la DGRC n. 660/2024 oltre che a prevedere l'aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale e del relativo Catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017, ha stabilito anche la nuova validità temporale delle prescrizioni, differenziata per classi di priorità, come di seguito specificato:

- 10 giorni per le prestazioni prescritte in Classe di priorità U (urgente);
- 30 giorni per le prestazioni prescritte in Classe di priorità B (breve) e D (differita);
- 90 giorni per le prestazioni prescritte in Classe di priorità P (programmabile).



Si precisa che la ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione, se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui sopra. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria.

5. GOVERNO DELLE PRESTAZIONI

Il Servizio sanitario nazionale si rinnova, cambiando architettura e modelli organizzativi con l'obiettivo di rafforzare l'assistenza sul territorio: si punta a rendere le cure più vicine ai cittadini e ridurre il fenomeno della mobilità sanitaria, dando maggiore centralità anche al ruolo dei medici di medicina generale.

I processi di programmazione, pianificazione e organizzazione del governo delle prestazioni mirano a garantire una maggiore equità di accesso, migliorare l'efficienza operativa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, con un impatto positivo sull'esperienza dell'utente e sull'efficacia complessiva del sistema sanitario.

5.1 Dalle prestazioni ai percorsi

Le agende di primo accesso sono incluse nel sistema CUP regionale, visibili a tutti gli utenti per garantire, fin dal primo contatto, la correttezza del percorso, sia in termini di tempistica che di équipe medica.

Parte dell'offerta di prestazioni diagnostiche è gestita internamente, a garanzia dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti cronici.

Allo scopo di ottimizzare i percorsi clinico assistenziali uniformando gli standard di qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, saranno implementati gli schemi di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (schemi di PDTA) per la tempestiva presa in carico delle cronicità e per il contenimento dell'attesa diagnostica e terapeutica, supportando i professionisti sanitari nell'adozione delle scelte clinico-assistenziali.

La diffusione delle buone pratiche e degli schemi di PDTA consente di migliorare il grado di accessibilità, appropriatezza e congruità del percorso di cura, contribuendo inoltre alla riduzione del divario interregionale nel diritto di accesso alle cure.

Ciò consente di sviluppare una modalità prescrittiva legata alla presa in carico da parte di team di specialisti.

Il team di specialisti è lo standard di riferimento per la presa in carico del paziente con pluripatologie e per approntare il piano diagnostico terapeutico specifico. Le richieste di prestazioni che derivano da una tempistica decisa da un team specialistico, o corrispondente ad una necessità clinico-terapeutica coerente con il bisogno del paziente preso in carico, non richiedono l'indicazione della priorità tipica per i primi accessi, ma vanno indicati come "accesso successivo". Tale prescrizione avverrà tramite piattaforma in uso all'Azienda, con l'indicazione dello specialista a garanzia dell'appropriatezza prescrittiva, sia in termini clinici che di tempistica.

5.2 Agende di prenotazione

Il sistema regionale CUP assicura la gestione trasparente e la totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione dalle strutture pubbliche e private accreditate convenzionate, nonché quelle della libera professione intramuraria, salvo per le prestazioni di particolare impegno e complessità o per le quali prevedere una specifica programmazione come per i follow up o i controlli per i pazienti cronici.

La gestione delle Agende da parte del sistema CUP deve essere improntata a criteri di flessibilità e rimodulazione continua, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità.

Una continua attività di recall viene effettuata dal Call Center per l'ottimizzazione delle liste di prenotazione, atteso che gli utenti non provvedono autonomamente, nella gran parte dei casi, a disdire le prenotazioni qualora



impossibilitati a recarsi a visita o in caso di rinuncia alla stessa, al fine di contenere il cd fenomeno della prestazione bruciata.

Le agende sono distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. Quelle per i primi accessi devono essere suddivise per le classi di priorità previste per ciascuna prestazione.

Per le attività legate agli accessi successivi, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dal Piano regionale della cronicità.

5.3 Garanzia dei tempi massimi

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell'offerta che l'azienda di residenza/domicilio garantisce ai propri assistiti.

Nel caso di prestazioni di primo accesso, ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

Al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal prescrittore, il sistema propone la prima data disponibile per ogni singolo ambito territoriale afferente all'ASL Caserta.

Qualora il cittadino, dopo aver scelto l'ambito territoriale di preferenza, rifiuti la data proposta esce dal diritto di garanzia al rispetto dei tempi massimi di attesa e sottoscrive la propria scelta su apposito modulo.

Questa scelta dell'utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell'utente.

Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall'utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello) e registrato dal sistema.

5.4 Percorsi di tutela

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti dal codice di priorità previsto sull'impegnativa, l'Azienda su richiesta dell'interessato attiva il seguente percorso di tutela idoneo a garantire l'erogazione delle prestazioni per il tramite del Direttore di Distretto della ASL di Caserta di appartenenza.

In attesa che l'azienda formulerà un dettagliato "Percorso di Garanzia", con particolare approfondimento sulle modalità di individuazione dell'erogatore in Libera Professione Intramuraria, la scelta dovrà ricadere sulla prima disponibilità utile e nel caso di concomitanza di più disponibilità si opterà per quella con un costo minore.

Dopo la formale ricezione della richiesta, il Direttore di Distretto di residenza dell'utente provvederà a verificare dalla sezione DETTAGLI PRENOTAZIONE della cedola di prenotazione che:

- l'utente non abbia rifiutato la prima disponibilità offerta dall'Azienda;
- la data accettata dall'utente sia effettivamente la data 1° offerta aziendale;
- il tempo di attesa in gg sia superiore a quello previsto dalla classe di priorità assegnata;

Inoltre, va verificata la corrispondenza della Classe di priorità assegnata ed il quesito diagnostico indicato in sede di prescrizione con le indicazioni cliniche e relativa Classe di priorità stabilite dal Modello RAO.

Qualora dal vaglio delle condizioni previste l'esito sarà positivo, attiverà il Percorso di Garanzia per il Cittadino al fine di ricercare sull'applicativo Sinfonia CUP la prima data utile presso:

- a. un erogatore privato accreditato nel territorio di competenza ASL CASERTA nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente (come da PNGLA punto 2.14);
- b. tutte le Strutture Regionali del SSR

Nel caso in cui si riuscisse a trovare - nel termine previsto dal Classe di Priorità assegnata – una data utile al fine di erogare la prestazione prenotata nell'ambito di tutto il territorio regionale ma il Paziente dovesse,



comunque, rifiutare l'offerta proposta, – RIFIUTO CHE DOVRA' EMERGERE DALLA NUOVA CEDOLA DI PRENOTAZIONE CONSEGUENZIALE ALLA RICERCA EFFETTUATE – il Direttore di Distretto emetterà provvedimento motivato riguardo all'impossibilità di riconoscere l'erogazione della prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria, atteso il rifiuto della data offerta all'utente nel termine congruo con la quello previste dalla Classe di Priorità.

Se tutti i tentativi non siano stati in grado di garantire l'erogazione della prestazione in regime istituzionale, sarà possibile l'erogazione, nei tempi stabiliti dalla Classe di Priorità, in regime ALPI, senza oneri aggiuntivi oltre al ticket, quale quota di compartecipazione al costo sì come sancito dalla normativa vigente, con le modalità sopra indicate.

Nel caso non sia possibile garantire i tempi con visite in attività libera-professione ai cittadini residenti nell'ambito territoriale dell'ASL Caserta, le prestazioni di cui trattasi potranno essere garantite anche ricorrendo, sempre in regime libero-professionale, a strutture private accreditate presenti sul territorio regionale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici (5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa). Anche questa modalità di individuazione della struttura privata accreditata sarà dettagliatamente individuata nel documento "Percorso di Garanzia".

In tutti i casi, è da **escludersi tassativamente il rimborso a posteriori** (ossia a prestazione già eseguita), di somme relative all'erogazione di prestazioni in Libera Professione o presso strutture private, in quanto non è possibile per l'azienda effettuare ex post le opportune verifiche circa l'effettiva indisponibilità prenotativa in regime SSN relativa al caso specifico.

5.4. Gestione delle agende e sospensione delle attività

Le agende garantiscono la prenotabilità continua delle prestazioni. Per la prenotazione di prestazioni di controllo, sono attivate apposite agende dedicate, in modo da assicurare la continuità della cura fino alla risoluzione del problema di salute per mantenere il controllo sui risultati conseguiti e garantire la tempestività nella diagnosi di una eventuale riacutizzazione.

È vietata la sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato.

La eventuale sospensione per motivi tecnici programmati (es. fermi macchina per manutenzione preventiva) o straordinari comporta interventi organizzativi, volti a fronteggiare i disagi causati dalle stesse sospensioni, condivisi tra la struttura interessata e la Direzione Sanitaria.

La Struttura interessata comunica immediatamente alla Direzione Sanitaria e alla UOSD CUP LISTE ATTESA ALPI la sospensione con le motivazioni dettagliate e avvia le procedure per il mantenimento dell'offerta programmata al fine di garantire la tempestiva ri-prenotazione della prestazione nel più breve tempo possibile, garantendo che l'utente non debba essere posizionato in coda alla lista di attesa.

5.7 Responsabilità dell'utente

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato- Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti.

Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano. La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria.

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, sono attivati strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, sistema di re call, SMS, altro).



L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato, pagando la quota prevista prima dell'erogazione della prestazione prenotata.

In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 3 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Come previsto dall'art. 3 comma 7 del d. Lgs. 73/2024 convertito in legge n.107 n 24: *“Nelle linee di indirizzo di cui al comma 5 sono altresì disciplinate le ipotesi in cui l'assistito, anche se esente, che non si presenta nel giorno previsto senza giustificata disdetta, salvi casi di forza maggiore e impossibilità sopravvenuta, è tenuto al pagamento all'erogatore pubblico o privato accreditato della quota ordinaria di partecipazione al costo, stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita.”*

Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione.

Queste azioni puntano a garantire una maggiore equità di accesso, migliorare l'efficienza operativa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili, con un impatto positivo sull'esperienza dell'utente e sull'efficacia complessiva del sistema sanitario.

6. STRUMENTI DI GOVERNO DELLE RISORSE

Questa ASL Caserta vuole definire, oltre alle azioni fondamentali obbligatorie, un proprio modello organizzativo, innovativo e dinamico finalizzato non solo all'abbattimento delle liste d'attesa, ma a una riforma strutturale della domanda sanitaria sul nostro territorio. Ciò determina la necessità di azioni mirate volte ad ottimizzare i tempi di attesa per le prestazioni specialistiche, sia nei Presidi ospedalieri che in quelli Territoriali. Un efficiente ed efficace governo delle liste di attesa non può prescindere da una analisi e monitoraggio costante dell'andamento dei bisogni espressi di salute, anche attraverso il monitoraggio del volume delle prescrizioni.

Al fine di definire le politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche, si rende necessario monitorare il sistema dell'offerta specialistica per migliorare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura ed assistenza.

Le principali linee di intervento che la ASL di Caserta si impegna a realizzare attraverso l'aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale sono le seguenti:

➤ **Potenziamento dell'offerta**

Per rispondere tempestivamente all'emergenza, l'ASL di Caserta attiverà l'estensione dei turni per le visite specialistiche e le indagini diagnostiche, attraverso lo sviluppo di un Modello "H20 e Weekend".

- ✓ Estensione Oraria: Le strutture ospedaliere e i distretti lavoreranno a pieno regime fino alle ore 20.00.
- ✓ Continuità del Sabato e della Domenica: sono in sperimentazione aperture dei servizi di diagnosi e cura anche durante il fine settimana, per garantire facilità di accesso alle prestazioni e massimizzare l'uso delle tecnologie già in dotazione.
- ✓ Rimodulazione delle ore di specialistica ambulatoriale interna fondata su una più equa distribuzione dell'offerta e su indicatori correlati alla stratificazione della popolazione residente nel distretto correlato
- ✓ Focus sulle Priorità U e B: In questa prima fase concentreremo ogni risorsa sulle prescrizioni urgenti (U) e a breve termine (B), garantendo il rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
- ✓ Implementazione della presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche degenerative attraverso la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e lo sviluppo della gestione del paziente mediante team specialistici per patologia, riconosciuti come



strumenti per affrontare la complessità della gestione dei pazienti, per assicurare un aumento della tempestività delle decisioni, ottimizzazione della continuità delle cure del paziente utilizzando agende di controllo dedicate.

- ✓ Implementazione percorsi agili per pazienti oncologici mediante il rafforzamento di progetti specifici
- ✓ Monitoraggio della domanda e dell'offerta effettuando periodicamente analisi dei volumi dell'offerta e della produttività in relazione alle risorse umane dedicate in modo da mettere in atto prontamente tutte le possibili misure finalizzate al contenimento delle specifiche criticità.

➤ **Gestione dell'Appropriatezza:**

La Fondazione GIMBE nel *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*, ha identificato le principali categorie di sprechi nel SSN, tra cui il sovra-utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate e dal basso valore e il sotto-utilizzo di interventi sanitari (preventivi, diagnostici, terapeutici, assistenziali, organizzativi, riabilitativi, palliativi, educazionali) dal valore elevato.

Molti studi recenti focalizzano inoltre l'attenzione sulla mancata efficacia di interventi orientati unicamente all'aumento dell'offerta, rilevando come un'altissima percentuale di prescrizioni risulti inappropriata, con allungamento delle liste di attesa. Solo interventi integrati possono costruire una strategia efficace, che tenga insieme protocolli condivisi, monitoraggio continuo, coinvolgimento di MMG e Specialisti Ambulatoriali. A tal fine l'ASL Caserta si impegna ad attivare specifici Tavoli Tecnici multiprofessionali, anche interaziendali, per la condivisione di indicatori di appropriatezza prescrittiva su particolari prestazioni a più alto indice di inappropriatezza (essa si concentra su poche prestazioni che risulta prioritario attenzionare).

Risulta fondamentale in questo complesso processo di valutazione e di governance:

- ✓ Valorizzare il ruolo centrale delle linee guida, delle buone pratiche clinico-assistenziali, del Manuale RAO per orientare i medici prescrittori verso scelte che garantiscano l'utilizzo efficace e sostenibile delle risorse affinché i cittadini ricevano l'assistenza di cui hanno bisogno in base alle priorità cliniche del bisogno di salute.
- ✓ Attivare Audit con i Medici Prescrittori per intraprendere un confronto sistematico con i Medici di Medicina Generale e gli Specialisti Ambulatoriali in modo da orientare le prescrizioni alle linee guida nazionali e raccomandazioni, riducendo le indagini inutili e liberando posti per i pazienti fragili.
- ✓ Organizzare incontri periodici, nell'ambito delle riunioni di coordinamento delle attività distrettuali e delle AFT Territoriali dei MMG, ed eventi formativi specifici, in cui vengono illustrati ai medici prescrittori del territorio e ospedalieri, i principi e l'importanza dell'appropriatezza prescrittiva con riferimento ai RAO (Raggruppamento di Attesa Omogeneo).
- ✓ Estendere l'attività formativa orientata all'appropriatezza anche ai Dirigenti Medici Ospedalieri

➤ **Governance dell'Attività Istituzionale vs Intramoenia**

- ✓ Monitoraggio dei Volumi: La commissione paritetica ALPI aziendale effettuerà un monitoraggio periodico sui volumi istituzionali/ALPI, prevedendo eventuali rimodulazioni temporanea delle ore rese in ALPI a favore della attività istituzionale qualora emergessero criticità in merito a specifiche prestazioni legate alle liste di attesa.

➤ **Campagne Comunicative**

- ✓ Programmare campagne di sensibilizzazione dei cittadini per l'eliminazione del fenomeno dell'autodiagnosi e dell'auto prescrizione, nonché attivare la sensibilizzazione all'utente, in occasione della prenotazione, sulla necessità della disdetta anticipata in caso di impossibilità a presentarsi.



- ✓ Implementare la comunicazione e la relazione con il cittadino fornendo informazioni, dati, procedure organizzative, modelli comportamentali tramite una sezione dedicata del sito web e canali social.

6.1 Modelli di Appropriata Prescrittiva

L'appropriatezza rappresenta il principio guida nell'ambito di un sistema integrato di servizi ospedalieri e territoriali necessario per garantire sia la continuità delle cure all'interno di percorsi assistenziali adeguati al profilo clinico delle patologie oggetto di analisi, sia l'ottimale utilizzo delle risorse sanitarie nei diversi regimi assistenziali.

Il Ministero della Salute in collaborazione con AGENAS ha promosso il modello RAO per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come strumento di governo della domanda che consentono di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche sulla base di esplicite indicazioni cliniche.

Il modello RAO si articola in tabelle in cui per ogni prestazione sono definite classi di priorità con un tempo di attesa raccomandato e specifiche indicazioni che ne giustificano l'attribuzione. Per i suddetti motivi, tale Modello può essere di valido supporto ai Medici prescrittori, oltre a consentire alle strutture sanitarie di gestire le liste di attesa in modo più efficiente, come strumento di trasparenza e di equità nell'accesso alle prestazioni di specialistica, garantendole ai pazienti nei tempi ritenuti appropriati.

Non è sostenibile un sistema che si limita ad aumentare l'offerta se non si riesce a governare la domanda. Pertanto, per l'accesso a prestazioni ambulatoriali critiche o a forte rischio di inappropriata, l'ASL istituisce gruppi di lavoro aziendali e interaziendali che, con il supporto delle società scientifiche e degli stakeholders, strutturano percorsi volti al miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva.

Le discipline per le quali l'Azienda al momento riscontra maggiori criticità sono la neurologia, la radiologia, la diagnostica endoscopica e l'oculistica.

Nello specifico, ad esempio, è stato redatto in collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi della provincia di Caserta un percorso assistito per la formulazione della richiesta, con la indicazione degli esami endoscopici di gastro e colonscopie. (Allegato 1).

Le attività future saranno incentrate a strutturare un percorso sulle indicazioni prescrittive di prestazioni TC e di Risonanze Magnetiche, che ad oggi risultano essere per il 40% indagini inappropriate. (fonte Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica – Sirm).

6.2 Rimodulazione delle ore di specialistica ambulatoriale

Revisione dell'offerta basata sulla rimodulazione delle agende di prenotazione è oggetto di costante rimodulazione, con l'obiettivo di adeguare l'offerta alla domanda con riferimento alla tipologia e alla priorità delle prestazioni.

6.3 Sviluppo della Telemedicina

Lo sviluppo dei servizi di telemedicina e la loro attivazione ha come obiettivo principale quello di agevolare i percorsi di cura di tutti gli assistiti, in particolare dei pazienti cronici che sono sottoposti a frequenti visite di controllo e ai pazienti inseriti in piani di assistenza domiciliare seguiti puntualmente da uno o più professionisti sanitari di diversa specialità direttamente al proprio domicilio.

La scelta del modello organizzativo del servizio di Telemedicina campano considera:

- le caratteristiche demografiche di riferimento;
- le caratteristiche orografiche del territorio (zone montane e isole);
- la stratificazione della popolazione di riferimento,
- i parametri da monitorare/controllare;
- i professionisti della salute e discipline specialistiche coinvolti/e.



Per tutto quanto indicato in elenco la Regione Campania recepisce le indicazioni di dettaglio fornite nell'allegato B del DM 30/09/2022.

In merito ai servizi di telemedicina sono già attivi, nel territorio dell'ASL Caserta presso il PO di Piedimonte Matese ed il Distretto Sanitario n. 15, agende di prenotazione per televisite per le branche di Diabetologia, Geriatria, Pneumologia, Cardiologia, Fisiatria, Ortopedia, Oncologia.

Tutti i Direttori di Distretto hanno ricevuto per il 2026 l'obiettivo di attivare percorsi di Televisita.

6.4 Rapporti con i cittadini e strumenti di comunicazione

Le strategie di comunicazione prevedono l'utilizzo di canali già strutturati e consolidati, tra cui la UOS Servizi Relazioni con il Pubblico e canali di più recente istituzione, che sfruttano le potenzialità delle tecnologie digitali.

Si prevede la realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sia proattivi che reattivi, per la presa in carico e la gestione delle problematiche segnalate dai cittadini.

Tra i principali strumenti di informazione per i cittadini, si segnala il sito web aziendale, dove è presente il collegamento al sito regionale dei tempi d'attesa.

Il sito dispone di una sezione che offre informazioni relative alle diverse fasi dell'accesso a una prestazione specialistica (es. cosa serve per prenotare, come e dove si prenota, come fare per disdire, modalità di pagamento, modalità di ritiro dei referti).

Sul sito saranno previste anche informazioni sul tema della sanzione per la mancata/ritardata disdetta degli appuntamenti e del mancato ritiro dei referti.

Le informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni continueranno ad essere veicolate anche tramite materiale cartaceo, diffuso nelle sedi aziendali, negli ambulatori di MMG/PLS e nelle farmacie.

Anche le associazioni di volontariato costituiscono un aspetto fondamentale del rapporto coi cittadini e saranno coinvolte nella condivisione di modalità e strumenti da utilizzare per una comunicazione più efficace. I cittadini che necessitano di specifiche informazioni o incontrano difficoltà nell'accesso alle prestazioni possono rivolgersi ai PUA (Punti Unici di Accesso distrettuali).

7. MONITORAGGIO LISTE DI ATTESA

Le attività sono accompagnate dal costante monitoraggio, utile per poter consentire eventuali azioni correttive in corso di svolgimento che si rendono necessarie per il superamento delle criticità.

Tale approccio consente di dare un adeguato grado di flessibilità all'intervento pur rimanendo nel quadro complessivo delle finalità previste e delle risorse assegnate.

L'oggetto di rilevazione è l'insieme delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in regime istituzionale e libero professionale, individuate con un livello di dettaglio che comprenda la sede di erogazione (dati estratti dalle piattaforme regionali di monitoraggio per le liste di attesa ASAP_bi, Tableau Sinfonia, Agenas)

La misurazione dei risultati prevede la verifica del volume delle prestazioni erogate in rapporto al volume delle prestazioni programmate nelle specifiche agende.

Al fine di garantire una informazione costante ed aggiornata, per finalità di trasparenza, nel sito WEB Aziendale verranno implementate le informazioni relative a:

- modalità di prenotazione e accesso a visite, disdette, percorsi specifici di prenotazione e presa in carico attiva per specifiche ed individuate prestazioni;
- tempi di attesa per visite e prestazioni, monitoraggio giorno indice e rilevazione ex ante;
- programma Attuativo Aziendale (PAA) con relativa delibera di adozione;



- pubblicazione dati del monitoraggio delle attività di ricovero. Il dato è relativo al valore mediano dei tempi di attesa dei ricoveri programmati e riguarda almeno le prestazioni elencate nel PNGLA per la classe di priorità A;

- ambiti di garanzia individuati;

- percorsi di tutela disponibili;

- guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino;

- dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA;

- guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino (responsabilità degli utenti; procedure per suggerimenti, reclami, disdette, sanzioni e altre informazioni utili);

- sospensioni: Monitoraggio delle sospensioni straordinarie delle prestazioni, per motivi eccezionali ed imprevedibili. Le sospensioni straordinarie devono essere comunicate alla Direzione Sanitaria Aziendale, alla Regione e al Ministero della Salute, mediante report periodici.

- volumi di prestazioni: Verifica semestrale dei volumi totali delle prestazioni erogate, assicurando il rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionale e ALPI.



Normativa di Riferimento

- ✓ Legge 23.12.94 n. 724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 3, comma 8;
- ✓ D.P.C.M. 19.05.95 “Carta dei Servizi pubblici sanitari”;
- ✓ Legge 23.12.96 n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” - articolo 1, comma 34;
- ✓ Legge 27.12.97 n. 449 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 33, comma 1;
- ✓ D. Lgs 29.04.98 n. 124 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”- articolo 3, commi10-15;
- ✓ D.P.R. 23.07.98 “Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;”
- ✓ D.Lgs. 19.06.99 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419”- articolo 15 quinquies, comma 3;
- ✓ DPCM 27.03.00 “Atto di indirizzo e coordinamento concer4nente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale”;
- ✓ Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001;
- ✓ DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- ✓ Accordo Stato Regioni 14.02.2002 “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- ✓ DPCM 16.04.02 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa”;
- ✓ Accordo Stato Regioni 11.07.2002 “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- ✓ Legge 27.12.2002 n. 289 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” - articolo52, comma4;
- ✓ DPR 23.05.2003 “Piano sanitario 2003-2005”;
- ✓ Accordo Stato Regioni 24.07.2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;
- ✓ Legge 23.12.05 n. 266 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”- articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- ✓ Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
- ✓ D.M. 8 luglio 2012 n.135 “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”
- ✓ Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010 “Linee Guida nazionali del sistema CUP”
- ✓ Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010 sull’attività libero professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari
- ✓ Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 “Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
- ✓ D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012
- ✓ Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021;
- ✓ 20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute: Istituzione e funzioni dell’Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa;
- ✓ Decreto Legge n. 73 del 7 giugno 2024 convertito nella Legge 107 del 29 Luglio 2024;
- ✓ Decreto del Ministero della Salute – 17 febbraio 2025 - Linee guida di realizzazione, funzionamento e interoperabilità della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa (PNLA) Allegato A. Gennaio 2025.
- ✓ Presidenza del Consiglio dei Ministri DAR 0002435 del 11/02/2025 “Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il Triennio 2025-2027”.

Normativa Regionale

- ✓ D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001, con la quale con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori (Legge 425/96);
- ✓ D.G.R. n. 3513 del 20.07.01, con tale delibera la Regione Campania, in applicazione dell’articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha inteso adottare provvedimenti urgenti per il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;



- ✓ D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001, con la quale la regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione, l'informazione e il monitoraggio;
- ✓ D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza; - D.G.R. n.2079 del 13.06.2003, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del 16.11.2001;
- ✓ D.G.R.C. n. 3142/03, con la quale la regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
- ✓ Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa" con cui vengono disciplinati criteri e modalità, invece, per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- ✓ DGRC 1168 del 2005 "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico "
- ✓ DGRC n.236 del 21.03.2005 "I percorsi terapeutici per la NAD.
- ✓ DGRC 1280 del 7/10/2005 "I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare"
- ✓ Nota circolare prot. n. 216050 del 28.03.06, in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- ✓ Legge n. 1 del 02/03/06 recante "Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa. - Delibera 170/2007 ed adozione PACTA aziendali
- ✓ Delibera Giunta Regionale 484 del 4/10/2011 "Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste di Attesa: recepimento delle Linee Guida Nazionali del Sistema CUP; costituzione della Commissione Tecnica Operativa - Delibera Giunta Regionale 271 del 12/6/2012 "Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2012 – 2012"
- ✓ DCA n.34 del 08/08/2017 avente ad oggetto Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)
- ✓ DCA n. 60 del 05/07/2018 avente ad oggetto Linee Guida 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.
- ✓ DCA n. 95 del 05/11/2018 ad oggetto Modifiche ed Integrazioni DCA 60 del 5.7.2018 "Linee di indirizzo regionali per l'adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N."
- ✓ Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 con cui è stata recepita l'Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;
- ✓ DCA N. 52 del 4/7/2019 avente ad Oggetto "Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)"
- ✓ DCA n. 56 del 04/07/2019 avente ad oggetto Modifiche e integrazioni DCA 95 del 05/11/2018
- ✓ DCA N. 23 del 24/01/2020 avente ad 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)"
- ✓ DCA N. 25 del 24/01/2020 avente ad oggetto "Modifiche e integrazioni DCA 56 del 04/07/2019 DCA 23/01/20";
- ✓ DGRC n.620 del 29/12/2020 avente ad oggetto: "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell'art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 – Aggiornamento";
- ✓ DGRC n. 353 del 04/08/2021 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa. Aggiornamento della DGRC 620/2020 ai sensi dell'art. 26 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106".
- ✓ DGRC n. 378 del 29/06/2023 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - missione 6 "salute", componente 1 sub-investimento 1.2.3.2 "servizi di telemedicina". Approvazione modello organizzativo regionale della telemedicina".



- ✓ DGRC n. 379 del 29/06/2023 “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi del Decreto Legge 29 dicembre 2022, n. 198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, art. 4, commi 9-septies e 9-octies.”
- ✓ DGRC n. 660 del 26//2024 “Approvazione delle tariffe del nomenclatore regionale e del relativo catalogo dell'assistenza specialistica ambulatoriale ai sensi del dpcm 12.01.2017. ulteriori determinazioni”.
- ✓ DGRC n. 255 del 30/05/2025 “Recepimento Accordo Stato-Regioni del 25 gennaio 2024, concernente “Linee di indirizzo - requisiti e monitoraggio delle sezioni dedicate ai tempi sui siti web di regioni, province autonome e aziende sanitarie”.

Normativa aziendale

- ✓ Deliberazione n. 718 del 27.10.09 “Contenimento tempi di attesa – provvedimenti”;
- ✓ Deliberazione n. 292 del 24.11.11 “Miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria, riduzione delle liste di attesa – Presentazione progetto regionale”;
- ✓ Deliberazione n.1245 del 26.09.12 “Programma Attuativo Aziendale ANNO 2012”;
- ✓ Deliberazione n. 380 del 21.03.13 “Integrazione della Deliberazione 1245 del 26.09.2012”;
- ✓ Deliberazione n. 369 del 12/11/2019 “Programma attuativo aziendale governo delle liste di attesa 2019/2021-Asl Caserta”;
- ✓ Deliberazione n. 376 del 10/03/2021 “Nomina commissione paritetica”;
- ✓ Deliberazione n. 1201 del 22/07/2021 “Modifica al Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa ai sensi del DCA n. 23 del24/01/2020;
- ✓ Deliberazione n. 1039 del 24/06/2021 “Recepimento DGRC n. 620 del 29/12/202 recante il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell’art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020”;
- ✓ Deliberazione n. 1429 del 15/02/2021 “Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi dell’art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020 – Recepimento ed attuazione- I fase”;
- ✓ Deliberazione n. 822 del 03/06/2022 “Rimodulazione Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa DGRC n. 209 del 04/05/2022. Adempimenti di cui all’art. 1 commi 276-279 della Legge 30 Dicembre 2021 n. 234. Recepimento ed attuazione. Piano di Recupero Liste di Attesa Asl Caserta 2022.Fase II”;
- ✓ Deliberazione n. 1142 del 25/07/2022 “Servizio di Call Center finalizzato alle prestazioni erogate dalle strutture dell’ASL di Caserta e delle attività connesse ai progetti “SANIARP e Lista di Attesa. Provvedimenti. CIG 02479210409”;
- ✓ Deliberazione n. 1303 del 28/07/2023 “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi del Decreto Legge 29 Dicembre 2022 n. 198, commi 9-septies e 9-octies. Recepimento ed attuazione. Piano di Recupero Liste di Attesa Asl Caserta 2023.Fase III”;
- ✓ Deliberazione n. 176 del 28/01/2025 “DGRC n. 420 del 06/08/2024 – Programmazione Fabbisogno Asl di Caserta di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e degli obiettivi di produzione AA 2025 e Piano di riduzione Liste di Attesa”;
- ✓ Deliberazione n. 442 del 13/07/2025 “Aggiornamento ed Adozione Regolamento per l’esercizio della Libera-professione Intramuraria”.
- ✓ Deliberazione n. 224 del 22/10/2025 “Modifica della delibera n. 1181 dell'8/07/2024 - organismo paritetico ALPI”.

