



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ferdinando Russo

Nominato con DGRC n 369 del 06/08/2019

DPGRC n.107 dell'08/08/2019

N.ro *1101* del *22/7/2021*

Struttura proponente: DIREZIONE SANITARIA

Oggetto: Modifica al Piano Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di Attesa ai sensi del DCA n.23 del 24/01/2020

La presente deliberazione si compone di n.ro *48* pagine, di cui n.ro *44* allegati che formano parte integrante e sostanziale della stessa.

Il Direttore Sanitario propone la seguente deliberazione attestando, con la seguente sottoscrizione che il provvedimento, alla stregua dell'istruttoria compiuta, e delle risultanze e degli atti richiamati, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, è regolare e legittimo, nella forma e nella sostanza, ai sensi della vigente normativa e utile per il servizio pubblico.

Il Direttore Sanitario
Dott. Marco De Fazio

SP n.ro _____ del _____

PREMESSO che: la Presidenza del Consiglio dei Ministri con la Conferenza Stato Regioni del 21/02/2019 "Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n 131 tra il Governo, le Regioni e le Provincie 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" sancisce intesa sul documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021, sulle linee guida relative alla modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei Tempi di attesa, sul manuale procedura per l'applicazione dei RAO, sul glossario in materia di Liste di Attesa;

VISTO che: La Regione Campania con DCA n° 52 del 04/07/2019, recepisce l'intesa sul PNGLA 2019/2021 del 21/02/2019 ed adotta il Piano di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021

CONSIDERATO che: In data 24/01/2020 la Regione Campania ha emanato il Decreto n 23 avente oggetto "Modifica ed Integrazione del DCA 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).

RITENUTO che: Indispensabile ed inderogabile integrare e modificare il vigente Piano Aziendale sulla scorta delle indicazioni del succitato Decreto Regionale

DICHIARATA la regolarità giuridico-amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

DICHIARATO che non sussistono motivi ostativi a procedere ed oneri di spesa a carico dell'Azienda, attesa la piena conformità alle disposizioni di legge ed ai regolamenti aziendali;

tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per tutti i motivi di cui in premessa che si intendono integralmente riportati di adottare il presente provvedimento, e nello specifico:

- di integrare e modificare il Piano attuativo aziendale per il governo dei tempi di attesa ai sensi del DCA n 23 del 24/01/2020. Il Piano Aziendale così modificato è allegato al presente provvedimento e ne forma parte integrante;
- di rimandare al Piano Regionale per il governo delle liste di attesa di cui al DCA 52 del 4 luglio 2019 ed al DCA n 23 del 24 gennaio per ogni aspetto non esplicitamente previsto dal presente Piano Attuativo Aziendale;
- di prendere atto che il presente provvedimento non comporta costi per l'Azienda;
- di garantire le previste forme di registrazione e pubblicità dell'atto secondo legge;
- di dare immediata eseguibilità al presente atto;
- disporre la trasmissione del presente provvedimento al Collegio Sindacale;
- disporre la pubblicazione della presente deliberazione all'Albo pretorio aziendale on-line ai sensi dell'art.32 –comma 1- della legge 18 giugno 2009, n.69;

Il Direttore Sanitario
Marco De Fazio



IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ferdinando Russo, in virtù dei poteri conferitigli con D.P.G.R. n.107 del 08/08/2019 in esecuzione della D.G.R.C. n. 369 del 6/8/2019, alla stregua dell'istruttoria espletata e riassunta in narrativa e letta la proposta del Direttore della UOSC proponente,

VISTI

PARERE del DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Amedeo Blasotti

F.to

Favorevole:

Non Favorevole:

(Vedi motivazioni allegate)

DELIBERA

per tutti i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente riportati, di adottare il presente provvedimento, sulla scorta ed in conformità della proposta:

di integrare e modificare il Piano attuativo aziendale per il governo dei tempi di attesa ai sensi del DCA n 23 del 24/01/2020. Il Piano Aziendale così modificato è allegato al presente provvedimento e ne forma parte integrante;

di rimandare al Piano Regionale per il governo delle liste di attesa di cui al DCA 52 del 4 luglio 2019 ed al DCA n 23 del 24 gennaio per ogni aspetto non esplicitamente previsto dal presente Piano Attuativo Aziendale;

di prendere atto che il presente provvedimento non comporta costi per l'Azienda;

di garantire le previste forme di registrazione e pubblicità dell'atto secondo legge;

di dare immediata eseguibilità al presente atto;

di disporre la trasmissione del presente provvedimento al Collegio Sindacale;

disporre la pubblicazione della presente deliberazione all'Albo pretorio aziendale on-line ai sensi dell'art.32 -comma 1- della legge 18 giugno 2009, n.69;

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Ferdinando Russo

F.to

ATTESTATO DI PUBBLICAZIONE

Si dichiara che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio on line di questa A.S.L. dal giorno _____.

22 LUG, 2021

Il Funzionario

Trasmessa copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.3 ter del D.Lgs. 19 giugno 1999 n. 229 e s.m.i. in data _____

Il Funzionario

PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è divenuta esecutiva con provvedimento della G.R.C. n.ro _____ del _____ ai sensi dell'art. 35 L.R. n. 32 del 03/11/94 con nota n° _____ del.....

Il Funzionario

Trasmissione ai Servizi copia della presente deliberazione per quanto di competenza :

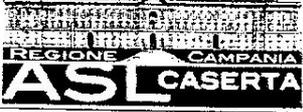
SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

SERVIZIO _____ in data _____ per ricev. _____

 <p>REGIONE CAMPANIA ASL CASERTA</p>	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 1/43</p>
	<p>Piano Attuativo Aziendale Governare delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</p>	

MODIFICA DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL GOVERNO DEI TEMPI DI ATTESA
AI SENSI DEL DCA n.23 DEL 24/01/2020

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 3/43</p>
	<p>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</p>	

- 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, 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;

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 5/43</p>
<p align="center">Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</p>		

- 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 _P_ano 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 avente ad oggetto Modifiche e integrazioni DCA 56 del 04/07/2019

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 7/43</p>
<p align="center">Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</p>		

1. INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni). La Regione Campania con DCA n.34/2017 “interventi per l’efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)” ha emanato le Linee di indirizzo regionali 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 DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio 2018, la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l’adozione del Piano Azienda e in materia di Attività libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Direzione Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Direzione Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N. Con Decreto D’urgenza e 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 DCA N. 52 del 4/7/2019 avente ad Oggetto “Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019, 2021)” la Regione ha redatto il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) in applicazione del PNGLA, con l’obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino. Esso è rivolto principalmente alla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, alla garanzia dell’equità d’accesso alle prestazioni, in applicazione del contenuto del precitato DCA 52/19 la ASL Caserta ha adottato la Deliberazione n° 359 del 12/11/2019 avente ad oggetto “PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019/2021 (ASL CASERTA)”,

Successivamente con 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

**Piano Attuativo Aziendale
Governo delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

Gli abitanti della provincia di Caserta ammontano a 922.171 unità (dato Istat 1 Gennaio 2020) e ciò contribuisce a rendere l'area una delle più popolate del Sud. La densità demografica è di particolare rilievo; infatti è pari a 348 abitanti per kmq, ben oltre una volta e mezza quella nazionale e seconda nel Meridione solamente alla provincia di Napoli.

Procedendo ad una assessment delle fasce d'età della popolazione la valutazione ha portato alla seguente suddivisione:

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Tot ale resid enti	Età media
2011	154.633	624.801	167.038	946.472	38,9
2012	151.281	614.694	139.213	905.188	39,2
2013	149.931	615.982	142.571	908.484	39,5
2014	150.390	603.143	147.581	901.114	39,8
2015	148.045	625.345	151.703	925.093	40,1
2016	145.844	634.054	154.519	934.417	40,4
2017	143.141	623.797	157.028	923.966	40,8
2018	140.747	623.087	159.511	923.345	41,1
2019	138.256	623.081	161.828	923.165	41,4
2020	135.449	621.717	164.995	922.171	41,7

In tal caso la media dell'indice di vecchiaia è 179,3 (popolazione >65 / popolazione <14), mentre l'indice di dipendenza strutturale è 57,7 (popolazione non attiva <14 e >65 / popolazione attiva <14-65). Come si nota dalle tabelle 3 e 4, nei Distretti 12, 14, 15 dell'ASL Caserta l'indice di vecchiaia è molto superiore alla media nazionale, in questi Distretti si verifica una concentrazione di popolazione anziana rispetto al territorio provinciale, in quanto vi risiede il 36% di tutta la popolazione anziana dell'ASL (res part >65). Nei distretti 14 e 15 il territorio è geograficamente esteso e geograficamente disomogeneo, composto da una vasta area interna, prevalentemente di tipo rurale, con numerosi piccoli centri, distanti tra loro e lontani da centri maggiori in cui la presenza di servizi sanitari pubblici è più significativa.

**Piano Attuativo Aziendale
Governato dalle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

Tabella 4

2. PREVALENZA, INCIDENZA E MORTALITÀ PER PAZIENTI CRONICI

Nella popolazione residente nell'ASL i dati mostrano quale prima causa di morte le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (tra il 36,0 % ed il 45,5 %) che si attesta al di sopra dei dati regionali, seguito dalle patologie neoplastiche che costituiscono la seconda causa di morte. Le malattie croniche nell'anno 2020 hanno interessato quasi il 40% della popolazione del Belpaese. La prevalenza delle patologie croniche aumenta ovviamente con l'età. Se, come abbiamo visto, il 40% della popolazione italiana è affetta da almeno 1 malattia cronica ed il 21% da almeno 2, tali percentuali salgono rispettivamente al 86% ed al 66% dopo i 75 anni: un aumento progressivo con l'età cui sfuggono - delle malattie croniche più frequenti - solo le malattie allergiche e l'asma bronchiale, che segnano una più elevata prevalenza nei primi decenni della vita.

Per quanto riguarda le differenze di genere, solo nei primi anni della vita, al di sotto dei 18 anni, la prevalenza delle malattie croniche è più elevata nei maschi, grazie alla maggiore presenza di malattie allergiche; in tutte le altre fasce d'età, le donne sono più frequentemente affette da tali patologie. A fronte del 37% degli uomini, il 42,6% della popolazione femminile italiana è affetta da almeno una malattia cronica. Il 24,6% delle donne presenta 2 o più patologie croniche rispetto al 17% degli uomini.

Attraverso una standardizzazione indiretta dei dati Istat si è effettuata la stima dei pazienti dell'Asl con almeno due patologie croniche che risulta pari a quasi 100.000 persone, come rappresentato nelle tabelle 5, 6 e 7.

FASCE D'ETÀ	CON PATOLOGIA CRONICA	CON ALMENO 2 PATOLOGIE CRONICHE	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	MALATTIE DEL CUORE	MALATTIE ALLERGICHE	
65-74aa	75,60%	43%	14,90%	44,80%	9,50%	9,50%	9,50%	
91847	69435,3	45005,0	13685,2	41147,5	3817,3	3817,3	3817,3	
75+	85,80%	65,70%	19,50%	54,60%	17,50%	16,30%	7,50%	
75291	64349,7	49455,1	14681,7	41108,9	13251,2	12272,4	5645,8	
TOT	167138	134035,0	94471,2	28366,9	82256,3	22068,5	21089,7	14454,1

65-74	CON UNA PATOLOGIA CRONICA	CON ALMENO 2 PATOLOGIE CRONICHE	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	MALATTIE DEL CUORE	MALATTIE ALLERGICHE	
di distretto	es. tant.	75,60%	43%	14,90%	44,80%	9,50%	9,50%	9,50%
12	11468	10197	6609	2010	6043	1295	1295	1295
13	52457	53838	26713	21098	2592	700	700	700

**Piano Attuativo Aziendale
Governare delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

nella riduzione delle liste di attesa. Vista l'aumento dell'incidenza delle malattie tumorali si è ritenuto necessario effettuare un'analisi dei fabbisogni specifici solo per le suddette patologie

Causa iniziale di morte -European Short List	ITALIA				CAMPANIA			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
malattie del sistema circolatorio	98.891	33.7%	130.062	36.0%	9.227	36.0%	11.952	45.5%
malattie del sistema respiratorio	23.508	8.0%	19.758	7.5%	1.927	7.5%	1.321	5.0%
malattie dell'apparato digerente	7.161	2.4%	11.858	4.1%	1.059	4.1%	523	2.0%
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	10.367	3.5%	14.588	2.7%	693	2.7%	978	3.3%
Diabete/melito	9.236	3.1%	12.229	4.1%	1.039	4.1%	1.643	6.3%
tumori maligni	95.059	32.4%	73.438	31.9%	8.154	31.9%	5.728	21.8%
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	13.244	4.5%	9.847	3.2%	820	3.2%	626	3.1%
altre cause	35.937	12.2%	44.631	10.5%	2.679	10.5%	3.321	12.6%
Totale	293.425	100%	316.471	100%	25.598	100%	25.598	100%

I dati sono stati raccolti dal registro tumori aziendale e fanno riferimento al triennio 2015_2017

Si resta in attesa del nuovo triennio ma in base a studi nazionali il trend sembrerebbe in aumento:

Tumori

Numero di individui per i quali è stata indicata nella SDO almeno un codice sottocategoria su diagnosi principale e secondaria

Categorie diagnostiche considerate

- 14 Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe
- 15 Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo
- 16 Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi respiratori
- 17 Tumori maligni delle ossa, dei tessuti connettivi, delle ghiande e della mammella
- 18 Tumori degli organi genitali
- 19 Tumori di altre non specificate sex
- 20 Tumori maligni dei tessuti linfatici ed emopoietici
- 21 Tumori benigni
- 22 Tumori incerti o di natura non specificata
- 23 Carcinomi in situ

DISTRETTO	Analisti 2017	2017		2016		2015		Diff. 2017/2016 (indice/1000ab)	Diff. 2017/2015 (indice/1000ab)
		Soggetti	indice /1000 ab.	Soggetti	indice /1000 ab.	Soggetti	indice /1000 ab.		
12 Caserta	114.277	1.700	15.40	1724	15.06	1803	15.67	2.03%	1.68%
13 Maddaloni	82.965	1.211	14.60	1220	14.70	1190	14.34	-0.74%	1.82%
14 Teano	75.008	1.180	15.73	1183	15.77	1305	15.54	-0.25%	1.26%
15 Piedimonte M.	71.442	946	13.24	1042	14.59	1003	13.47	-6.21%	-14.36%
16 Mariglianese	83.231	1.188	14.25	1161	13.95	1132	13.63	2.15%	4.51%
17 Aversa	50.568	751	14.82	738	14.57	880	13.27	1.78%	11.74%
18 Gricignano	101.580	1.181	11.63	1237	12.18	1207	12.20	-4.53%	-4.70%
19 Lucignano	75.319	998	12.43	972	12.91	915	12.50	-3.70%	-0.61%
20 Casali di Principe	54.418	898	12.83	772	14.19	982	12.83	-9.59%	-0.06%
21 S. Maria C.V.	75.532	886	11.76	853	11.29	937	12.79	4.10%	-6.06%
22 Capua	58.541	1.024	18.11	982	17.37	1020	14.27	4.28%	26.95%
23 Castel Volturno	67.597	823	12.18	853	12.62	861	14.24	-3.52%	-14.52%
Totale ASL Caserta	908.578	12.584	13.85	12.738	14.02	12.884	13.89	-1.21%	-6.97%

3. OFFERTA AZIENDALE (TERRITORIO - OSPEDALE)

L'ASL CASERTA essendo una Azienda Sanitaria Territoriale presenta un'offerta assistenziale variegata e diffusa su tutto il territorio provinciale, tale offering viene suddiviso macroscopicamente in due core, territorio e presidi ospedalieri. Per coordinare le attività sanitarie viene demandato al sistema CUP per le prenotazioni.

**Piano Attuativo Aziendale
Governio delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

5. LINEE GENERALI DI INTERVENTO

5.1 QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ

Il quesito diagnostico deve essere applicato a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Inoltre è obbligatoria, da parte dei medici prescrittori, la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità limitatamente alle prescrizioni di primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e, nel caso di paziente cronico, si considerano primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico). All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio in merito da parte delle Aziende Sanitarie. A tal fine tutte le agende nel sistema CUP sono ripartite in classi e in esse vengono distinte le prestazioni di primo accesso e accesso successivo.

5.2 CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

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

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

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

Classe U prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;

Classe B prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;

Classe D prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità;

Classe P prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

**Piano Attuativo Aziendale
Governo delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

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

Alla luce di ciò la ASL Caserta ha previsto che nell'assegnazione delle priorità vadano considerate anche le seguenti condizioni:

Concomitante presenza di patologia neoplastica (più o meno metastatica);
Concomitanza di malattie croniche in fase di acuzie o scompenso (es. patologie cardiache NYHA classe II e III, epatite cronica attiva, morbo di Crohn, diabete);

L'appartenenza ad una delle categorie sopra indicate costituisce obbligo di rivalutazione per l'assegnazione del livello di priorità.

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

5.4 PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

5.4.1 OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ E MONITORAGGIO

Tra le strategie attuabili per razionalizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ai fini della riduzione dei tempi di attesa, quella che la ASL Caserta intende privilegiare è la differenziazione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza. Tale obiettivo, perseguibile mediante l'integrazione dell'attività dei medici prescrittori con quella dei medici erogatori, è realizzato innanzitutto con la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, in conformità alle indicazioni definite dal PNGLA, a seconda della tipologia prestazionale, limitatamente alle prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio. Il tempo di attesa individuato dalla classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione. La classificazione utilizzata è stata riportata nel paragrafo precedente. La scelta della classe di priorità effettuata dal medico prescrittore dovrà essere confermata con l'apposizione della biffatura nell'apposito spazio. Per il monitoraggio delle classi di priorità si utilizzano i campi sotto riportati e inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 che sono da considerarsi tutti obbligatori.

**Piano Attuativo Aziendale
Governò delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

**5.4.2 OBBLIGO DI APPOSIZIONE DEL QUESITO DIAGNOSTICO SULLA PRESCRIZIONE PER
PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E MONITORAGGIO**

Il medico prescrittore è obbligato ad apporre il quesito diagnostico, secondo le linee guida regionali, su tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio. Il quesito diagnostico è valido sia se espresso come motivazione clinica, cioè come descrizione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, tosse, gonalgia), sia se espresso come sospetto clinico, che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed eventualmente valutato indagini precedenti, radiologiche, di laboratorio etc.

Nel caso in cui il paziente richieda al medico di omettere le indicazioni della diagnosi sulla ricetta, il Medico apporrà la dicitura "Omessa diagnosi su esplicita richiesta dell'interessato". In aggiunta dovrà comunque indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico su un foglio separato in busta chiusa. Situazioni particolari:

CONTROLLO – La dicitura "controllo" come quesito diagnostico è preferibile solo in casi particolari in cui esista una correlazione diretta tra la prescrizione richiesta e il tipo di controllo come "per controllo pace-maker" oppure "per controllo dosaggio farmacologico" e non sono da utilizzare le diciture seguenti o similari: "controllo metabolico", "controllo stato di salute", "checkup"...

QUESITO PREVALENTE – Nel caso in cui un paziente necessiti di più prescrizioni afferenti alla stessa branca ma riferibili a quesiti diagnostici differenti, è opportuno utilizzare il quesito prevalente: l'eventuale compilazione di più prescrizioni correlate alla stessa branca per la presenza di quesiti diagnostici diversi, comporterebbe per il paziente il pagamento di più ticket, procedura eticamente non accettabile.

SCREENING – La dicitura screening è da evitare in quanto le prestazioni di screening nell'ambito di campagne nazionali non necessitano di prescrizione. In riferimento alle prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori previste dalla Legge Finanziaria 2001 (Legge 388/2000) sono sufficienti i codici di esenzione.

ESAMI PREPARATORI ALL'INTERVENTO – Non deve essere utilizzata la dicitura "valutazione per intervento" in quanto trattandosi di esami preparatori all'intervento, questi sono ricompresi nel DRG della prestazione di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.

Ai fini della pratica attuazione di quanto sopra la ASL Caserta ha già notificato ai medici prescrittori tali obblighi prescrittivi, e ha dato mandato alle Direzioni Distrettuali di verificarne la applicazione. Tali obblighi sono confermati vigenti anche in questo Programma attuativo.

5.4.3 DIFFERENZIAZIONE TRA PRIME VISITE E CONTROLLI E MONITORAGGIO

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSN devono obbligatoriamente riportare nelle procedure di prenotazione l'indicazione di prima visita e controllo. Tale differenziazione sarà attuata dal medico prescrittore seguendo le indicazioni di seguito riportate.

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

**Piano Attuativo Aziendale
Governo delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

per la Pediatria e per la Specialistica e la loro applicazione sarà monitorata. Sarà, inoltre, cura degli Specialisti erogatori segnalare alle Direzioni di Struttura le indicazioni non corrette relativamente alla classe di priorità attribuita alla prestazione richiesta al fine di consentire l'intervento delle UCAD volto al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso un percorso di audit.

5.5 DEFINIZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI PER LE PATOLOGIE ONCOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

L'evoluzione organizzativa dei servizi e la mutazione del quadro epidemiologico e sociale hanno determinato un'articolazione e complessità di funzioni intermedie tra ospedale e territorio.

La realtà e il bisogno di assistenza impongono una stratificazione dell'organizzazione del servizio sanitario secondo livelli progressivi di intensità di cure e di impegno di risorse, che definiscano un continuum nella risposta ai bisogni relativi all'emergenza/urgenza, all'acuzie, alla riabilitazione post-acuzie, alla cronicità, alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'assistenza di base. In questo contesto vanno inquadrare le questioni relative alla definizione:

- dei modelli organizzativi, che attengono ai livelli della programmazione e gestione dei servizi;
- dei Percorsi assistenziali e socio-assistenziali, che attengono al governo clinico ed agli strumenti per esercitarlo (Profili di cura, L.G., Protocolli, EBM, ecc.).

Entrambi questi livelli devono concorrere alla realizzazione degli obiettivi di efficacia, economicità, appropriatezza ed equità affinché possa essere garantita la tutela del diritto alla salute.

La definizione dei modelli organizzativi deve garantire una corretta allocazione delle risorse, mentre l'individuazione dei Percorsi deve garantire un corretto uso delle risorse.

Perseguire l'appropriatezza clinica costituisce, dunque, un processo complesso, difficile e con risultati nel medio o lungo termine. Gli strumenti che possono essere impiegati sono diversi e sono applicabili a diversi livelli organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale. Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT) è un piano di cura multidisciplinare, il cui contenuto è fondato sulla "Evidence Based Medicine", con il quale si esplicitano sia obiettivi di cura relativamente ad una specifica categoria clinica di pazienti, sia le azioni, ordinate in sequenza temporale, che devono essere condotte, per conseguire i suddetti obiettivi, dai professionisti sanitari che partecipano al trattamento della stessa tipologia di pazienti. (Progetto Mattone "Misura dell'Appropriatezza", 2006). Sintetizzando, si può definire il Percorso assistenziale come l'adattamento ad una realtà locale di una Linea Guida, con l'identificazione precisa del relativo contesto organizzativo: attori, responsabilità, luoghi, tempi, etc. Essenziale, comunque, è basarsi su conoscenze standardizzate ed evidenti (Evidence Based Medicine). Inoltre, se il focus del processo è multidisciplinare, è evidente che bisogna includervi gli aspetti sociali che l'assistenza sanitaria, specie se mirata alla popolazione anziana, implica. Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Pertanto, in questi ambiti, va prevista una

**Piano Attuativo Aziendale
Governare delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

- informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
- normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
- elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso e per ogni classe di priorità;
- Informazioni sui tempi di attesa dei ricoveri.

L'area riguardante le informazioni è in continuo aggiornamento e attualmente consente di ottenere notizie in merito a:

Adozioni;
Certificati Medico Legali;
Centro Unico Prenotazione;
Immigrazione: Servizi e Diritti;
Invalidità;
Medicina Legale e Fiscale;
Patenti;
Screening Oncologici.

5.8 RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

La ASL Caserta provvede ad attuare le linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010 successivamente riportate anche nel PNGLA 2019-2021, con agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e con l'estensione del sistema CUP al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica con quello della domanda e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Tali linee guida, elaborate sulla base di quanto prodotto dal Mattone "Tempi di attesa" nell'ambito del programma Mattoni SSN hanno, tra l'altro, uniformato le definizioni e le classificazioni relative ai sistemi di prenotazione delle prestazioni. Tutte le prestazioni erogabili dalla ASL Caserta sia istituzionali sia in regime di libera professione sono prenotate e gestite attraverso il CUP.

5.9 REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO

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

- inaccessibilità struttura;
- guasto macchina;
- indisponibilità del personale;
- indisponibilità materiali/dispositivi.

**Piano Attuativo Aziendale
Governato dalle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

5.10 PRESTAZIONI GARANTITE

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

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

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

6.10.1 FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

VISITE SPECIALISTICHE					
N.	Prestazione PNGLA	Codice Nomenclator e All.4 DPCM 12/01/17	Codice Nomenclator e D.M. 22/07/96 e 18/10/2012		Descrizione Catalogo regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7A.3	89.7	89700.015	VISITA CARDIOLOGICA
				89700.068	VISITA PER IPERTENSIONE
				89700.016	VISITA CENTRO TROMBOSI / COAGULOPATIE
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7A.6	89.7	89700.020	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
				89700.070	VISITA PER DIABETICO
				89700.011	VISITA ANGIOCHIRURGICA
3	Prima Visita endocrinologica	89.7A.8	89.7	89700.039	VISITA ENDOCRINOLOGICA
				89700.047	VISITA DIABETOLOGICA PER DIABETE GESTAZIONALE
				89700.033	VISITA DI NUTRIZIONE CLINICA
				89700.037	VISITA DIABETOLOGICA
4	Prima Visita neurologica	89.13	89.13	89130.002	VISITA NEUROLOGICA
				89130.001	VISITA MALATTIE NEUROMETABOLICHE
				95020.001	VISITA OCULISTICA ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
5	Prima Visita oculistica	95.02	95.02	95020.001	VISITA OCULISTICA ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO
				89700.060	VISITA ORTOPEDICA
				89700.017	VISITA CHIRURGICA DELLA MANO
6	Prima Visita ortopedica	89.7B.7	89.7	89700.090	VISITA TRAUMATOLOGICA
				89700.069	VISITA PER OSTEOPOROSI

Piano Attuativo Aziendale
Government delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20

17	TC del Torace	87.41	87.41	87410.001	TC DEL TORACE
				87410.002	TC DEL TORACE HR
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87411.001	ANGIO TC DEL TORACE SENZA E CON MDC
				87411.002	TC DEL TORACE. SENZA E CON MDC
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88011.001	TC ADDOME SUP
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88012.001	TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC
				88012.002	ANGIO TC ADDOME SUP, SENZA E CON MDC (COMP AORTA ADDOMINALE)
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88013.001	TC ADDOME INF
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88014.001	ANGIO TC ADDOME INF. SENZA E CON MDC (COMP ART ILIACHE)
				88014.002	TC ADDOME INF, SENZA E CON MDC
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88015.001	TC ADDOME COMPLETO
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	88016.001	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC
				88016.002	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER COLONSOPIA VIRTUALE
				88016.003	TC ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC PER URO-TC
25	TC Cranio — encefalo	87.03	87.03	87030.001	TC CRANIO (COMP SELLA TURCICA E ORBITE)
				87030.002	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
				87030.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
				87030.004	TC DEL CAPO NAS
				87030.005	TC ENCEFALO
26	TC Cranio — encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87031.001	ANGIO TC CRANIO SENZA E CON MDC
				87031.002	TC CRANIO SENZA E CON MDC
				87031.003	TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
				87031.004	TC DEL CAPO. SENZA E CON MDC NAS
				87031.005	TC ENCEFALO SENZA E CON MDC
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.A	88.38.1	88381.001	TC RACHIDE CERVICALE
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.B	88.38.1	88381.002	TC RACHIDE DORSALE

**Piano Attuativo Aziendale
Governare delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

				88714.003	ECOGRAFIA TIROIDE E PARATIROIDI
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88723.001	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO A RIPOSO
				88723.002	ECOCOLORDOPPLER CARDIACO DOPO PROV FISICA O FARMACOLOGICA
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88735.001	ECO(COLOR)DOPPLER TSA A RIPOSO
				88735.002	ECO(COLOR)DOPPLER TSA DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88741.001	ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE
				88741.002	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI
				88741.003	STUDIO ECOGRAFICO REFLUSSO GASTROESOFAGEO
				88741.004	STUDIO ECOGRAFICO TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88751.001	ECOGRAFIA ADDOME INF
				88751.002	ECOGRAFIA ADDOME INF CON VALUTAZIONE RESIDUO POST MINZIONALE (RPM)
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88761.001	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
				88761.002	ECOGRAFIA APP URINARIO (RENI-URETERI-VESCICA)
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88731.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88732.001	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA DX
				88732.002	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA SX
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88780.001	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (1 TRIMESTRE)
				88780.002	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (2 TRIMESTRE)
				88780.003	ECOGRAFIA GRAVIDANZA (3 TRIMESTRE)
				88780.004	ECOGRAFIA OSTETRICA
				88780.005	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA
				88780.006	ECOGRAFIA TRANSLUCENZA NUCALE
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88782.001	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
50	Ecocolor Doppler degli arti inferiori arterioso e o venoso	88.77.4 88.77.5	88.77.2	88772.004	ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO ARTI INF (A RIPOSO)
				88772.005	ECOCOLORDOPPLER ARTER ARTI INF DOPO PROVA FISICA
				88772.025	ECOCOLORDOPPLER VENOSO ARTI INF

**Piano Attuativo Aziendale
Governo delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli.- Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.C	93.08.1	93081.005	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.D	93.08.1	93081.006	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli
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.E	93.08.1	93081.007	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)
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.F	93.08.1	93081.008	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE DX. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)
				93081.009	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE SX. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)

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

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

Prestazioni ambulatoriali (Visite e prestazioni diagnostiche-terapeutiche-riabilitative)	Classi di priorità	Tempi massimi di attesa	-Si riferiscono alle prime visite accertamenti -Sono esclusi i controlli e gli screening
Tutte le Prestazioni	U	72 ore	
Tutte le Prestazioni	B	10 gg	
Visite	D	30 gg	

**Piano Attuativo Aziendale
Governo delle Liste di Attesa
DCA 23/01/20**

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(l)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale(l)	53.0x-53.1x	

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

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

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste. Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 35/43</p>
	<p>Piano Attuativo Aziendale Governare delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</p>	

6.10.5 AUMENTO TEMPORALE DELL'OFFERTA

Si prevede la possibilità di assicurare, in via ordinaria, 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 l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Di seguito vengono elencate le misure già previste nell'ASL Caserta in caso di superamento dei tempi massimi di attesa congiuntamente a:

Interventi di overbooking;

Rimodulazione dell'offerta che consenta di spostare la capacità produttiva degli erogatori verso le prestazioni maggiormente richieste anche riducendo il volume di offerta di prestazioni non garantite

Interventi di pulizia delle liste di attesa.

Interventi gestionali per l'utilizzo di diverse fasce orarie di erogazione delle prestazioni (previ accordi sindacali)

6.10.6 INTEGRAZIONE DELL'OFFERTA CON L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

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

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

l'accesso al Servizio CUP;

la prenotazione delle prestazioni;

la gestione dell'agenda delle prenotazioni;

la registrazione delle prescrizioni;

la registrazione dei dati di pagamento con la completa tracciabilità delle transazioni.

L'ASL Caserta:

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 37/43
	Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20		

6.10.7 INTEGRAZIONE DELL'OFFERTA CON ALTRI EROGATORI

Sulla base delle indicazioni contenute nelle linee di indirizzo regionali alla base del presente provvedimento, e fermo restando la necessità di accordi contrattuali con gli erogatori privati da parte dell'organo regionale, si stabilisce che qualora le azioni previste dalla ASL Caserta 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, si stabilisce come percorso di garanzia che le strutture accreditate inseriscano le proprie agende di prenotazione nel CUP della ASL Caserta con la creazione di un'offerta integrata pubblico / privato accreditato, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici. A tale scopo si prevede la possibilità che per quanto indicato ai punti precedenti si faccia ricorso all'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa.

7. CONTINUITÀ TERAPEUTICA-CRONICITÀ

PIANO ALTERNATIVO DI PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CON CRONICITÀ AL PERDURARE DELL'EMERGENZA SANITARIA / STRATEGIA PER LA RIDUZIONE DELLE LISTE D'ATTESA:

Al fine di migliorare la presa in carico e la riduzione delle liste di attesa si sta procedendo attraverso un Team di specialisti delle cronicità a valutare i pazienti da remoto con una piattaforma simile a quella attivata per la presa in carico dei pazienti Covid+ con la stessa modalità di attivazione del Team da parte del MMG offrendo una consulenza rapida e immediata ai pazienti, condividendo le informazioni cliniche e le consulenze specialistiche sulla pagina paziente e definendo il percorso individualizzato in modalità multidisciplinare. L'infermiere di famiglia o lo stesso specialista effettueranno a domicilio la diagnostica di laboratorio e strumentale e/o programmeranno eventuali esami e visite.

8. IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' CUP

La ASL Caserta si impegna a mettere in atto tutte le risorse organizzative disponibili per garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA	Pag. 39/43
	Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20	

controlli; Il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, viene già ordinariamente attuato con i servizi telefonici di richiamata-recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), e sono già previste eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata; Come già riportato nel piano ALPI e nel Regolamento ALPI, si prevede la sospensione del diritto all'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi ai sensi dell'art.3 del D.Lgs229/99; la Commissione paritetica aziendale è chiamata alle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale;

10. PROCEDURE DI RICOVERO

10.1 AGENDE DEI RICOVERI

Il Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri è strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero; esso è già operativo nei presidi dell'Azienda, al fine di garantire con maggiore trasparenza l'uniformità nella compilazione del registro (non più cartaceo ma elettronico) per i ricoveri ospedalieri si riportano di seguito i campi da popolare necessariamente obbligando tutte le Direzioni dei Presidi di ricovero alla sua univoca applicazione. Attualmente viene utilizzato per le agende dei ricoveri il software della Web-Hospital.

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero verifica la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandola nell'appropriatezza relativamente a:

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

Lo stesso medico deve verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA	Pag. 41/43
	Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20	

Ospedaliere, Universitarie e IRCCS tramite la stipula di appositi accordi, per concordare le disponibilità dell'offerta di prestazioni, in modo da creare percorsi alternativi più agevoli per l'utente, nel rispetto del principio della migliore accessibilità sul territorio delle strutture e ponendo particolare attenzione soprattutto per le prestazioni in cui si richiede una più alta specializzazione e professionalità. Per maggiore chiarezza si riportano indicazioni dalle Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, nell'ambito del Progetto Mattone "Tempi di attesa" (versione 4 maggio 2005), che definiscono, relativamente ai dati da inserire nel registro di prenotazione, un elenco di campi articolato in due sezioni, la prima relativa al paziente, la seconda all'aspetto gestionale.

10.2 PERCORSO DI PREOSPEDALIZZAZIONE

Definizione

La Pre Ospedalizzazione è una fase di accesso dell'assistito all'interno della struttura sanitaria ospedaliera finalizzata all'esecuzione delle prestazioni specialistiche, strumentali e di laboratorio, che permettono di valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico. Le prestazioni in Pre Ospedalizzazione devono essere effettuate nei 15 giorni precedenti l'intervento, sono basate su criteri di appropriatezza e sono finalizzate all'ammissione al ricovero e non alla formulazione della diagnosi. Tali accertamenti, in caso di intervento, sono gratuiti in quanto rientranti nella omnicomprensività della tariffa del DRG, mentre nei caso in cui agli esami non faccia seguito l'intervento chirurgico, questi devono ritenersi a carico del cittadino, con tariffa come da nomenclatore tariffario regionale.

Obiettivo

L'obiettivo primario della Pre Ospedalizzazione è eliminare tutta la degenza preoperatoria finalizzata: all'esecuzione delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio; alla preparazione all'intervento; alla effettuazione di altre metodiche, come il pre-deposito di sangue autologo, talvolta necessarie.

I vantaggi da perseguire sono:

per il cittadino:

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 43/43
Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20			

prestazioni pre-operatorie da effettuare, sono definite da ciascuna Direzione Medica di Presidio, valutando le branche specialistiche presenti nel Presidio Ospedaliero e previo accordo con il Dipartimento Assistenza Ospedaliera.

11. GRANDI APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

Il Decreto n° 52/2019 ha previsto che le Aziende si impegnino a garantire l'utilizzo delle grandi apparecchiature radiologiche (TAC e RMN) per almeno l'80% della loro capacità produttiva riportando l'elenco delle apparecchiature disponibili ed evidenziando quelle obsolete. In ossequio a tale disposizione la ASL Caserta deve verificare le apparecchiature, valutando il grado di obsolescenza e la Capacità Operativa Massima, al netto della percentuale di attività dedicata ai ricoverati, dedicata alle prestazioni ambulatoriali per le quali viene gestita l'agenda con le classi di priorità e la relativa lista di attesa.

12. PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE A CAUSA DELL'EMERGENZA EPIDEMICA

Le Aziende Sanitarie in attuazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa ai sensi del DL 104/2020 art. 29 approvato con DGRC 620 del 29/12/2020, devono predisporre una proposta di Piano Operativo per il recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza epidemica, che preveda il recupero delle prestazioni nei sei mesi successivi (entro il 31 dicembre 2021). Le prestazioni non erogate:

per la **Specialistica ambulatoriale** i dati trasmessi dal monitoraggio evidenziano che nel 2019, le prestazioni di specialistica ambulatoriali sono state 1.144.044, nel 2020 sono state 456.460, con una differenza di 687.584.

per i **Ricoveri acuti in regime di elezione** i dati evidenziano per il 2019 i ricoveri sono stati 40.157, per il 2020 invece sono stati 31.067 con una differenza di 9.090. Il Piano Operativo costituirà un obiettivo prioritario della Azienda Sanitaria e verrà monitorato trimestralmente.