

# Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa

2010-12

*Adottato con deliberazione del Direttore Generale n.435 del  
17/10/2013*

*In recepimento del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-12 della regione Campania di cui alla DGRC 271/2012  
pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania dell'8 ottobre 2012*

*Nota: tale PAA annulla e sostituisce il precedente, approvato con deliberazione n. n. 367 dell' 1.10.2012*

## SOMMARIO

Sommario.....	2
INTRODUZIONE.....	5
Adozione formale del Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa .....	6
Atto formale dell’Azienda d’adozione del Programma Aziendale.....	6
Ricognizione degli atti adottati in materia .....	6
Atti adottati dall’Azienda in materia di contenimento dei Tempi di Attesa .....	7
Atti adottati dall’Azienda in materia di ricorso alla attività libero-professionale .....	7
Atti adottati dall’Azienda in materia di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali.....	7
Atti adottati dall’Azienda in materia di gestione del ricovero programmato .....	7
Atti adottati dall’Azienda in materia di informatizzazione del ciclo prenotazione/ accettazione/gestione clinica/ refertazione e sviluppo dell’ICT .....	7
Fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni.....	9
Elenco delle prestazioni.....	9
Tempi Massimi di Attesa fissati per le singole prestazioni.....	12
Individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d’attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PRGLA .....	13
Promozione dell’appropriatezza della domanda .....	13
Azioni dirette e indirette per garantire l’appropriatezza delle prestazioni .....	13
La Commissione di Esperti di cui al punto 11) “Programmi Attuativi Aziendali” del PRGLA 2010-2012 come tecnostuttura a supporto delle strategie di appropriatezza.....	14
Iniziativa aziendali per la condivisione e implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici .....	15
Lo scenario attuale di ricorso ai PDTA e ai profili di cura in Azienda .....	15
Gli impegni dell’Azienda per lo sviluppo di PDT in area oncologica e cardiovascolare secondo gli obiettivi fissati dal PNGLA 2010-12 .....	16
Gestione dell’agenda per percorsi diagnostico-terapeutici .....	17
Implementazione dei criteri di priorità d’accesso nell’ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio .....	18
Assegnazione della priorità d’accesso in sede prescrittiva. ....	18
Assegnazione della priorità d’accesso presso la struttura erogante.....	18

Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, differenziando il ruolo degli ospedali e del territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell’elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti.....	21
Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell’appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all’utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli .....	21
Procedure di verifica dell’appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all’utilizzo delle classi di priorità e alla presenza del quesito diagnostico per prestazioni ambulatoriali. ....	21
Procedure di verifica dell’appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli per prestazioni ambulatoriali. ....	22
Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell’appropriatezza delle prestazioni erogate in regime di ricovero .....	23
Razionalizzazione/ottimizzazione dell’organizzazione dell’offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.) .....	24
Razionalizzazione/ottimizzazione dell’organizzazione dell’offerta in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità.....	25
Razionalizzazione/ottimizzazione dell’organizzazione dell’offerta in considerazione della necessità di garantire la gestione delle diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.) .....	25
Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP e per la gestione dell’intera offerta tramite il sistema CUP, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP .....	26
Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP ...	26
<b>A.1.1</b> Canali di prenotazione aggiuntivi.....	29
<b>A.1.2</b> La partecipazione dell’A.O.U. “Federico I” al CUP Regionale (CUREP) .....	29
Individuazione di iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l’accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina .....	33
Sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale .....	34
Sviluppo di funzionalità di telemedicina e ICT .....	36
Indirizzi per la comunicazione e l’informazione sulle liste d’attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato .....	40
Il sito web aziendale.....	40
Regolamentazione della sospensione dell’attività d’erogazione e di prenotazione delle prestazioni.....	41

Regolamentazione della sospensione dell'attività d'erogazione delle prestazioni .....	42
Regolamentazione della sospensione dell'attività di prenotazione delle prestazioni .....	44
Gestione Reclami e notifiche all'Assessorato alla Sanità .....	44
Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa.....	44
Misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa .....	45
Condizioni per l'individuazione delle misure .....	46
Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa .....	48
Organizzazione dell'attività libero professionale ai sensi della DGRC 271/12 .....	49
Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero .....	51
Tenuta della "Agenda di prenotazione dei ricoveri" secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" .....	51
L'agenda di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili .....	51
Modello organizzativo di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili .....	51
Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità (DM 8 luglio 2010, come citato in premessa del PNGLA 2010-2012, Decreto Commissario ad Acta del Piano di rientro del settore sanitario n. 6 del 17.01.2011, D.G.R.C n. 493 del 4/10.2011)." .....	53
Attuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio .....	53
Monitoraggio ex-post .....	54
Monitoraggio ex-ante.....	54
Monitoraggio attività di ricovero .....	55
Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione .....	55
Monitoraggio ALPI.....	56
Monitoraggio sito Web .....	56
Monitoraggio PDT .....	57

## INTRODUZIONE<sup>1</sup>

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

A tal fine, ad integrazione degli interventi già previsti dal Piano Regionale Tempi di Attesa 2006-2008 di cui alla D.G.R.C. 170/2007 ed in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale 2010-2012 allegato alla D.G.R.C. 271/2012, il Programma Attuativo Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 dell'AOU "Federico II" di Napoli propone un percorso per il governo delle liste di attesa che garantisca un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

A tal fine, ferme restando le strategie definite con il Piano Regionale di cui alla D.G.R.C. n.170/07 e col PACTA aziendale 2006-2008, si rende necessario effettuare le seguenti integrazioni;

- aggiornamento dell'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa;
- integrazione degli interventi per le aree cardiovascolare e oncologica individuate quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e recepimento dei relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;
- promozione dell'appropriatezza prescrittiva;
- presenza sul sito web aziendale, delle informazioni sulle liste e tempi di attesa;
- recepimento ai sensi del PRGLA quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa i tempi e flussi
- Promozione dell'attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione
- Revisione della metodologia di monitoraggio e potenziamento dei canali di accesso alle prestazioni
- implementazione di un'ampia ulteriore offerta di canali di accesso al servizio prenotazioni

---

<sup>1</sup> Il frame di presentazione del documento (capitoli e paragrafi) è costruito secondo la logica di cui alla scheda e alla metodologia di valutazione del Piano Regionale elaborata dal Comitato LEA (allegato C del PRGLA - TABELLA - Criteri di valutazione dei PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI GOVERNO LISTE DI ATTESA).

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

## ADOZIONE FORMALE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Con il presente atto, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Federico II" di Napoli (di seguito, AOU) adotta formalmente un Programma Aziendale di Governo delle Liste d'Attesa (di seguito, Programma Aziendale) in recepimento del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-12 della regione Campania di cui alla DGRC 271/2012 (di seguito PRGLA) pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania dell'8 ottobre 2012 e si impegna ad implementare le strategie, le risorse e le attività ritenute necessarie garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari e da realizzare con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Tale documento rappresenta la prima revisione del Programma Aziendale allegato alla Delibera del Direttore Generale n. 367 del 1.10.2012 ai sensi dei rilievi effettuati dalla Regione Campania e nel rispetto del paragrafo 11 del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa.

## ATTO FORMALE DELL'AZIENDA D'ADOZIONE DEL PROGRAMMA AZIENDALE

Il presente Programma Aziendale – Revisione 01 si ritiene adottato formalmente con Deliberazione del Direttore Generale, di cui forma parte integrante, e, come previsto dal PRGLA, sarà trasmesso alla Regione entro 5 giorni dalla Deliberazione stessa.

## RICOGNIZIONE DEGLI ATTI ADOTTATI IN MATERIA

Si riportano di seguito gli atti formali adottati dall'Azienda negli ultimi anni, in riferimento a:

- contenimento dei Tempi di Attesa;
- ricorso alla attività libero-professionale;
- percorsi diagnostico-terapeutici
- materia di gestione del ricovero programmato
- miglioramento dei flussi ospedalieri ad impatto indiretto sulle liste di attesa
- informatizzazione del ciclo prenotazione/accettazione/gestione clinica/refertazione e sviluppo dell'ICT

A questi, si aggiunga il Progetto Liste d'Attesa con il quale l'Azienda ha aderito alla Annualità 2007 degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 Linea di Intervento n.5 "Tempi di Attesa" (Decreto Dirigenziale 311 del 26.11.2010)

---

#### ATTI ADOTTATI DALL'AZIENDA IN MATERIA DI CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

- Istituzione della Commissione Aziendale di esperti per il Governo delle Liste di Attesa e nomina del Referente Aziendale per le Liste di' Attesa - D.G.R.C n. 271 del 12.06.2012-Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-12. - delibera.309.2012
- Commissione Aziendale di esperti per il Governo delle Liste di Attesa e nomina del Referente Aziendale per le Liste di' Attesa - D.G.R.C n. 271 del 12.06.2012-Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-12 - SOSTITUZIONE COMPONENTE. Del. n. 174 del 06/05/2013 -

---

#### ATTI ADOTTATI DALL'AZIENDA IN MATERIA DI RICORSO ALLA ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

- Regolamento Attività Libero Professionale Intramuraria (determinazione n. 100 del 6 marzo 2001; determinazione n. 091 del 4 marzo 2002), attualmente in fase di revisione;
- Istituzione Commissione Paritetica ALPI (determina del Direttore Generale n.115 del 19 aprile 2004)
- Regolamento Commissione Paritetica ALPI (approvato con determina 132 del 18 aprile 2006)

---

#### ATTI ADOTTATI DALL'AZIENDA IN MATERIA DI PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

- Delibera Aziendale n.239 dell 22.06.2010 - Attivazione regime di erogazione assistenziale Day Service - DGRC 102/09

---

#### ATTI ADOTTATI DALL'AZIENDA IN MATERIA DI GESTIONE DEL RICOVERO PROGRAMMATO

- Del. n. 014 del 14/01/2013 Oggetto: Approvazione Procedimento per prestazioni eseguite in regime di preospedalizzazione non seguite da ricovero e relative tariffe aziendali

---

#### ATTI ADOTTATI DALL'AZIENDA IN MATERIA DI INFORMATIZZAZIONE DEL CICLO PRENOTAZIONE/ ACCETTAZIONE/GESTIONE CLINICA/ REFERTAZIONE E SVILUPPO DELL'ICT

- Determina Nr 506 del 15/11/2011 "Affidamento, per anni tre, dei servizi necessari alla gestione, manutenzione ed evoluzione del sistema informatico dell'A.O.U. Federico II-



Azienda Ospedaliera Universitaria

Federico II



Aggiudicazione all'A.T.I. Engineering Ingegneria Informatica S.P.A./SAN.TEC. S.R.L./Theorem@ S.R.L./Informatica Medica S.R.L.”.

## FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER PRESTAZIONI

Il presente Programma Attuativo Aziendale aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa, in recepimento di quanto previsto dal Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-12 della regione Campania, che comprendono:

- 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale;
- 15 in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

I tempi di attesa fissati per tali prestazioni, elencate nel dettaglio al paragrafo B.1, sono quelli di cui all'Accordo dell'11 luglio 2002 e dal PNGLA 2010-2012, ripresi nel paragrafo B.2 del presente Programma.

### ELENCO DELLE PRESTAZIONI

Si riportano nelle tabelle 1 e 2 le prestazioni ambulatoriali e di ricovero di cui al punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2012-12 per i quali vanno fissati, garantiti e monitorati i tempi massimi di attesa e recepite con il presente Programma Attuativo Aziendale.

**Tabella 1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.1 PNGLA) - [VISITE SPECIALISTICHE](#)**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	89.7	08
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

**Tabella 1.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.1 PNGLA) - PRESTAZIONI STRUMENTALI**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
<b>Diagnostica per Immagini</b>		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 – 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 – 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 – 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 – 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 – 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 – 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 – 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica – Ginecologica	88.78 - 88.78.2
<b>Altri esami Specialistici</b>		
34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1

41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

Tabella 2 PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.2 PNGLA) - [Day Hospital/Day Surgery](#)

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0 - 53.10	

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

Tabella 2.1 PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.2 PNGLA) - [Ricovero Ordinario](#)

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione (2)	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

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

**TEMPI MASSIMI DI ATTESA FISSATI PER LE SINGOLE PRESTAZIONI**

I tempi massimi di attesa si intendono tali in base ai criteri di priorità indicati, sistematicamente e obbligatoriamente nelle prescrizioni del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta – nel caso delle prestazioni ambulatoriali – o del Medico Ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero – nel caso di prestazioni di ricovero.

Essi prevedono l'individuazione di standard attesi secondo le seguenti classificazioni, valide, rispettivamente, per le prestazioni ambulatoriali (Tabella 1) e di ricovero (tabella 2):

Tabella 4 Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione) per tutte la prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010- 2012

CODICE CRITERIO DI PRIORITA'	SIGNIFICATO CODICE	SIGNIFICATO CLINICO - PROGNOSTICO DEL CRITERIO	TEMPO MASSIMO ATTESA PER EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE
<b>U</b>	Urgente	Prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica	Nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
<b>B</b>	Breve	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	Entro 10 giorni
<b>D</b>	Differibile	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione disabilità	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
<b>P</b>	Programmata	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità	Entro un arco temporale massimo di 180 giorni

Tabella 5 Classi di priorità per prestazioni erogate in regime di ricovero, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010- 2012

CODICE CRITERIO DI PRIORITA'	SIGNIFICATO CLINICO - PROGNOSTICO del CRITERIO	TEMPO MASSIMO ATTESA PER RICOVERO
<b>A</b>	Casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi.	Ricovero entro 30 giorni
<b>B</b>	Casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi	Ricovero entro 60 giorni
<b>C</b>	Casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi	Ricovero entro 180 giorni
<b>D</b>	Casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità.	Ricovero senza attesa massima definita. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi

I tempi massimi così stabiliti per le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di ricovero dall’Azienda sono definiti in base alle priorità di accesso ad essi assegnate secondo quanto descritto nel paragrafo *C.3 Implementazione dei criteri di priorità d’accesso nell’ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio*.

Con il presente Programma Aziendale, l’Azienda si impegna affinché tali tempi siano garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici dell’Azienda.

Il rispetto di tale obiettivo è perseguito secondo quanto previsto al capitolo *C - Individuazione delle linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d’attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PRGLA*

#### INDIVIDUAZIONE DELLE LINEE GENERALI DI INTERVENTO PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI D’ATTESA, DEGLI IMPEGNI E PREVISIONE DI PROGRAMMI E INIZIATIVE PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI PREVISTI DAL PRGLA

Con il presente Programma Aziendale, si introducono degli elementi di governo delle attese specificamente orientati a promuovere l’appropriatezza della domanda secondo meccanismi sia diretti (articolazione dell’offerta) sia indiretti (formazione degli specialisti, audit con i prescrittori).

Rispetto a tali premesse, si individuano, nei paragrafi che seguono, le linee generali di intervento per il contenimento dei tempi d’attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PRGLA per quanto attiene alla promozione dell’appropriatezza della domanda, all’implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici, all’implementazione dei criteri di priorità e delle verifiche di congruenza tra quesito diagnostico e prestazione richiesta e alla riorganizzazione dell’offerta per tipologia d’accesso (prime visite, primi accessi, controlli ecc).

#### PROMOZIONE DELL’APPROPRIATEZZA DELLA DOMANDA

Con il presente Programma Aziendale, si forniscono indicazioni per la gestione dell’accesso alle prestazioni, sia ambulatoriali che di ricovero, in base a modelli di priorità e di congruenza tra quesito clinico e prestazione erogata (appropriatezza prescrittiva), ma anche tra quesito clinico, gravità/intensità assistenziale e giusto setting di cura in base a tempi e risorse (appropriatezza organizzativa).

#### AZIONI DIRETTE E INDIRETTE PER GARANTIRE L’APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

L’AOU “Federico II” persegue l’appropriatezza attraverso meccanismi diretti, agenti sulle prescrizioni (è il caso dei ricoveri programmati, rispetto ai quali lo specialista ospedaliero è diretto responsabile dell’ammissione del paziente e titolare dell’assegnazione del codice di priorità e della indicazione al tipo di percorso assistenziale da offrire) e indiretti (attraverso intese e cicli di audit con i prescrittori territoriali e attraverso una complessiva razionalizzazione del sistema di offerta che renda espliciti e sistematici gli strumenti di monitoraggio dei processi ospedalieri).

Tra gli strumenti adottati a supporto degli obiettivi di appropriatezza e razionalizzazione dell'offerta, saranno utilizzati dall'Azienda:

- il sistema dei controlli interni – Controllo di Gestione, Budget, Valutazione delle Performances e della Dirigenza;
- il sistema informativo aziendale e il cruscotto direzionale (entrambi orientati ad accogliere elementi di linkage tra indicazioni diagnostiche/prestazioni e relativi indicatori di monitoraggio);
- il modello Dipartimentale.

**A.1.1** LA COMMISSIONE DI ESPERTI DI CUI AL PUNTO 11) “PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI” DEL PRGLA 2010-2012 COME TECNOSTRUTTURA A SUPPORTO DELLE STRATEGIE DI APPROPRIATEZZA

Al fine di dare piena attuazione a quanto stabilito al paragrafo 11 del Piano Regionale Governo Liste di Attesa 2010-2012, l'Azienda ha istituito con Delibera n. 309/2012 *“Istituzione della Commissione Aziendale di esperti per il Governo delle Liste di Attesa e nomina del Referente Aziendale per le Liste di Attesa”* modificata con la Delibera n. 174/2013, una Commissione di Esperti, il cui compito precipuo è quello di coadiuvare il Referente aziendale unico per le liste di attesa, così come disposto al paragrafo 6 punto 7 del succitato Piano, nello studio ed elaborazione delle strategie e le iniziative da adottarsi in Azienda in materia di governo delle liste di attesa, utilizzando la metodologia propria del governo clinico, ivi inclusi strumenti di *technology assessment* e *evidence based medicine*.

Alla Commissione sono demandate attività di:

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

## INIZIATIVE AZIENDALI PER LA CONDIVISIONE E IMPLEMENTAZIONE DI Percorsi DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

I Percorsi-Diagnostico-Terapeutici devono essere intesi come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.

Il PNGLA ha individuato come aree prioritarie di sviluppo dei PDT sia l'area oncologica sia l'area cardiovascolare, che si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese.

La Regione Campania, relativamente alle patologie individuate definisce con appositi provvedimenti specifici percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari sulla scorta delle linee guida disponibili in ambito nazionale ed internazionale e assicura la diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT.

Rispetto ad esse, con il presente Programma aziendale, l'Azienda si impegna ad implementare modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT.

### LO SCENARIO ATTUALE DI RICORSO AI PDTA E AI PROFILI DI CURA IN AZIENDA

L'AOU "Federico II" di Napoli ha avviato il modello organizzativo del Day Service<sup>2</sup> come prototipo di PDTA multidisciplinare integrato. In materia di PDT per malattie oncologiche, l'U.O. di Oncologia ha sottoposto alla Regione Campania un Percorso Clinico-Organizzativo per la Breast Unit, tutt'ora al vaglio dei settori competenti.

---

<sup>2</sup> Il Day Service è un processo organizzativo di erogazione dell'assistenza finalizzato ad affrontare specifici e codificati problemi diagnostici definiti a priori per la cui soluzione sono predisposte, preliminarmente, specifiche liste di prestazioni che risultano indicate, sulla base delle evidenze, e che si denominano Percorsi Ambulatoriali Complessi e Coordinati (P.A.C.C.). Questi sono, dunque, gruppi ragionati di prestazioni che trovano indicazione per dare risposta a quesiti diagnostici per specifiche patologie/problemi. Le prestazioni incluse nei PACC, di norma, sono quelle previste dal nomenclatore della specialistica ambulatoriale. All'interno della lista delle prestazioni previste dallo specifico percorso, lo specialista individua, caso per caso, le prestazioni da prescrivere. Il PACC, di norma, va concluso entro 30 giorni dall'accesso. Sono state richieste stampe apposite di monitoraggio di processo alla Società Fornitrice del Modulo applicativo informatizzato di gestione del Day Service.

Il sistema è regolato al fine di garantire il completamento dell'episodio di Day Service entro 30 giorni dalla prenotazione come da DGRC 102/09 dispone. E', altresì, oggetto di regolamentazione aziendale la necessità di concentrare il maggior numero di prestazioni in un unico accesso, chiedendo uno sforzo organizzativo ai servizi e agli ambulatori singoli diretto a tale scopo.

Il modello organizzativo si fonda sull'individuazione di aree interdisciplinari - rappresentano le fasi in cui si integrano le diverse sinergie dei professionisti individuati, in particolare quelle del Gruppo di riferimento Clinico-Organizzativo (nucleo dell'Unità) per le fasi di Accertamento/Inquadramento diagnostico; Approfondimento Diagnostico/Stadiazione; Follow up - e di Aree Interventistiche - rappresentano le fasi terapeutico - interventistiche di ciascuna disciplina del Gruppo di Riferimento Diagnostico-Terapeutico, in particolare: - Intervento chirurgico/ricostruttivo; Chemioterapia; Radioterapia; Riabilitazione.

Secondo tale modello, è possibile monitorare sistematicamente indicatori di processo per la verifica degli scostamenti versus l'atteso sia in riferimento alle Linee Guida per il management del paziente oncologico sia rispetto ai tempi di attesa per l'accesso all'inquadramento (fase ambulatoriale) e all'intervento terapeutico (fase di ricovero).

In osservanza alla L.R. 20/2005 e al modello di funzionamento della Breast Unit:

- l'accesso alle prestazioni che identificano la fase di inquadramento diagnostico (triplo test: visita senologica/diagnostica/mammo e/o ecografia/diagnostica anatomopatologica) va assicurato entro 10 giorni dalla data di prenotazione;
- l'accesso alle prestazioni che identificano la fase terapeutico-interventistica per le donne risultate positive alla fase diagnostica va assicurato entro 30 giorni dalla diagnosi anatomopatologica.

#### GLI IMPEGNI DELL'AZIENDA PER LO SVILUPPO DI PDT IN AREA ONCOLOGICA E CARDIOVASCOLARE SECONDO GLI OBIETTIVI FISSATI DAL PNGLA 2010-12

Con il presente programma, si intendono adottate le Linee Guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi di cui al PNGLA 2010-12. In particolare, si recepisce la metodologia così proposta, che prevede di monitorare, nell'ambito del percorso diagnostico-terapeutico, i tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se in realtà questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l'intervallo b)-c) ci può dare la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

L'Azienda si impegna a individuare presupposti e strategie organizzative di intervento sui tempi di:

- “attesa diagnostica” (differenza tra la data in cui viene erogata la prestazione tracciante la conclusione della fase diagnostica e quella in cui viene erogata la prestazione tracciante l’avvio della fase diagnostica)
- “attesa terapeutica” (differenza tra data di ammissione al ricovero e data di prenotazione del ricovero)

per le patologie oncologiche e cardiologiche oggetto di monitoraggio, in particolare:

- Neoplasie del colon-retto;
- Neoplasie della mammella;
- Neoplasie del polmone;
- Intervento di Bypass.

Inoltre, per consentire il monitoraggio dei percorsi oggetto di attenzione secondo la metodologia di cui alle Linee Guida sul Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Complessi, l’Azienda si impegna a sensibilizzare tutti gli attori della filiera amministrativa e clinica al superamento dei limiti metodologici correlati al monitoraggio stesso, intervenendo:

- Sullo “stile compilativo” della SDO;
- Sui tempi del ritorno informativo.

L’Azienda si impegna, altresì, ad implementare sistemi di monitoraggio (vedi paragrafo *F7-Monitoraggio PDT*) degli indicatori di processo – sul modello illustrato per il Percorso Clinico-Organizzativo della Breast Unit – tra i quali, di minima, saranno verificati i tempi massimi d’attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, che non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l’inizio della terapia dal momento dell’indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

#### GESTIONE DELL'AGENDA PER PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI

Come già si è proceduto in occasione dell’adozione del modello del Day Service e della Breast Unit, la gestione efficiente delle agende CUP per i PDT richiede l’individuazione delle prestazioni da inserire in liste di attesa distinte, in particolare quando tali prestazioni sono afferenti a specifici percorsi diagnostico-terapeutici (es. controlli specialistici, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita, protocolli di cura).

Infatti, per le prestazioni comprese all’interno di percorsi diagnostico-terapeutici, è necessario prevedere, da parte delle strutture eroganti, una specifica programmazione, affinché i punti di prenotazione possano ritrovarle all’interno del Sistema delle prenotazioni. Anche la rilevazione di tali prestazioni è necessaria per conoscere la complessiva attività svolta dalle strutture eroganti e

per valutarne la coerenza con i protocolli assistenziali e con le linee guida definite per la cura delle patologie.

#### IMPLEMENTAZIONE DEI CRITERI DI PRIORITÀ D'ACCESSO NELL'AMBITO DELLE PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

L'implementazione del sistema di classificazione basato sulle priorità è strumento indispensabile per poter garantire a tutti i pazienti una risposta che rispetti i principi di efficacia, appropriatezza, accessibilità ed equità (LEA).

#### ASSEGNAZIONE DELLA PRIORITÀ D'ACCESSO IN SEDE PRESCRITTIVA.

Con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-12, viene stressata ulteriormente l'obbligatorietà per i medici prescrittori della biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità<sup>3</sup>, e viene fatta espresso riferimento affinché questa obbligatorietà comprenda<sup>4</sup> "tutte le prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, comprese le analisi di laboratorio".

Il percorso per i ricoveri programmati parte dalla situazione di malessere avvertita dal cittadino/paziente che espone al suo medico (di MMG, PLS) un problema di salute per il quale quest'ultimo valuta la strada da intraprendere, o consigliando accertamenti preliminari o prescrivendo eventuali visite specialistiche di approfondimento, o prescrivendo direttamente il ricovero.

In tale percorso, il momento prescrittivo si identifica con la valutazione dello specialista ospedaliero – a livello della struttura erogante – che conferma (o disconferma) il bisogno assistenziale individuato dal MMG/PLS e dispone l'ammissione al ricovero ospedaliero – riclassificando eventualmente la priorità indicata dal MMG/PLS – ovvero individua e coordina un percorso assistenziale alternativo, adeguato al bisogno.

#### ASSEGNAZIONE DELLA PRIORITÀ D'ACCESSO PRESSO LA STRUTTURA EROGANTE.

In riferimento ai criteri di priorità d'accesso, dunque, le strutture deputate all'erogazione delle prestazioni prescritte (ambulatori e ospedali) realizzano un percorso differente a seconda che la prescrizione riguardi una prestazione specialistica ambulatoriale o di ricovero: nel primo caso, infatti, è il prescrittore (MMG/PLS) ad assegnare un codice di priorità basato sui criteri clinici di cui alla tabella 4; nel secondo, è il medico ospedaliero deputato all'accettazione del paziente al ricovero, ad assegnare un codice di priorità basato sui criteri clinici di cui alla tabella 5.

Pertanto, il presente Programma Aziendale adotta, in osservanza dei riferimenti regionali e nazionali in materia, due modelli organizzativi specifici per prestazioni ambulatoriali e di ricovero

<sup>3</sup>limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative

<sup>4</sup> in esecuzione a quanto previsto dal PNGLA 2010-2012

per assicurare l'implementazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

#### PRIORITÀ D'ACCESSO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel caso di prescrizione di una prestazione specialistica ambulatoriale, all'indicazione della *classe di priorità posta in sede prescrittiva dal MMG/PLS, corrisponde una diversa tempistica di prenotazione* della prestazione da assicurare presso la struttura erogante.

Nel presente Programma Aziendale, tale tempistica è conforme a quanto previsto dal paragrafo 3.1 del PRGLA 2010-12 e come tale recepita nel paragrafo B.1 del PAA stesso, e si applica limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative ovvero quelle che presentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Le liste di attesa per tali prestazioni, di conseguenza, si compongono sistematicamente e obbligatoriamente tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore sull'impegnativa, con la specifica intuitiva che i *pazienti con uguale livello di priorità vengano trattati secondo l'ordine cronologico di prenotazione* (giorno e ora di registrazione nel sistema).

In tal modo, si realizza, presso le strutture erogatrici dell'azienda, una stratificazione della domanda rispetto alla quale il monitoraggio dei tempi consente una rimodulazione efficace della capacità di offerta<sup>5</sup>.

Nel caso in cui l'impegnativa non riporti indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P<sup>i</sup>.

#### PRIORITÀ D'ACCESSO PER PRESTAZIONI DI RICOVERO

Nel caso di prescrizione di una prestazione di ricovero, all'indicazione della *classe di priorità posta in sede prescrittiva dal MMG/PLS, corrisponde una valutazione specialistica da parte del medico ospedaliero deputato all'accettazione dei ricoveri programmati* presso la struttura erogante ed un'eventuale riattribuzione del codice di priorità per l'ammissione al ricovero (ovvero, una riformulazione del progetto diagnostico-terapeutico precedentemente individuato dal curante).

Il medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero (come meglio illustrato nel capitolo *D- Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero*) verifica, infatti, la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente a effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica), pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa) e pertinenza strutturale (idoneità della struttura in

<sup>5</sup> Sono escluse dall'applicazione dei criteri di priorità le prestazioni ad accesso diretto di cui all'art.51 co 6 del ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni "odontoiatria, ostetricia e ginecologia, pediatria, psichiatria, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali"

relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.), ed è titolare della eventuale scelta di riassegnare un diverso codice di priorità, in base alle risultanze della valutazione.

Lo stesso, inoltre, può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è *il titolare del giudizio sull'appropriatezza<sup>6</sup> del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera.*

In ogni caso, il medico ospedaliero, cui verrà attribuito il ruolo di *gatekeeper* nell'accesso al ricovero programmato, assume la responsabilità delle scelte in merito al regime assistenziale o alla classe di priorità e l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

*Alla classe di priorità così assegnata, corrisponde una diversa tempistica di prenotazione del ricovero, da assicurare presso la struttura di degenza*

Nel presente Programma Aziendale, tale tempistica è conforme a quanto previsto dal paragrafo 3.1 del PRGLA 2010-12 e come tale recepita nel paragrafo B.1 del PAA stesso, e si applica a tutte le prestazioni di ricovero programmato.

In considerazione di quanto descritto al paragrafo B.2, i codici di priorità rispetto ai quali lo specialista orienterà il regime assistenziale e/o la classe di priorità, saranno definiti secondo una tabella di corrispondenza tra

- CRITERIO DI PRIORITA'
- SIGNIFICATO CLINICO - PROGNOSTICO del CRITERIO
- TEMPO MASSIMO ATTESA PER RICOVERO

Con il presente Programma Aziendale, si dispone che l'organizzazione dell'ammissione del paziente al ricovero programmato e l'ordine di effettivo accesso siano determinati principalmente sulla base dei seguenti fattori:

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

---

<sup>6</sup> Per quanto attiene alla valutazione dell'appropriatezza del ricovero ospedaliero, i sistemi di misura per la appropriatezza della ammissione e degenza ospedaliera (in una parola, per l'uso appropriato dell'ospedale) concordano nel privilegio da accordare ai requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili.

Attualmente, la normativa di riferimento per il giudizio di appropriato ricorso al ricovero (e alla tipologia di ricovero ospedaliero) fa riferimento:

- Ai contenuti dell'episodio di ricovero (es. DH medici diagnostici)
- Alle caratteristiche organizzative dell'episodio di ricovero (es. ricoveri di 0-1 giorno)
- Al DRG prodotto a seguito del ricovero (DRG a rischio di non appropriatezza e relative soglie di ammissibilità).

Con atti e provvedimenti successivi, saranno esplicitati i criteri di determinazione a priori del livello di priorità, per le più significative tipologie di ricovero o intervento che presentino liste di attesa in Azienda.

Con il presente Programma, inoltre, si sancisce l'obbligatorietà dell'indicazione della classe di priorità assegnata al paziente da inserire in lista per il ricovero e da compilarli a cura e sotto la responsabilità del medico ospedaliero preposto alla accettazione della richiesta di ricovero.

INDIVIDUAZIONE DEGLI AMBITI TERRITORIALI IN CUI I TEMPI MASSIMI DI ATTESA SONO GARANTITI, DIFFERENZIANDO IL RUOLO DEGLI OSPEDALI E DEL TERRITORIO, NONCHÉ DELLE MODALITÀ CON LE QUALI È GARANTITA LA DIFFUSIONE DELL'ELENCO DELLE STRUTTURE PRESENTI NEI DIVERSI AMBITI

Per il rispetto dei tempi di attesa delle suindicate prestazioni l'Azienda Ospedaliera Universitaria concorderà con l'ASL di competenza territoriale protocolli di integrazione Ospedale/Territorio secondo quanto previsto dal punto 4 del PRGLA 20102012.

PREDISPOSIZIONE DI REVISIONI PERIODICHE E MESSA IN ATTO DELLE RELATIVE PROCEDURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO PROVVEDIMENTI SPECIFICI CHE REGOLAMENTINO LE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO: ALL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ; ALLA PRESENZA DEL QUESITO DIAGNOSTICO; ALLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI

Come già anticipato al paragrafo C.3 - *Criteri di priorità d'accesso in sede prescrittiva*, una struttura erogante quale può essere un'Azienda Ospedaliera, si rapporta ai criteri di priorità e all'assegnazione dei rispettivi codici in maniera differente a seconda che si tratti di prestazioni specialistiche o di ricovero, essendo rispetto alle prime responsabile dell'erogazione della prestazione richiesta entro un tempo adeguato al criterio di priorità prescritto e rispetto alle seconde responsabile del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera, oltre che del livello di priorità indicato.

Analogamente a quanto previsto, dunque, in materia di *Implementazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio* l'Azienda individua percorsi distinti (e i relativi provvedimenti) da dedicare alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero rispetto alla *Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità*.

Tali percorsi vengono illustrati nei paragrafi che seguono.

PROCEDURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO PROVVEDIMENTI SPECIFICI CHE REGOLAMENTINO LE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO: ALL'UTILIZZO DELLE CLASSI DI PRIORITÀ E ALLA PRESENZA DEL QUESITO DIAGNOSTICO PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI.

Le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN a cura del proscrittore (MMG/PLS).

La verifica della congruenza tra quesito clinico/criterio di priorità e prestazione prescritta dal MMG/PLS può essere eseguita esclusivamente a seguito del contatto tra lo specialista ospedaliero cui il CUP ha affidato l'erogazione della prestazione e il paziente, all'atto della prestazione stessa.

Per tale motivo, nessun governo ex ante dell'accesso può essere proposto dall'Azienda né alcun filtro di validazione in materia di appropriatezza prescrittiva.

Tuttavia, nella logica di una formale e legittima collaborazione e condivisione tra prescrittori ed erogatori e ai fini di una più puntuale riprogrammazione dell'offerta in funzione della domanda, l'Azienda provvede a monitorare puntualmente e sistematicamente sia l'utilizzo delle classi di priorità a cura dei medici prescrittori sia presenza del quesito diagnostico.

In entrambi i casi, a livello del Centro di Prenotazione, interfaccia tra il paziente e l'erogatore, verrà realizzata una rilevazione sistematica (indicatore quantitativo SI/NO) della presenza del codice priorità e dell'indicazione del quesito diagnostico sull'impegnativa; a livello del medico erogatore della prestazione, verrà realizzata la valutazione di appropriatezza (indicatore qualitativo) del codice priorità e dell'indicazione del quesito diagnostico rispetto alla prestazione prescritta.

Gli indicatori così monitorati saranno analizzati trimestralmente tra la Commissione di Esperti di cui al punto 11 del Piano e gli specialisti stessi e saranno fatti oggetto di eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione alla Direzione Aziendale.

Si ritiene utile, in questa fase, ricercare presso le AASSLL la disponibilità a classificare il quesito diagnostico secondo una nomenclatura standard, al fine di consentire l'aggregazione dei quesiti diagnostici.

Tale aggregazione risulta fondamentale sia ai fini delle analisi di appropriatezza prescrittiva, sia a fini epidemiologici ed è tanto più opportuna quanto più si realizzi la necessità di trasferire la casistica ospedaliera dal regime di ricovero al regime ambulatoriale.

Secondo tale logica, il presente Programma Aziendale propone che la classificazione dei quesiti clinici da parte dei MMG/PLS/SA avvenga secondo il sistema internazionale di codifica ICDIX.

PROCEDURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ATTRAVERSO PROVVEDIMENTI SPECIFICI CHE REGOLAMENTINO LE CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CON PARTICOLARE RIFERIMENTO: ALLA CORRETTA IDENTIFICAZIONE DELLE PRIME VISITE E DEI CONTROLLI PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI.

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

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

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

Le prestazioni così indicate sono fatte oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa di cui al paragrafo B2 del presente Piano; tali tempi devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici dell’Azienda.

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

La verifica della correttezza dell’indicazione Prima Visita/Controllo posta dal MMG/PLS/SA può essere eseguita esclusivamente a seguito del contatto tra l’utente e il CUP (o tra l’utente e lo specialista ospedaliero nel caso di accesso successivo al primo).

Per tale motivo, nessun governo ex ante della corretta indicazione per Prima Visita o per Visita di Controllo rispetto allo schema riportato in tabella può essere proposto dall’Azienda, che, in fase di prenotazione, iscriverà il paziente nelle agende per Prima Visita o per Visita di Controllo secondo quanto prescritto in impegnativa.

Tuttavia, nella logica di una formale e legittima collaborazione e condivisione tra prescrittori ed erogatori e ai fini di una più puntuale riprogrammazione dell’offerta in funzione della domanda di prime visite e controlli, l’Azienda provvede a monitorare puntualmente e sistematicamente sia l’utilizzo dell’indicazione di Prima Visita/Controllo posta a cura dei medici prescrittori sia la correttezza dell’indicazione Prima Visita rispetto agli accessi eseguiti dal paziente nei 12 mesi precedenti presso la struttura per lo stesso problema clinico.

In entrambi i casi, a livello del Centro di Prenotazione, interfaccia tra il paziente e l’erogatore, verrà realizzata una rilevazione sistematica (indicatore quantitativo SI/NO) della presenza dell’indicazione Prima Visita/Controllo sull’impegnativa e della correttezza dell’indicazione Prima Visita rispetto alla verifica se Primo Accesso/Non Primo Accesso.

Gli indicatori così monitorati saranno analizzati trimestralmente tra la Commissione di Esperti di cui al punto 11 del Piano e gli specialisti stessi e saranno fatti oggetto di eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione alla Direzione Aziendale.

PREDISPOSIZIONE DI REVISIONI PERIODICHE E MESSA IN ATTO DELLE RELATIVE PROCEDURE DI VERIFICA DELL’APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI RICOVERO

Con il presente Programma aziendale si persegue una strategia di verifica periodica dell'appropriatezza volta a monitorare le scelte prescrittive e organizzative dei medici ospedalieri e fondata sull'implementazione nella SDO della codifica ICD per il campo *diagnosi di ingresso*, attualmente valorizzato ma non standardizzato per la revisione periodica dell'appropriatezza rispetto a quanto disposto al paragrafo C.3.2.

Tale modifica permette di facilitare l'autovalutazione e la valutazione delle scelte cliniche rispetto ai limiti dell'attuale sistema normativo, che tende a riferire il giudizio di appropriato ricorso al ricovero (e alla tipologia di ricovero ospedaliero) non già all'ammissione del paziente quanto agli elementi raccolti all'atto della dimissione, quali:

- i contenuti dell'episodio di ricovero (es. DH medici diagnostici)
- le caratteristiche organizzative dell'episodio di ricovero (es. ricoveri di 0-1 giorno)
- il DRG prodotto a seguito del ricovero (DRG a rischio di non appropriatezza e relative soglie di ammissibilità).

La realizzazione di indicatori in grado di incrociare dati relativi a classi di priorità, quesito diagnostico, tempo di attesa, tipologia di ricovero, contenuto clinico del ricovero, indicatori di degenza e DRG prodotto sarà oggetto di apposita reportistica da valutare nell'ambito del ciclo di budget e della valutazione della dirigenza rispetto alla dimensione dei processi aziendali per gli obiettivi di appropriatezza dei ricoveri.

RAZIONALIZZAZIONE/OTTIMIZZAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA ANCHE IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITÀ DI GARANTIRE LA GESTIONE DELLE DIFFERENTI CLASSI DI PRIORITÀ E LE DIVERSE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI (PRIMO ACCESSO, ETC.)

L'agenda è lo strumento operativo del CUP e, come tale, regola l'offerta di prestazioni di una struttura erogatrice e la relativa articolazione. La costruzione dell'agenda avviene definendo uno *spazio temporale* di erogazione (per ciascuna seduta di attività pianificata, per le quali è possibile indicare il numero di pazienti prenotabili o le durate di esecuzione e di preparazione per ciascuna delle prestazioni previste). Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l'offerta sanitaria in termini di quantità delle prestazioni prenotabili nell'agenda stessa.

L'intera offerta di prestazioni dell'Azienda viene definita esclusivamente tramite la costruzione delle agende, in funzione dei diversi regimi di erogazione. Pertanto, per ogni struttura erogante, viene definita la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione, in modo da permetterne la gestione al Back-office.

Il dimensionamento delle disponibilità sia per prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche (le prestazioni, cioè, oggetto di monitoraggio dei tempi massimi di attesa) sia per i controlli e le prestazioni indicate a seguito di prima visita e nell'ambito di *follow up* (ovvero l'intero volume di offerta) verrà revisionato contestualmente all'adozione formale del presente Programma, ricorrendo ad una complessiva e globale strategia di revisione e ridefinizione dell'impianto dell'offerta ambulatoriale, sia ai fini della gestione delle differenti classi di priorità che delle diverse modalità di accesso alle prestazioni (primo accesso, etc.)

#### RAZIONALIZZAZIONE/OTTIMIZZAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITÀ DI GARANTIRE LA GESTIONE DELLE DIFFERENTI CLASSI DI PRIORITÀ

Le agende di prenotazione per le prestazioni ambulatoriali sono attualmente informatizzate e inserite all'interno del sistema CUP.

Con il presente Programma Aziendale, l'Azienda si impegna ad introdurre il nuovo sistema di attribuzione delle classi di priorità e della relativa attribuzione del tempo massimo di attesa nel sistema CUP e a tracciare informaticamente gli accessi, caratterizzandoli per classe di priorità.

L'attribuzione di specifiche disponibilità a ciascun livello di priorità assegnata (U, B, D) viene effettuata suddividendo i posti complessivi disponibili per ciascuna prestazione secondo proporzioni da stabilire a priori.

Si dispone, inoltre, che il sistema di gestione delle agende garantisca la possibilità, nel caso di non fruizione dei posti resi disponibili, di ribaltare l'offerta su tutte le altre classi in modo da calibrarla sulla domanda evitando inutili sprechi di slot di attività.

#### RAZIONALIZZAZIONE/OTTIMIZZAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA IN CONSIDERAZIONE DELLA NECESSITÀ DI GARANTIRE LA GESTIONE DELLE DIVERSE MODALITÀ DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI (PRIMO ACCESSO, ETC.)

Per poter effettuare correttamente la gestione separata delle prime visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche rispetto ai successivi accessi e per individuare il miglior "dimensionamento" delle agende ai fini gestionali, con il presente Programma aziendale, l'Azienda adotterà provvedimenti tecnico-organizzativi per garantire che il Sistema CUP sia in grado di:

1. distinguere le disponibilità assegnate alle differenti modalità di accesso (primo accesso, accesso successivo al primo) su base struttura;
2. gestire i pazienti in lista in maniera distinta per le differenti modalità di accesso (primo accesso, accesso successivo al primo).

Il legame informativo tra primo accesso e accessi successivi va definito mediante una prassi organizzativa che assuma in carico l'utente non solo dal punto di vista sanitario, ma anche da

quello organizzativo: ciò significa che le ulteriori prestazioni di cui il cittadino ha eventualmente bisogno devono essere direttamente prenotate dallo specialista che per la prima volta ha preso in carico l'utente stesso. Ovviamente tale modalità deve essere attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi limiti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale.

Nel paragrafo che segue, in riferimento alla *Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP e per la gestione dell'intera offerta tramite il sistema CUP*, in base alla linea guida nazionale sul sistema CUP saranno identificati i provvedimenti già adottati in Azienda per affrontare tale problematica, con particolare riferimento al sistema cartella clinica ambulatoriale e gestione riservata delle agende di prenotazione dei controlli.

#### PREDISPOSIZIONE DI PROVVEDIMENTI SPECIFICI E DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP E PER LA GESTIONE DELL'INTERA OFFERTA TRAMITE IL SISTEMA CUP, IN BASE ALLA LINEA GUIDA NAZIONALE SUL SISTEMA CUP

Come anticipato nel precedente paragrafo, l'agenda è lo strumento operativo del CUP e, come tale, regola l'offerta di prestazioni di una struttura erogatrice e la relativa articolazione. In particolare, l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, da parte del cittadino, si realizza con l'inserimento della relativa richiesta nelle liste di attesa secondo le classi di priorità indicate sulla ricetta.

L'obiettivo generale è quello di rendere congrui i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, mediante accessi differenziati, in relazione alla classe di priorità indicata. Tale obiettivo si realizza attraverso la definizione dei volumi di attività per ogni prestazione in ciascuna classe di priorità.

Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. Inoltre, i posti non occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità.

Questo meccanismo consente di utilizzare al meglio la capacità di offerta dell'Azienda, anche in momenti particolari dell'anno o per prestazioni per le quali la domanda è oscillante e non prevedibile a priori.

#### PREDISPOSIZIONE DI PROVVEDIMENTI SPECIFICI E DEFINIZIONE DI PROCEDURE PER LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA CUP

Con il presente Programma Aziendale, si intendono recepite le linee guida nazionali sul sistema CUP.

Il funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Back-office e uno di Front-office deputati, rispettivamente, alle funzioni di:

- programmazione e manutenzione ordinaria/straordinaria delle attività propedeutiche alla prenotazione, per il Back Office. Tali attività sono raggruppabili in tre funzioni principali:
  - Gestione e programmazione delle agende di prenotazione
  - Supporto ai punti di prenotazione e di erogazione
  - Monitoraggio per il governo delle liste di attesa
- accesso ai servizi e gestione del processo di prenotazione, per il Front-office, i cui canali di accesso/fruizione sono
  - sportello presidiato;
  - telefono/call center;
  - prenotazioni effettuate direttamente da operatori sanitari.

Per quest'ultimo aspetto, uno specifico riferimento si riserva alla prenotazione degli accessi successivi al primo, per i quali si persegue l'obiettivo di affidare al medico ospedaliero che ha preso in carico il paziente in occasione del primo accesso, le funzioni di:

- prenotazione dei controlli successivi al primo accesso;
- coordinamento delle prestazioni (strumentali e consulenze) "dovute" al quesito diagnostico presso altre strutture dell'azienda, secondo una presa in carico del paziente.

Tali funzioni verranno assicurate attraverso lo strumento Cartella Clinica Ambulatoriale e l'utilizzo dei sistemi di gestione riservata delle agende di prenotazione e di gestione degli ordini per prestazioni di diagnostica (Order Entry).

Oltre al Day Service, infatti, tali strumenti sono stati opportunamente adattati per le circostanze così identificate dalla DGRC 170/07:

*"modalità integrate di erogazione per le prestazioni a valenza multidisciplinare con specialisti di strutture e branche diverse. Questo a dire che, per pazienti affetti da situazioni patologiche che richiedono la presa in carico da parte di una struttura, ma prevedono l'intervento di diversi specialisti (persone affette da diabete, da nefropatia, da cardiopatia, ecc....), è auspicabile che le aziende individuino percorsi di prenotazione per tutte le prestazioni"*

L'attuale assetto organizzativo del CUP può essere descritto come segue:

**Il funzionamento attuale del sistema CUP aziendale** si basa essenzialmente su un servizio di Front-office e uno di Back-office.

IL servizio di Front-office consiste in una rete di punti di prenotazione che consentono di avere visione di tutte le disponibilità delle prestazioni erogabili direttamente accessibile dall'utente.

Il servizio di Back-office si occupa dell'aggiornamento delle agende, della produzione di statistiche, cura i rapporti con le Unità erogatrici.

La modalità principale di fruizione é del tipo "Sportello presidiato": ogni punto di contatto consta di uno o più sportelli dedicati all'attività di prenotazione e di sportelli dedicati alla riscossione dei Ticket presso i quali è possibile effettuare il pagamento delle prestazioni .

Gli sportelli del CUP sono aperti dal lunedì al sabato mattina con le seguenti modalità:

MATTINA : n.4 sportelli aperti all'utenza con operatori dedicati- dipendenti dell'AOU- - dalle ore 8,15 alle ore 14,00( fascia oraria di maggiore affluenza di utenti) ;

POMERIGGIO : n. 2 operatori dedicati -dipendenti dell'AOU- -dalle ore 14,30 alle ore 17,30 .

il sabato dalle ore 8,15 alle ore 13,30 – pagamento ticket e pulizia liste

Per quanto riguarda il contatto telefonico, l' AOU non dispone di un numero verde e di un call center per cui le prenotazioni telefoniche possono essere effettuate su n.4 linee + n.1 dedicata alle farmacie e sono così distinte:

N.3 linee: mattina e pomeriggio: dalle h 8,30 -16.00 -

1. 081 / 7464422 aperta (dalle h 8,30 fino alle ore 13,00) per le esigenze delle farmacie ;
2. 081/ 7464420e 081-7464421- sono affidate agli operatori della ditta esterna che ne assicurano il servizio all'utenza;

pomeriggio:

n.2 linee-dalle ore 14,30 –alle 17,30- :

n. tel 0817464418- e 0817464419 con n.2 operatori dedicati dipendenti dell'AOU Federico II -.

**L'attuale articolazione del sistema CUP prevede** due livelli:

A. Livello Operativo Centrale

B. Livello ORGANIZZATIVO esterno

#### **A. Il Livello Operativo Centrale :**

e costituito da una struttura operativa centrale ( CUP) afferente alla Direzione Sanitaria e ubicata al padiglione 14/D , che presiede e sovrintende alla Gestione del CUP in tutte le sue articolazioni centrali e periferiche.

E' presieduta da un gruppo di lavoro coordinati dal Direttore Sanitario .

Per quanto riguarda le attività istituzionali, ha la responsabilità di:

- promuovere ed omogeneizzare le procedure operative;
- sovrintendere all'attività di gestione delle agende (sviluppo nuove agende, chiusura di agende per cessata attività, modifica degli orari e disponibilità, modifica delle prestazioni prenotabili ed erogabili, elaborazione di statistiche periodiche);
- garantire la puntuale comunicazione, a tutti i responsabili di ambulatori afferenti al CUP, di tutte le variazioni (modifiche, inserimento di nuove agende e nuove prestazioni);
- rapportarsi per la metodologia di raccolta dei dati, la loro gestione e l'analisi, con il Sistema informatico SIS;
- verificare il sistema di autorizzazione delle variazioni dei calendari e prevenire eventuali blocchi delle prenotazioni;
- monitorare gli effetti delle azioni correttive per il rispetto dei tempi massimi di attesa;

#### **B. livello organizzativo esterno :**

é costituito da tutti gli ambulatori afferenti ai DAI (Dipartimenti Assistenziali Integrati) dell' A.O.U. (ad eccezione degli ambulatori della clinica medica, ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA, che hanno una gestione delle prenotazioni autonoma ) e da quelle esterne convenzionate (farmacie). Quest'ultime, attraverso il sistema informatizzato si collegano alla rete dell'aou e possono ricevere informazioni sulle modalità di prenotazioni delle prestazioni richieste e, inoltre, sono assistite da un operatore del CUP tel. 0817464422 per eventuali problematiche.

---

#### **A.1.1** CANALI DI PRENOTAZIONE AGGIUNTIVI

- Attivazione delle prenotazioni in farmacia ( Progetto FARMA CUP)
- Attivazione della convenzione per l'apertura delle prenotazioni ai centri di ascolto della CURIA di Napoli ( CUP per la DIOCESI)

---

#### **A.1.2** LA PARTECIPAZIONE DELL'A.O.U. "FEDERICO I" AL CUP REGIONALE (CUREP)

L'AOU "Federico" partecipa già dal 2009 anni al CUREP – Centro Unico Regionale di Prenotazione con un canale di accesso alle agende di prenotazione aggiuntivo e concorrente con il CUP aziendale alla prenotazione delle prime visite.

Probabilmente unica Azienda in Campania, ha dedicato uno sportello di front-end alle prenotazioni tramite CUREP.

Per ciascun tipo di prestazione presente nel catalogo di offerta CUREP, l'AOU consente la prenotazione sul 100% delle disponibilità presenti in agenda; inoltre, le disponibilità esposte attraverso il CUREP sono determinate accedendo alla medesima agenda utilizzata dal CUP, senza nessuna imposizione di restrizioni, quali ad esempio quelle relative alle fasce orarie, ai giorni della settimana, alla dislocazione territoriale delle strutture ed alle specifiche unità eroganti.

Una prenotazione effettuata attraverso il CUREP è del tutto e per tutto equivalente ad una prenotazione effettuata attraverso il CUP aziendale e non sussiste alcuna forma di diversificazione in nel trattamento destinato alle prenotazioni provenienti dal CUREP rispetto a quelle provenienti dal CUP.

Si riportano nella tabella che segue le prestazioni esposte nell'ultimo offering dell'AOU con codice SPICCA e descrizione:

Tabella – PRESTAZIONI PRESENTI NELL'ATTUALE OFFERING CUREP PER L'A.O.U. "FEDERICO II"

Prestazioni	
CodSpicca	DESCRIZIONE
31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA
	LARINGOSCOPIA A FIBRE OTTICHE
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
	ENDOSCOPIA DELL'INTESTINO TENUE
	ESCLUSO: ENDOSCOPIA CON BIOPSIA (45.14 - 45.16)
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE
68.12.1	ISTEROSCOPIA
	ESCLUSO: BIOPSIA CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA
	A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA
	ECOCARDIOGRAFIA TRANSESOFAGEA
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE
	INCLUSO: FEGATO E VIE BILIARI, PANCREAS, MILZA, RENI E SURRENI, RETROPERITONEO
	ESCLUSO: ECOGRAFIA DELL' ADDOME COMPLETO (88.76.1)

88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA
	A RIPOSO O DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
	ECOGRAFIA DEL BACINO PER SCREENING LUSSAZIONE CONGENITA DELL' ANCA
88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI
89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE
	RINOMANOMETRIA
89.26	VISITA GINECOLOGICA
	VISITA OSTETRICO-GINECOLOGICA/ANDROLOGICA. ESAME PELVICO.
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO
	ECG, ANALISI GAS RESPIRATORI, DETERMINAZIONE DELLA VENTILAZIONE, EMOGASANALISI
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
89.7-14	VISITA AUDIOLOGICA (SENZA ESAME AUDIOMETRICO)
89.7-18	VISITA CARDIOCHIRURGICA
89.7-19	VISITA CARDIOLOGICA
89.7-20	VISITA INFETTIVOLOGICA
89.7-21	VISITA CHIRUR. PROCTOLOGICA
89.7-23	VISITA CHIRURGIA PLASTICA
89.7-24	VISITA CHIRURGICA

89.7-28	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE
89.7-3	VISITA GENERALE X DISMETABOLISMO
89.7-30	VISITA DERMATOLOGICA
89.7-31	VISITA DIABETOLOGICA GENERALE
89.7-34	VISITA DIETOLOGICA NUTRIZIONALE
89.7-37	VISITA ENDOCRINOLOGICA
89.7-39	VISITA EPATOLOGICA
89.7-40	VISITA FISIATRICA
89.7-41	VISITA FONIATRICA
89.7-43	VISITA GASTROENTEROLOGICA
89.7-44	VISITA GENERALE PER TRATTAMENTO IPERTENSIONE
89.7-45	VISITA GERIATRICA
89.7-47	VISITA INTERNISTICA
89.7-51	VISITA NEFROLOGICA
89.7-55	VISITA NEUROCHIRURGICA
89.7-62	VISITA ODONTOIATRICA
89.7-72	VISITA OSTETRICA
89.7-73	VISITA OTORINO
89.7-75	VISITA PEDIATRICA
89.7-77	VISITA PER CALCOLOSI URINARIA
89.7-83	VISITA PER OBESITA'
89.7-92	VISITA REUMATOLOGICA
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (FINO A 7 ALLERGENI)
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE-
	TEST DI ACUITÀ VISIVA E DI DISCRIMINAZIONE CROMATICA

95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE
95.42	IMPEDENZOMETRIA
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE
	ESAME CLINICO CON PROVE CALORICHE
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE
	TEST POSIZIONALI O RILIEVO SEGNI SPONTANEI

INDIVIDUAZIONE DI INIZIATIVE ICT PER LO SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ INFORMATIZZATE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE E REFERTAZIONE DIGITALE, SISTEMI PER L'ACCESSO INFORMATIZZATO AI REFERTI E USO DELLA TELEMEDICINA

Il sistema informativo dell'Azienda è attualmente in fase di implementazione, come da Determina Nr 506 del 15/11/2011 "Affidamento, per anni tre, dei servizi necessari alla gestione, manutenzione ed evoluzione del sistema informatico dell'A.O.U. Federico II- Aggiudicazione all'A.T.I. Engineering Ingegneria Informatica S.P.A./SAN.TEC. S.R.L./Theorem@ S.R.L./Informatica Medica S.R.L."

Inoltre, in linea con gli obiettivi del Tavolo di Lavoro di Sanità Elettronica (TSE), del Piano di Sanità Elettronica 2004-2010 (PSE), nonché dell'eHealth 2004, consistenti nella costruzione a livello sia regionale che nazionale di un Electronic Health Record (EHR), in cui aggregare tutti gli eventi sanitari legati ad un paziente, gli applicativi in fase di implementazione e/o di interfaccia al momento della stesura del presente documento consentiranno di realizzare un Fascicolo Sanitario dell'Assistito di livello inter-aziendale, primo mattone questo per la costituzione del Fascicolo Sanitario Personale integrato con il progetto FSE della Regione Campania.

Il sistema è, inoltre, sviluppato per garantire:

- l'interoperabilità con la piattaforma Arsan e il sistema di monitoraggio della spesa farmaceutica
- l'integrazione con il sistema CUREP.

Si annoverano, tra le iniziative ICT, il *Progetto Liste d'Attesa* con il quale l'Azienda ha aderito alla Annualità 2007 degli Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/96 Linea di Intervento n.5 "Tempi di Attesa" (Decreto

Dirigenziale 311 del 26.11.2010) e il Progetto Satellite, descritto più avanti in questo stesso capitolo.

---

#### SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ INFORMATIZZATE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI PRESCRIZIONE, PRENOTAZIONE E REFERTAZIONE DIGITALE

Le funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale messe in opera dal nuovo sistema informativo aziendale sono in fase avanzata alla data di elaborazione del presente Programma aziendale.

Lo sviluppo completo di tali funzionalità è in grado di integrare funzionalmente le aree di attività di seguito elencate come sistemi e i relativi sotto-sistemi secondo un ciclo unico completamente informatizzato e digitalizzato:

- Sistema Accettazione Ospedaliera
  - Reparto
  - Mappa dei posti letto
  - Liste d'attesa
  - Dimissione
  - Gestione della consegna diretta dei farmaci
- Sistema Pronto Soccorso (PSWeb), in fase di implementazione per il Pronto Soccorso Ostetrico e per le attività della Centrale Operativa Interna (COIES)
  - Gestione delle Cartelle di Pronto Soccorso
  - Triage
  - Richiesta prestazioni e prescrizione farmaci – Valutazione Clinica
  - Refertazioni
- Gestione Reparti di Degenza e Cartella Clinica
- Sistema Cartella Clinica
- Sistema Order Entry
- Sistema Logistica Locale (Armadietto Farmaceutico)
- Sistema Ambulatorio – Cartella Clinica Ambulatoriale Elettronica, che consente la gestione elettronica delle fasi di:

- Prenotazione
  - Piano di lavoro
  - Gestione attività in ambulatorio
  - Accettazione ambulatoriale
  - Cartella ambulatoriale
  - Prescrizione farmacologica
  - Prescrizione diagnostica
  - Refertazione
- Sistema Blocco Operatorio (già in corso di implementazione su 5 dei 10 Blocchi Operatori)
- Programmazione Sale Operatorie
  - Gestione dell'intervento

---

#### ECG COMPUTERIZZATO

Nell'ambito delle iniziative aziendali di dematerializzazione e digitalizzazione del ciclo prescrizione/refertazione, va fatto specifico cenno al sistema di tele refertazione degli ECG, avviato in azienda nel 2011 e ora in fase di sviluppo ulteriore.

Nell'ultimo anno, si è proceduto all'intero cablaggio delle strutture coinvolte nel sistema, realizzando una rete intranet aziendale per lo scambio di dati ed informazioni. Sono stati successivamente installati 16 elettrocardiografi all'interno dei diversi Dipartimenti Assistenziali dell'AOU che si rivolgono all'U.O.C di Consulenze Cardiologiche per la refertazione degli ECG.

I sistemi installati sono predisposti a connettersi al centro di Tele-refertazione presente all'interno del DAS di Medicina Clinica, Scienze Cardiovascolari ed Immunologiche, che dopo aver letto ed interpretato il tracciato lo rinvia al mittente con la stessa procedura. L'ECG così registrato viene riversato su un computer, viene successivamente inviato via rete, tramite trasmissione criptata per garantire la sicurezza dei dati, ad un server dedicato. La comunicazione con il PC della stazione di tele-refertazione avviene tramite rete IP e la spedizione è digitale, via LAN (intranet). Il sistema prevede una card per i medici refertatori, che, inserita in un apposito lettore, consente di apporre firma digitale sugli ECG.

Gli ECG di reparto installati sono in grado di memorizzare e archiviare internamente i tracciati e di trasmetterli in formato.spc al PC della stazione di Tele-refertazione, che può inoltre archivarli e stamparli, in questo modo sia la registrazione che la refertazione sono permanentemente conservate e possono essere ristampate in caso di smarrimento o danneggiamento.

Il futuro porterà al monitoraggio dell'attività elettrica cardiaca in Real Time mediante canali a larga banda e utilizzazione di tecnologia UMTS, Bluetooth e Wi-Fi.

## SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ DI TELEMEDICINA E ICT

Facendo seguito ad un'iniziativa del Ministero della Salute in merito alle attività e ai servizi di telemedicina intrapresi dalle Regioni e dalle Province Autonome, la Regione Campania ha avviato, nel settembre 2011, una ricognizione delle esperienze di *e-care* progettate, avviate o implementate dalle Aziende Sanitarie e Ospedaliere.

Tale ricognizione ha permesso all'AOU "Federico II" di rappresentare tre delle dieci attività progettuali/servizi di telemedicina attualmente censite a livello regionale e disponibili sul sito <http://www.onecare.cup2000.it/> dell'Osservatorio Nazionale per la valutazione e il monitoraggio delle reti e-care.

I tre progetti attualmente rappresentati sono:

- CAMPANIASALUTE Project - Sistema integrato per la connessione telematica in rete internet tra Centri Specialistici e Medici di Medicina Generale con la realizzazione di un Fascicolo Sanitario Elettronico per il Follow-up del Paziente ad Alto Rischio Cardiovascolare;
- Telemedicina prenatale: Telecardiotocografia convenzionale e computerizzata e Tele-ecografia - il nuovo sistema ToCOMAT di Telecardiotocografia convenzionale e computerizzata e di Tele-ecografia fetale.
- Progetto Satellite - Cogestione dei casi clinici complessi tra medico di medicina generale/pediatra di libera scelta e specialista ospedaliero

L'iniziativa è stata ulteriormente sviluppata nell'aprile 2012 nell'ambito del Progetto Operativo di Assistenza Tecnica (POAT) del Ministero della Salute con l'intento di valorizzare le principali esperienze di telemedicina e condurre a sistema le attività spontanee svolte nelle Aziende.

La prima linea di intervento verticale (LV1) del POAT si è conclusa in data 18.10.2012 con la presentazione di un *Catalogo Regionale delle Iniziative di Telemedicina in Campania* e di un *Quadro di Riferimento* (allegati alla presente) che, nell'intento delle AGC 19 e 20, promotori dell'iniziativa, saranno "base per una fase successiva in cui poter elaborare un numero adeguato di studi di fattibilità per una serie di progetti, secondo una strategia armonica regionale".

L'AOU "Federico II" ha contribuito alla costruzione del Quadro di Riferimento con 8 dei 44 Progetti Regionali censiti e con l'individuazione di altrettanti Responsabili di Progetto:

- *CAMPANIASALUTE Project, Nicola De Luca;*
- *Telemedicina prenatale, Andrea Di Lieto;*
- *Progetto Satellite, Patrizia Cuccaro;*

- *ENDOCARE, Annamaria Colao;*
- *PODIO, Adriana Franzese;*
- *Patologie Complesse della comunicazione verbale, Federica De Simone;*
- *Sindromi Vertiginose e Sordità improvvise, Michele Cavaliere;*
- *PROGETTO SIRIO- Sicurezza Rischi Ospedalieri, Daniela Schiavone;*
- *Telerefertazione ECG, Sandro Betocchi, Ernesto Quarto, Antonietta Perrone.*
- *TELESAL, Sabino De Placido*
- *Sorveglianza prospettica dei tumori rari nella regione Campania (TRC), Giovannella Palmieri*

## SVILUPPO DI FUNZIONALITÀ DI TELEMEDICINA – PROGETTO SATELLITE E PROGETTO LISTE D’ATTESA

Il Progetto SATELLITE dell’AOU “Federico II” di Napoli rappresenta un sistema di telemedicina per la cooperazione integrata tra Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II e Medici di Medicina generale nel percorso di diagnosi e cura del paziente.

Si tratta del percorso operativo avviato dall’AOU per la creazione di un “sistema a rete” tra le Unità di Diagnosi e Cura di “Eccellenza” dell’Azienda ed i Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta (MMG/PLS). E’ questo un modello organizzativo sovra-aziendale che, superando le barriere “fisiche” dell’Ospedale, promuove un’azione integrata e qualificata nell’erogazione dei servizi di assistenza al paziente sia sul territorio che in Ospedale attraverso la co-gestione dei casi clinici tra professionisti ospedalieri e professionisti delle cure primarie. La telemedicina, il teleconsulto, la cartella clinica elettronica condivisa sono i mezzi pratici per la realizzazione e il funzionamento delle *equipes* virtuali che si muovono intorno al cittadino.

L’acronimo

### **SATELLITE:**

Sperimentazione di un’

Assistenza

Territoriale

Lungo

Linee condivise

In modalità

Telematica

riassume efficacemente il progetto e racconta di un modello organizzativo nuovo entro il quale specialisti ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti del

territorio dialogano tra loro in uno scambio costante di professionalità e servizi e in un'ottica di cooperazione e gestione corresponsabile del percorso diagnostico-terapeutico dei cittadini. Attraverso questo modello, tutti gli attori coinvolti, dai cittadini alle istituzioni, possono attendersi una razionalizzazione dei profili di cura e delle risorse necessarie per offrirli, un miglioramento dell'efficacia, della qualità e dell'appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, un aumento di fiducia nei confronti del SSR.

Nel nuovo modello, il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta può contare sul supporto *telemediato/telemedico* dello Specialista Ospedaliero nelle fasi di orientamento diagnostico, di selezione delle opzioni terapeutiche, di scelta del giusto *setting* assistenziale e di gestione dell'accesso del paziente al livello di cure individuato e l'AOU può governare l'offerta in modo appropriato, garantendo la presa in carico dei casi a maggiore intensità assistenziale e a più alta "medicalità" degli interventi di diagnosi e cura, selezionandoli in accordo col MMG/PLS e in base ad algoritmi decisionali "*problem oriented*".

**La co-gestione, principio guida del modello**, responsabilizza tutti i professionisti nei confronti del paziente e della collettività sociale e rappresenta un'offerta razionalizzata e partecipata di reale e sistematica integrazione.

L'utilizzo e l'alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, il più completo prodotto dinamico della cooperazione, rappresentano il valore aggiunto del modello, permettendo di costruire quel *patient summary* che tanto peso ha nella ottimizzazione del percorso di cura.

SATELLITE persegue i seguenti obiettivi e vantaggi:

**Per i cittadini.** Affrontare i percorsi di diagnosi e cura con l'assoluta garanzia di una risposta efficace ed appropriata e di un'offerta sanitaria di qualità, restando il più vicino possibile a casa, minimizzando spostamenti e disagi, evitando ritardi e duplicazioni dei servizi, limitando la permanenza nella struttura di cura alle situazioni cliniche e per i tempi strettamente necessari. Recupero di fiducia nei confronti del MMG/PLS e identificazione di un riferimento prossimo, competente e accessibile per la risoluzione dei bisogni assistenziali. *Umanizzazione ed efficacia.*

**Per i Medici di Medicina Generale e per i Pediatri di Libera Scelta.** Rafforzare e agevolare la propria funzione di agente nell'assistenza primaria e di *case manager* nei bisogni di salute dell'assistito; semplificare la comunicazione con gli specialisti ospedalieri e dell'accesso ai sistemi di prenotazione, consulto e refertazione; recuperare il rapporto di fiducia con i cittadini. *Accessibilità, qualità e semplificazione*

**Per l'AOU "Federico II".** Recuperare la funzione istituzionale e sociale di alta assistenza e rafforzare la propria vocazione di alta specializzazione e tecnologia; aumentare la capacità di risposta rispetto ai bisogni del cittadino e l'appropriatezza dell'offerta di cura, concentrando la casistica complessa e di alta intensità assistenziale; introdurre innovazione nella didattica e migliorare la ricerca scientifica. *Efficienza e appropriatezza.*

**Per le Istituzioni Regionali** Sperimentare un modello organizzativo di cooperazione ospedale-territorio fondato sulla comunicazione privilegiata e sull'interazione professionale; soddisfare la domanda di assistenza riducendo i fenomeni di fuga e sfiducia; razionalizzare l'offerta di servizi. *Innovazione ed Economicità.*

La cooperazione tra le strutture dell'AOU Federico II ed i Medici di Medicina Generale / Pediatri di Libera Scelta, consente, peraltro di raccogliere dati sugli eventi clinici che hanno interessato il cittadino nell'ottica della costituzione del Patient File, per il quale sono state emanate recentemente le linee di indirizzo.

Al fine di attuare il modello operativo di riferimento anzi delineato, l'AOU Federico II ha individuato un insieme di componenti applicative che consentano di costruire un nuovo sistema informativo a supporto dell'assistenza primaria (MMG/PLS) e dei centri di eccellenza ospedalieri dell'Azienda nel seguire in modo cooperativo il processo di diagnosi e cura dell'assistito, relativamente a patologie che richiedono un'alta specializzazione.

Tale sistema informativo si connota sia dal ricorso alle moderne tecnologie di telemedicina, sia dall'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale grazie al quale è facilitata la condivisione di informazioni tra MMG/PLS ed struttura ospedaliera. Precisamente, il sistema si compone di:

- uno strumento di *workflow* dei percorsi diagnostico - terapeutici, il cui uso è destinato sia ai MMG/PLS che al personale medico – infermieristico di reparto/ambulatorio dell'Azienda;
- un sistema di teleconsulto, da utilizzarsi da parte dei MMG/PLS per poter interagire in tempo reale con le specialità dell'AOU Federico II;
- una cartella clinica informatizzata, rivolta ai reparti ed agli ambulatori ospedalieri dei centri di eccellenza aziendali;
- un *repository* degli eventi clinici che hanno interessato il paziente nei diversi contatti con il medico MMG/PLS piuttosto che con le strutture ospedaliere dell'AOU Federico II.

Tale sistema dovrà rendere disponibile le funzionalità implementate dalle rispettive componenti e rivolte ai MMG/PLS attraverso un apposito Portale Web, mediante meccanismi di autenticazione sia forte (*smart card* con certificato di firma digitale) che debole (*username* e *password*).

Il Portale in oggetto dovrà altresì porre a disposizione dei MMG/PLS servizi di prenotazione di prestazioni sanitarie e di richiesta di ricovero con inserimento in lista di attesa.

Tutte le applicazioni costituenti il sistema complessivo dovranno essere realizzate in tecnologia *Web – Based*, fruibili attraverso un comune *browser web*, e costruite su di un'unica base dati.

Sono infine indispensabili l'integrazione di tale nuovo sistema con il Fascicolo Sanitario Elettronico regionale, riguardo la condivisione di dati clinici tra MMG/PLS ed Ospedale, nonché con i sistemi dipartimentali aziendali.

## INDIRIZZI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE D'ATTESA AI CITTADINI PROMUOVENDO LA PARTECIPAZIONE DI UTENTI E DELLE ASSOCIAZIONI DI TUTELA E DI VOLONTARIATO

L'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio.

Con il presente Programma Aziendale, l'Azienda si impegna a trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Allo scopo, saranno sostenuti e potenziati strumenti quali le campagne informative, gli Uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti e pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato.

Inoltre, sarà impegnato a tal fine anche il Web Magazine aziendale.

In riferimento al ricovero, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti sarà prevista la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso.

E', infatti, necessario – in una struttura ospedaliera che ha, nel ricovero, il principale livello di offerta, fornire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni è stato indentificato nell'adozione di sistemi centralizzati (Accettazione Unica del Ricovero) in cui la gestione degli aspetti suddetti sono affidate ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.

---

### IL SITO WEB AZIENDALE

Con il presente Programma Aziendale, l'Azienda si impegna, in base alle disposizioni del PRGLA, ad allestire il sito web aziendale con sezioni dedicate ai tempi e liste di attesa e facilmente accessibili.

In particolare, saranno rese disponibili:

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

Sarà, inoltre, dato particolare risalto, sul sito web aziendale e sulla web magazine anche all'offering del CUREP.

## REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE E DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause.

Tali situazioni possono essere imprevedibili relativamente al momento in cui avvengono, ma sono prevedibili come situazione potenziale, e pertanto devono essere individuate le soluzioni più idonee, sia per superare la contingenza "tecnica", sia per garantire la continuità del servizio (intesa come prenotazione e come erogazione della prestazione al cittadino).

Per altro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità alla erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dalla attività di prenotazione, che materialmente può invece continuare a svolgersi. Infatti, la prenotazione costituisce una procedura di inserimento della domanda nel sistema di offerta che, entro certi limiti, può prescindere dal fatto che in un determinato momento l'erogazione sia interrotta, potendosi utilizzare, come sotto descritto, delle procedure che

considerino la programmazione delle attività anche prevedendo i momenti di interruzione e la loro durata.

## REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ D'EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Con il presente Programma, si assume che l'interruzione delle attività di erogazione costituisca una situazione da adottarsi solo in casi eccezionali, e nel rispetto di alcune regole, secondo le Linee Guida di cui al Mattoni SSN – Mattone 6 Tempi d'attesa:

- La regolamentazione della sospensione delle attività di erogazione di un servizio (solo per gravi o eccezionali motivi) è esplicitamente disciplinata nel documento allegato al presente secondo una procedura formalmente approvate dalle direzioni aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.
- Di tutti gli eventi di sospensione dell'erogazione deve essere informato il direttore sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.
- La direzione aziendale informa la Regione di ogni sospensione avvenuta.
- Ogni evento di interruzione delle attività di erogazione viene registrato con modalità che rendano disponibili le seguenti informazioni:
  - di quale prestazione si è sospesa l'erogazione (cosa)
  - La struttura che ne ha sospeso l'erogazione (dove)
  - Il motivo della sospensione (perché)
  - per quanto tempo (la durata della sospensione).

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione. Nel caso non sia temporaneamente possibile svolgere nemmeno le attività di prenotazione, l'Azienda effettuerà, per i nuovi utenti, dei pre-appuntamenti, indicando un periodo di massima nel quale si stima potrà essere erogata la prestazione; la data precisa della prestazione può essere successivamente comunicata all'utente.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per le prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

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

1. inaccessibilità struttura,

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

Pertanto, l'Azienda rileva obbligatoriamente le sospensioni delle attività di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie al loro verificarsi e di registrarle entro 24 ore nel registro aziendale delle sospensioni sotto la diretta responsabilità del direttore sanitario dell'azienda.

Per ogni evento di sospensione sarà specificato nel registro delle sospensioni:

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

Il registro sarà accessibile dai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori e dagli uffici regionali dell'assessorato alla sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa.

Inoltre l'Azienda, entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell'erogazione della prestazione, comunicherà obbligatoriamente per iscritto all' Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa, specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni.

Invece, con cadenza semestrale, il referente aziendale unico per le Liste d'Attesa inoltrerà alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA 2010-2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

L'Azienda, inoltre, sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, Rileva solo le sospensioni relative alla totalità dell'offerta per una determinata prestazione in una singola struttura, nel caso in cui non vi siano altre unità eroganti che mantengono la disponibilità di tale prestazione, garantendo così il servizio.

Pertanto, anche le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dalle struttura e non costituiscono impedimento all'erogazione della prestazione all'assistito nella data prefissata.

Si prevede con il presente Programma l'inserimento a sistema dei motivi codificati di sospensione da assegnare ad ogni azione di chiusura agenda e la realizzazione, di fatto, di un registro informatizzato e dei relativi report.

## MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

La rilevazione afferisce alle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono aderenti a quelle illustrate nelle tabelle di cui al PRGLA 2012-13.

## REGOLAMENTAZIONE DELLA SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ DI PRENOTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Con il presente Programma, inoltre, per quanto concerne la sospensione dell'attività di prenotazione, in accordo al comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

## GESTIONE RECLAMI E NOTIFICHE ALL'ASSESSORATO ALLA SANITÀ

L'URP aziendale notificherà entro 24 ore all'Assessorato alla Sanità i reclami pervenuti relativi alla gestione delle prenotazioni e a sospensioni di erogazione di prestazioni sanitarie. Inoltre per ogni reclamo garantisce la tracciabilità e l'univoca identificazione in ambito regionale.

## DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA

Tra i meccanismi utili per contenere i tempi di attesa, fin ora sono stati annoverati nel presente Programma, quelli di natura proattiva, intesi a dimensionare sistematicamente e in senso programmatico l'offerta di prestazioni (ambulatoriali e di ricovero) in risposta al bisogno espresso. Questa direttrice prevede il ricorso agli strumenti di programmazione aziendale, ivi inclusi il sistema dei controlli interni, e gli strumenti dell'appropriatezza, dell'EBM, dell'epidemiologia e della demografia e della condivisione con gli specialisti.

Con il presente Programma, tuttavia, l'AOU si impegna altresì ad utilizzare un approccio di natura reattiva, teso a dare risposte mirate in caso di scostamento di specifici indicatori rispetto ad un livello soglia di standard atteso. Questo approccio prevede il ricorso agli strumenti di monitoraggio, che saranno illustrati analiticamente nel capitolo *F. Attuazione degli indirizzi uniformi per le attività di monitoraggio*.

#### MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI D'ATTESA

Con il presente Programma Aziendale si intendono fissate le seguenti misure di contenimento dei tempi di attesa da adottare sistematicamente in caso di superamento dei tempi massimi di attesa e da sottoporre a revisione e verifica ex post:

1. Meccanismi di Overbooking. Prevede di utilizzare una disponibilità ulteriore rispetto all'offerta di base visibile in agenda secondo due modalità:
  - Forzatura, con la quale si dispone, per ciascuna classe di priorità, di un'eccedenza di disponibilità destinata ad essere utilizzata nei casi di superamento dei tempi di attesa. Tale eccedenza è stabilita ex ante tra la Direzione Aziendale, sentita la Commissione di Esperti di cui alla delibera 309.2012 e il Referente Unico delle Liste d'attesa, gli specialisti eroganti la/e prestazione/i risultata oggetto di superamento dei tempi massimi di attesa e il BackOffice del CUP, ed è proporzionale alle quote di disponibilità fissate per ciascuna classe di priorità. Le forzature sono impostate ex ante e visibili nell'offerta presente in agenda, sebbene risultino contrassegnate debitamente in modo da essere differenziate dall'offerta di base.
  - Registrazione Diretta, con la quale è possibile poter sovrascrivere, per ciascuna classe di priorità, un numero concordato di prenotati maggiore rispetto alle disponibilità presenti in agenda, ed è destinata ad essere utilizzata nei casi di superamento dei tempi di attesa quando sia l'offerta di base che l'offerta in "forzatura" siano sature. Il numero di prestazioni che può essere sovrascritto è stabilito ex ante tra la Direzione Aziendale, sentita la Commissione di Esperti di cui alla delibera 309.2012 e il Referente Unico delle Liste d'attesa, gli specialisti eroganti la/e prestazione/i risultata oggetto di superamento dei tempi massimi di attesa e il BackOffice del CUP, ed è proporzionale alle quote di disponibilità fissate per ciascuna classe di priorità. La registrazione diretta, non essendo presente come offerta attiva, non è visibile in agenda; tuttavia il ricorso a tale meccanismo è quantitativamente rilevabile in modo da essere differenziato dall'offerta di base.

Entrambi i meccanismi di Overbooking sono da intendersi come misure temporanee e destinate a soluzioni di breve termine; per entrambi è necessario un accordo preliminare con la struttura erogante, anche in funzione della selezione delle prestazioni suscettibili di tale intervento (di norma, prestazioni di breve durata) e della capacità della struttura stessa di fronteggiare

l'eventuale presentazione di tutti i prenotati (flessibilità della configurazione oraria dell'attività di ambulatorio).

2. Meccanismo della Revisione Periodica delle Liste. Prevede una sistematica operazione di pulitura delle stesse attraverso un contatto con il paziente per chiedere conferma della prenotazione qualche giorno prima della prestazione programmata. E' dimostrato infatti che, con una certa frequenza, i pazienti rinunciano alla prestazione prenotata o perché l'hanno ottenuta in tempi più brevi presso un'altra struttura o perché, nel frattempo, si sono verificate modificazioni delle condizioni cliniche.

Il meccanismo di revisione delle liste è da intendersi come misura temporanea destinata a soluzioni di medio termine. Esso va utilizzato – dato l'impegno attivo di risorse da dedicare alla pulitura – solo per prestazioni selezionate, per le quali non sia praticabile alcun meccanismo di overbooking (prestazioni complesse e/o lunghe e/o che richiedano preparazioni particolari e/o disponibilità di materiali ecc). Tra queste, vanno inclusi anche i ricoveri.

#### CONDIZIONI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Le condizioni per l'individuazione delle misure vengono documentate dal monitoraggio dei tempi di attesa<sup>7</sup> e da valutazioni sistematiche (reportistica sottoposta periodicamente alla Commissione di Esperti e al Referente Unico delle Liste d'Attesa) e valutazioni ad hoc.

Tra le valutazioni sistematiche di cui sopra, accanto alla reportistica di cui al paragrafo C5- *Predisposizione di revisioni periodiche e messa in atto delle relative procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità con particolare riferimento: all'utilizzo delle classi di priorità; alla presenza del quesito diagnostico; alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli e relativi sottoparagrafi*, con il presente Programma Aziendale, l'Azienda dispone che siano resi disponibili a beneficio della Commissione di Esperti e al Referente Unico delle Liste d'Attesa:

- report sul numero di drop-out (grazie all'utilizzo del sistema Cartella Ambulatoriale);

---

<sup>7</sup> In accordo alla DGRC 170/07: "Nel caso in cui le strutture individuate non siano in grado di assicurare il rispetto dei tempi massimi, essi, con l'ausilio del referente e della commissione di cui al paragrafo sul governo clinico, analizzeranno le cause del fenomeno, metteranno in atto opportune azioni correttive e potranno individuare altre strutture aziendali alternative dove invece il tempo massimo sia rispettato.

La predisposizione delle misure aziendali da attuarsi in caso di superamento dei tempi di attesa non può prescindere da un'attenta valutazione dei bisogni effettivi di salute della popolazione che usufruisce dei servizi sanitari. La lunghezza delle liste di attesa può dipendere, infatti, non solo da un'offerta di prestazioni insufficiente ma anche da un errato uso delle prenotazioni da parte dei cittadini o da una inappropriata richiesta di prestazioni.

- report sul ricorso alla forzatura suddiviso per classi di priorità;
- report sul ricorso all'overbooking
- report sui volumi di attività
- report sui tempi di attesa medi.

Alla Commissione è, altresì, demandata, per le finalità di governo effettivo del sistema di accesso, l'analisi della reportistica relativa agli indicatori di performance del Sistema Cup di cui alle Linee Guida Nazionali, e cioè:

- numero di utenti e di accessi medi giornalieri
- numero di prenotazioni effettuate
- saturazione delle agende
- misura dello scarto tra prestazioni erogate e prestazioni prenotate
- statistiche di prenotazioni/prestazioni prenotate, dettagliate/sintetiche, raggruppate per struttura, unità erogante, punti di prenotazione, ecc.
- variazioni dei volumi di offerta rilevazione della mancata erogazione delle prestazioni per abbandono dell'utente.

Tale reportistica e i relativi indicatori così monitorati saranno analizzati trimestralmente tra la Commissione di Esperti di cui al punto 11 del Piano e gli specialisti e saranno fatti oggetto di eventuali iniziative e strategie proposte dalla Commissione alla Direzione Aziendale.

Queste ultime possono prevedere, condotta un'opportuna analisi organizzativa che tenga conto di fenomeni distorsivi, quali un errato uso delle prenotazioni da parte dei cittadini o da una inappropriata richiesta di prestazioni) soluzioni di:

- individuazione di altre strutture aziendali alternative dove il tempo massimo sia rispettato;
- aperture/chiusura agende e ambulatori;
- aumento/riduzione delle disponibilità di agende già esistenti;

La soluzione selezionata sarà congrua ai volumi di eccedenza erogati rispetto al volume dell'offerta di base.

- azioni specifiche di intervento sul Sistema CUP in base alle criticità rilevate.

Inoltre il risultato ottenuto nella gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni sanitarie costituirà elemento di valutazione dei dirigenti.

Riassumendo, le azioni che si prevede di adottare in Azienda, al fine di contenere i tempi di attesa dell'erogazioni delle prestazioni, sono le seguenti:

- analisi e monitoraggio continuo della domanda,
- valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e attuazione di interventi di ottimizzazione gestionale secondo le procedure della clinical governance,
- adozione delle misure previste dalla normativa vigente per rimodulare l'offerta.

In ogni caso, il ricorso alle misure di incremento dell'offerta avverrà quindi soltanto nei casi in cui, pur essendo state attivate tutte le iniziative proattive di cui ai sottoparagrafi da C.1 a C.10, si renderà necessario aumentare l'offerta in quanto effettivamente carente.

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

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

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

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

La Regione Campania, in attuazione dell'Atto di Indirizzo e Coordinamento del DPCM 27/03/2000 ha emanato la disciplina in merito alla attività libero professionale con la DGRC 4061 del 2001 avente ad oggetto: "Direttive sulla disciplina delle liste di attesa in applicazione dell'art. 3 del D.Lvo n. 124/98 e della DGRC n. 3513/01 e linee guida per l'atto aziendale sull'attività libero professionale intramuraria del personale dipendente delle aziende del SSR."

Con Circolare n° 1 del 19.07.05 "Liste di attesa" l'Assessore alla Sanità ha invitato le Aziende "ad adottare tempestivi ed immediati provvedimenti volti a scongiurare l'eventuale ricorso all'attività intramoenia, da parte degli assistiti, solo per ridurre i tempi di attesa".

L'esercizio straordinario dell'attività libero professionale intramuraria in studi professionali, previa autorizzazione aziendale è consentita, come previsto dalla Legge n. 248/2006, fino al 30.07.2007.

## ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE AI SENSI DELLA DGRC 271/12

Con il presente Programma Aziendale, l'Azienda mira a favorire il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

In ogni caso, saranno adottati provvedimenti atti a garantire che l'attività libero professionale non superi, sul piano quantitativo nell'arco dell'anno, l'attività istituzionale dell'anno precedente.

Il Regolamento è, al momento della stesura del presente documento, in fase di revisione alla luce della normativa vigente.

## ACCESSO ALLE PRESTAZIONI IN REGIME DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Con il presente Programma aziendale si dispone che l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero in regime di libera professione venga garantito secondo un accesso trasparente e tracciabile e, in ogni caso, all'interno di agende di prenotazione gestite dal Centro Unico (CUP).

Al momento della stesura del presente documento (Nota prot. 2193 del 16.4.2013, sollecito 2439 del 29.4.2013 e Circolare prot. n. 5166 del 16/10/2013), sono in fase di confezionamento le agende elettroniche di prenotazione per l'attività ALPI – sia pura che allargata - con il medesimo applicativo (SGP) in uso per le prenotazioni istituzionali<sup>8</sup>.

- 
- <sup>8</sup> L'uso della soluzione SGP consente di poter automaticamente usare, qual ora lo si ritenga necessari, i canali oggi usati per la prenotazione delle prestazioni:
    - o Sportelli CUP
    - o Portale del CUP Regionale (CUREP)
    - o Farmacie
    - o CUPWEB con la possibilità di esporre l'offerta ALPI anche attraverso il portale Aziendale così come oggi avviene per le prestazioni in regime SSN.
  - L'uso dell' APLI attraverso SGP, consente anche di poter usare la componente WEB di SGP, oggi già in uso presso l' AOU Federico II, per poter esporre sul WEB, le funzionalità di prenotazione, accettazione ed incasso in relazione alle eventuali esigenze organizzative che l'AOU Federico II definirà (es. Fornire ai medici o ad ambulatori collocati fuori dalla sede del Federico II, le funzioni che riterrà utile: Prenotazione, accettazione, incasso).
  - L'attuale integrazione per l'incasso con i punti Gialli (Totem) sarà in tutto e per tutto già riusabile per gestire gli incassi di prestazioni ALPI, visto che questi risultano già integrati con il sistema SGP)
  - L'uso di SGP faciliterà le attività di configurazione delle agende e di gestione delle relative prestazioni essendo questa gestione del tutto identica a quella attualmente gestita dal personale di Back-office. Il presidio, previsto dal progetto, in ogni caso potrà fornire supporto qual ora si dovesse ritenere necessario.
  - Gli aspetti nuovi relativi alla gestione dell' ALPI riguarderanno:
    - o Configurazione delle logiche di ripartizione conseguenza del regolamento istituzionale, queste saranno gestite attraverso apposite funzioni di SGP e si fornirà adeguata formazione perché queste siano gestite in totale autonomia da chi, la l'AOU Federico II destinerà alla relativa gestione
    - o Definizione del modello organizzativo e configurazione a sistema dei relativi profili di accesso alla procedura.
    - o Creazione delle utenze e relativa formazione
    - o L'integrazione con il sistema amministrativo contabile

L'accesso alle prestazioni rese in intramoenia, sia "pura" che "allargata" avverrà, quindi, tramite il CUP su apposita lista di prenotazione e senza oneri aggiuntivi. Il personale addetto è individuato tra quello già presente nell'organico dell'azienda.

Per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, a livello del CUP verrà accolta l'esplicita richiesta del paziente e verrà a questi indicata la prenotazione nella lista dedicata all'attività intramoenia.

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero programmato, a livello della visita specialistica per l'iscrizione del paziente nella lista dei ricoveri programmati, secondo il modello organizzativo più avanti descritto, verrà accolta l'esplicita richiesta del paziente per il ricorso all'ALPI. Lo specialista ospedaliero procederà a prenotare il paziente nella lista di attività istituzionale dei ricoveri programmati; tuttavia inviterà il paziente stesso a recarsi presso una funzione ospedaliera espressamente dedicata a tale scopo, che, sentito e informato opportunamente il paziente, provvederà, in caso di espressa volontà di quest'ultimo, ad inserirlo nell'agenda di attività ALPI.

Per quanto, invece, riguarda il ricorso alle prestazioni in regime di libera-professione intramuraria con onere a carico dell'Azienda, avverrà soltanto quando le iniziative adottate non saranno sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa aziendali.

Per tale motivo, fra i compiti assegnati alla Commissione di Esperti vi è anche quello di sottolineare il superamento della soglia relativa ai tempi massimi di attesa e di proporre alla Direzione Generale gli interventi ritenuti più idonei a che questi tempi rientrino nei limiti previsti

#### SEDE E TEMPI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Con il presente Programma Aziendale, l'Azienda mira a garantire che l'attività intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.

Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

#### RISCOSSIONE DEGLI ONORARI PER LE PRESTAZIONI IN REGIME EROGATE DI ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

Ai sensi della legge 120/07, l'Azienda è responsabile della riscossione degli onorari.

A tal fine, tra quelli identificati dal PRGLA 2010-12, il presente Programma dispone che si individuino le seguenti modalità di riscossione della prestazione ALPI, compatibilmente con gli assetti organizzativi, luoghi e tempi di erogazione) dell'offerta :

- L'integrazione con il sistema Paghe per la gestione dei relativi importi e pagamenti ai professionisti che operano nell'ambito del sistema ALPI.

- a) tramite l'ufficio ticket, prima dell'erogazione della prestazione;
- b) pagamenti in forma elettronica e decentrata e/o organizzazione di punti di riscossione gestiti direttamente dalle Aziende o da queste a ciò deputati.

Il pagamento delle prestazioni sarà, dunque, corrisposto direttamente all'Azienda mediante mezzi che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo.

- c) per delega formale, sotto la responsabilità delle Aziende, anche nel caso di prestazioni erogate in spazi e studi privati e tramite pagamento P.O.S..

## PREDISPOSIZIONE DI PROCEDURE OBBLIGATORIE INERENTI LE ATTIVITÀ DI RICOVERO

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

Il Sistema di prenotazione si sostanzia, operativamente, nella costruzione del Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri nella forma e con la configurazione di "Agende di prenotazione dei ricoveri programmabili".

## TENUTA DELLA "AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI" SECONDO LE "LINEE GUIDA PER LE AGENDE DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI"

L'Azienda, in recepimento della normativa di riferimento nazionale e regionale, adotta un modello di registro di ricovero unico per tutte le strutture di degenza, definendone ed adottandone formalmente la struttura con la definizione dei campi obbligatori e facoltativi e le procedure per la gestione.

## AGENDA DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI E MODELLO ORGANIZZATIVO DI PRENOTAZIONE DEI RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMABILI

In recepimento delle "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili", la richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS va valutata dallo specialista ospedaliero, il quale è il titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, nonché sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera e sul livello di priorità da assegnare allo specifico caso clinico.

In tal senso, la richiesta del curante assume il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; in caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale.

Al fine di realizzare il giusto setting assistenziale e l'adeguato profilo amministrativo ed informativo per il contatto tra l'utente e lo specialista ospedaliero deputato alla valutazione di appropriatezza della proposta di ricovero, il presente Programma Aziendale promuove la regolamentazione dell'accesso al ricovero secondo il modello organizzativo dell'attività di *filtro o porta di accesso* al ricovero programmato.

In sintesi, l'alimentazione dell'agenda di prenotazione del ricovero programmato è affidata ad uno specialista ospedaliero competente per area clinica (medica generale, chirurgica generale, medica specialistica, chirurgica specialistica) nell'ambito di una funzione specialistica all'uopo definita e organizzata.

Col presente Programma, a ciascuna area ospedaliera di ricovero, infatti, viene chiesto di identificare una finestra di attività da dedicare all'iscrizione dei pazienti nelle liste dei ricoveri programmati.

Tale finestra di attività, pur essendo assimilata al profilo ambulatoriale per tipologia di setting (percorso per *outpatients*) e per configurazione organizzativa dell'agenda di attività (trasparenza e regolamentazione cronologica di accesso, caratterizzazione di un tempo predefinito di esecuzione, definizione del tempo di apertura del servizio) viene popolata in risposta ad un'impegnativa recante l'indicazione per ricovero programmato e non per visita specialistica.

Durante l'erogazione della visita filtro per l'accesso al ricovero, lo specialista ospedaliero cui è attribuita la funzione di *gatekeeper*, verifica la proposta di ricovero del medico di MMG/PLS, valutandone l'appropriatezza relativamente a:

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

Lo stesso, pertanto, può verificare i requisiti relativi alla intensità assistenziale necessaria, in risposta alla gravità del quadro clinico e alla intensità degli interventi diagnostico/terapeutici possibili, ed è il *titolare del giudizio sull'appropriatezza del ricovero, e quindi sull'ammissione del bisogno specifico al livello di assistenza ospedaliera*.

In caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista indica il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale.

In tal caso lo specialista ospedaliero utilizza apposita modulistica, predisposta dalla direzione della Azienda recante, oltre ai campi anagrafici, anche i campi: diagnosi, data proposta di ricovero del MMG, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata, e campo di identificazione del medico stesso, che si assume le dovute responsabilità.

Nelle more dell'avvio del modulo informatico per la gestione delle liste d'attesa, col quale lo specialista ospedaliero cui è attribuita la funzione di *gatekeeper* potrà procedere all'inserimento del paziente nell'agenda, a questi viene fornita una apposita scheda (interna alla struttura) debitamente firmata, che garantisce l'inserimento nel registro di ricovero ordinario.

Il paziente con tale scheda accede all'accettazione centralizzata per l'iscrizione nel registro e per ottenere la prima data utile secondo le informazioni e i criteri certificati dallo specialista avente funzioni di *gatekeeper*.

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

Tale processo sarà implementato e mantenuto nelle more del passaggio definitivo alla gestione informatizzata dei registri delle liste di attesa.

A far data dalla messa a regime di tale sistema, in fase sperimentale al momento della redazione del presente PAA, lo specialista ospedaliero con funzioni di *gatekeeper* provvederà ad inserire direttamente il paziente in lista, indicando i campi sopra riportati e autenticandosi secondo i sistemi di tracciabilità previsti dalla procedura informatizzata.

INSERIMENTO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) DELLA DATA DI PRENOTAZIONE E DELLA CLASSE DI PRIORITÀ (DM 8 LUGLIO 2010, COME CITATO IN PREMessa DEL PNGLA 2010-2012, DECRETO COMMISSARIO AD ACTA DEL PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO N. 6 DEL 17.01.2011, D.G.R.C N. 493 DEL 4/10.2011).”

Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero avente funzioni di *gatekeeper* rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce la data di inizio del percorso. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra il momento della conferma dell’esistenza del bisogno (l’indicazione nell’agenda della data in cui viene effettuata la prenotazione) ed il momento dell’effettivo ricovero per svolgere le procedure previste.

Pertanto, con il presente Programma aziendale, si ribadisce l’obbligatorietà della compilazione, all’interno della SDO, dei campi:

- a) la data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione,
- b) la classe di priorità del paziente.

A far data dalla messa a regime del modulo informatizzato delle liste d’attesa, in fase sperimentale al momento della redazione del presente PAA, il campo a) sarà riempito di default durante la visita per la conferma dell’ipotesi del ricovero.

Riguardo alla necessità di “rilevare il tempo che intercorre tra la data in cui è proposto il ricovero del MMG/PLS/Specialista ambulatoriale e la data in cui si effettua la visita specialistica per la conferma dell’ipotesi del ricovero”, è stata già richiesta alla società fornitrice del modulo l’editabilità del campo, fin ora non prevista.

## ATTUAZIONE DEGLI INDIRIZZI UNIFORMI PER LE ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Appare evidente che quanto finora esposto necessita di opportune attività di monitoraggio che, utilizzando indicatori strutturati, permetta di verificare l’allineamento dei processi e degli obiettivi definiti.

Come già chiaramente individuato con la delibera regionale 170/07, “La presenza dei sistemi informatizzati per la gestione delle prenotazioni e delle prestazioni rende oggi le attività di monitoraggio molto più agevoli. E’ però essenziale che si ponga sempre più attenzione alla qualità, alla leggibilità e alla confrontabilità dei dati.”, la raccolta sistematica delle informazioni relative al processo di accesso degli assistiti al servizio sanitario, ne garantisce l’aggregabilità qualitativa e quantitativa.

Tale attività risulta chiaramente propedeutica anche nell'ottica dell'attenzione alla razionalizzazione della spesa, ex art. 50 della legge 326/2003.

Sono dettagliati di seguito i dati che, rilevati dalle prescrizioni, raccolti al momento dell'accesso ed inseriti nel sistema informativo, permetteranno elaborazioni e riscontri per acquisire informazioni essenziali finalizzate a valutare e pianificare eventuali azioni successive.

#### MONITORAGGIO EX-POST

Sono oggetto della rilevazione una serie di prestazioni ambulatoriali, indicate al punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2012-12.

Dati	Fonte
Classe Priorità prestazione	Impegnativa/Prescrizione
Asl di erogazione	Mod. ministeriali STS 11, HSP 11, HSP 11 bis
Prestazione	Impegnativa/Prescrizione
Struttura sanitaria erogatrice	Mod. ministeriali STS 11, HSP 11, HSP 11 bis
Data erogazione prestazione	Gestita dal sistema informativo
Data prenotazione prestazione	Gestita dal sistema informativo
Garanzia Tempi attesa	Gestita dal sistema informativo
Prestazioni in primo accesso o successivo	Impegnativa/Prescrizione

L'emissione mensile di un tracciato, le cui specifiche tecniche sono dettagliate nel disciplinare MEF, rende possibile distinguere gli accessi ambulatoriali in base all'accesso (primo o successivo), alla classe di priorità presente sulla prescrizione, all'assolvimento della garanzia del tempo di attesa, e alla struttura erogante.

#### MONITORAGGIO EX-ANTE

Sono oggetto della rilevazione una serie di prestazioni ambulatoriali, indicate al punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2012-12.

Alla luce delle sperimentazioni condotte tra il 2002 ed il 2007 a cura del Gruppo Tecnico istituito ad

hoc presso l'Agendas è stata definita la metodologia per il monitoraggio "ex-ante" dei tempi d'attesa

relativamente alle prestazioni ambulatoriali in ambito nazionale.

Sono tenuti alla rilevazione tutti gli erogatori (soggetti che effettuano prestazioni per conto e a carico del SSN); per ciascuna delle prestazioni traccianti sarà necessario specificare la presenza di agende differenziate per priorità.

Una opportuna modulazione dell'offerta ambulatoriale, gestita su piattaforma informatizzata, che differenzi le disponibilità in base ai criteri di priorità (elencati nella tabella 4 del presente documento) e ai regimi di erogazione, permetterà la produzione di apposita reportistica, utile all'individuazione data assegnata per l'erogazione della prestazione ad ogni singolo paziente prenotato nei cinque giorni indice ministeriali e di un contrassegno sulla presenza o meno di agende differenziate per priorità, e alla manutenzione dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" da trasmettere con cadenza semestrale al NSIS entro il mese di maggio e novembre.

Rimangono infatti escluse dal monitoraggio le prestazioni:

- Erogate in regime emergenza/urgenza clinica;
- Successive al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente;
- Inserite in programmi di screening;
- In libera-professione intramuraria.

#### MONITORAGGIO ATTIVITÀ DI RICOVERO

Quanto esposto nel paragrafo "D.2" del presente Programma, relativamente alla data di prenotazione dell'accesso per ricovero, appare necessario anche per la produzione del flusso "SDO".

La compilazione obbligatoria di tale dato, su procedura informatizzata che gestisca le liste di attesa per i ricoveri, porterà ad una corretta compilazione del tracciato e ad un valido assolvimento del debito informativo.

L'estrazione del flusso dai sistemi e la successiva trasmissione, permetterà il monitoraggio previsto.

#### MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE

Sono oggetto della monitoraggio, relativamente alla sospensione dell'erogabilità, una serie di prestazioni ambulatoriali, indicate al punto 3.1 del Piano Nazionale di Governo dei Tempi d'Attesa 2012-12.

La rilevazione delle sospensioni prevede la compilazione dell'apposito modello in formato "excel" e il trasferimento delle informazioni con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

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

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

Per ogni evento di sospensione sarà necessario specificare nel registro delle sospensioni:

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

#### MONITORAGGIO ALPI

Analogamente ai criteri dettagliati per le prestazioni effettuate per accessi SSN, si prevedono le medesime tipologie di reportistica elaborate dal sistema informativo aziendale per il monitoraggio dell'attività erogata in tale modalità

Il presente Programma, pertanto, promuove l'informatizzazione dell'offerta di attività specialistica e diagnostica per il regime di Libera Professione, individuando disponibilità e agende dedicate, al fine di permettere una comparazione analitica dei volumi di attività erogata.

#### MONITORAGGIO SITO WEB

Il portale Web aziendale dovrà esporre contenuti che rispondano ai requisiti espressi nel Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa.

Con cadenza semestrale, la Commissione Aziendale di esperti verifica che siano pubblicate:

- informazioni che coprono sia l'ambito ambulatoriale che quello dei ricoveri;
- informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse

- procedure di gestione dei regimi di erogazione;
- presenza (o link) della normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
- riferimenti telefonici che possono essere utilizzati per prenotarsi;
- elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso;
- per ogni prestazione devono essere indicati i tempi massimi di attesa in relazione ad ogni classe di priorità;
- strumenti di ricerca per il cittadino che, per una data prestazione, forniscono le strutture che
- la erogano nell'azienda sanitaria;
- strumenti per il cittadino che, per una data prestazione e classe di priorità, forniscono la data di prima disponibilità e la struttura erogante aggiornate in tempo reale.

#### MONITORAGGIO PDT

Ai fini del monitoraggio dei PDT, accanto alle iniziative da adottarsi affinché siano rispettati i tempi di “attesa diagnostica” e “attesa terapeutica” per le patologie oncologiche e cardiologiche oggetto di monitoraggio, e agli interventi diretti allo “stile compilativo” della SDO e al corretto ritorno informativo dei flussi, come descritto al paragrafo C.2, l’Azienda recepisce la metodologia di cui alle Linee Guida Nazionali sul Monitoraggio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Complessi, che prevede di monitorare, nell’ambito del percorso diagnostico-terapeutico, i tre momenti fondamentali:

- a) “prima prestazione suggestiva”: permette di identificare l’inizio del percorso diagnostico
- b) data dell’esame “conclusivo” (per i tumori, solitamente è il citologico o istologico): informa sul momento in cui solitamente si è giunti ad una diagnosi di certezza, in base alla quale si definiranno le strategie terapeutiche
- c) data di ricovero per l’inizio della terapia.

Il tempo trascorso tra il momento a) ed il momento b) indica tendenzialmente la fase diagnostica (anche se in realtà questa può richiedere ancora delle procedure, in particolare per la stadiazione), mentre l’intervallo b)-c) ci può dare la misura del tempo di attesa per l’inizio della fase terapeutica.

I tempi massimi d’attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l’inizio della terapia dal momento dell’indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

Tabella 1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.1 PNGLA) - VISITE SPECIALISTICHE ..... 9

Tabella 1.2 PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.1 PNGLA) - PRESTAZIONI STRUMENTALI..... 10

Tabella 3 PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.2 PNGLA) - Day Hospital/Day Surgery ..... 11

Tabella 4 PRESTAZIONI DI RICOVERO PER CUI VANNO FISSATI TEMPI MASSIMI DI ATTESA (PUNTO 3.2 PNGLA) - Ricovero Ordinario..... 11

Tabella 5 Classi di priorità (e relativo criterio che ne sottende l'individuazione) per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 ..... 12

Tabella 6 Classi di priorità per prestazioni erogate in regime di ricovero, in attuazione di quanto definito dall'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 ..... 12

---

<sup>ii</sup> Ministero della sanità Commissione di studio sulla gestione dei tempi di attesa