



Ai Direttori dei Dipartimenti Assistenziali

## **DIREZIONE SANITARIA**

*Servizio Qualità Umanizzazione Assistenza e Dati Sanitari*

*Responsabile Dott. Sergio Maccarone*

Prot. n 1669  
Napoli 01/02/2013  
Pos. SADS

**Oggetto: Impegni Aziendali per il Programma di Governo delle Liste D'Attesa – D.G.R.C. n. 271/2012: Classi di Priorità, Quesito Diagnostico e corretta identificazione di Prima Visita e Controllo nelle prestazioni ambulatoriali; regolamentazione delle sospensioni.**

Il governo dell'offerta di prestazioni ambulatoriali rappresenta un nodo di attenzione per l'AOU, sia dal punto di vista organizzativo (programmazione delle attività) sia dal punto di vista dell'immagine e dell'efficacia clinica (tempi e liste di attesa) sia dal punto di vista della rendicontazione dell'erogato, anche a fini economici.

### **Obbligo di Registrazione**

Tanto premesso, con la presente nota si comunicano alle SS.LL. gli obblighi imposti dalla normativa in materia e si ribadisce che innanzitutto da parte degli erogatori esiste **l'obbligo di registrare informaticamente**, così come per i ricoveri, **tutte le prestazioni erogate per esterni in regime ambulatoriale** e garantire che siano correttamente riportati tutti i dati richiesti da **ciascuno dei passaggi procedurali essenziali del sistema SGP- CUP**:

- prenotazione;
- accettazione (accettato/esequito).

Si richiama l'attenzione sul fatto che tutte le prestazioni non registrate informaticamente con il programma SGP-CUP (e quindi non trasferibili sul flusso informativo nazionale del file C) non hanno alcuna validità ai fini della rendicontazione delle prestazioni stesse alla Regione e al Ministero e costituiscono pertanto un consumo di risorse umane e materiali senza la documentazione prescritta dalla normativa.

### **Programma Aziendale di Governo delle Liste D'Attesa**

Con riferimento specifico alle attività di prenotazione, si notifica, altresì, alle SS.LL. che, con Delibera n. 367 del 1.10.2012, l'Azienda ha adottato il **Programma Aziendale di Governo delle Liste D'Attesa 2010-12**, in recepimento del Piano Regionale di cui alla DGRC 271/12.

Il Programma mira a riorganizzare l'offerta aziendale di prestazioni ambulatoriali secondo:

- # rispetto dei **criteri di priorità di accesso**, secondo l'indicazione del quesito diagnostico;
- # **corretta differenziazione tra prima visita e controllo o accesso successivo**;
- # osservanza della disciplina in materia di **sospensione delle attività**.

Si dispone, dunque, che le SS.LL. promuovano presso i Loro rispettivi Dipartimenti Assistenziali, dando indicazioni alla Direzione Sanitaria con l'apposito modulo allegato, una **revisione dell'organizzazione delle agende ambulatoriali** secondo le seguenti specifiche indicate dalla normativa:

# **Classi di Priorità**. Le agende per ciascuna prestazione ambulatoriale, esclusivamente per le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche/riabilitative, vanno configurate declinando la disponibilità complessiva (volume delle prestazioni erogabili) in quattro classi:

- o U = Urgente
- o B = Breve
- o D = Differibile
- o P = Programmata

L'attribuzione del paziente a ciascuna delle classi avviene secondo l'indicazione fornita dal medico curante sull'impegnativa. Nel caso in cui il medico non provveda all'indicazione della classe di priorità, la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P come previsto dal disciplinare tecnico regionale.

Per ciascuna delle quattro classi su indicate dovrà essere individuata dalle SS.LL. e comunicata alla Direzione Sanitaria, affinché sia riportata nell'agenda delle prenotazioni, la percentuale del volume complessivo delle prestazioni di quella agenda da assegnare alle singole classi, sulla base della casistica storica trattata dall'ambulatorio e secondo i criteri illustrati in tabella:

<b>CODICE CRITERI O DI PRIORITÀ</b>	<b>SIGNIFICATO O CODICE</b>	<b>SIGNIFICATO CLINICO PROGNOSTICO DEL CRITERIO</b>	<b>TEMPO MASSIMO ATTESA PER EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE</b>
<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

Il dimensionamento per ciascuna classe va realizzato, come già detto, tenendo conto principalmente della casistica storica trattata dall'ambulatorio (proporzione di casi urgenti, differibili ecc) e si sottolinea la necessità, nella formulazione del volume della classe P, che lo stesso tenga conto del fatto che, secondo la normativa, l'eventuale mancata indicazione del codice di priorità

sull'impegnativa da parte dei MMG/PLS comporta l'attribuzione di tali casi alla classe P. Si rende opportuno pertanto che, per la classe P, le SS.LL. prevedano un più ampio paniere.

E' importante segnalare che il *"tempo massimo di attesa"* indicato in colonna IV sarà oggetto da parte dell'Azienda, della Regione e del Ministero di monitoraggio per alcune prestazioni (visite e prestazioni diagnostiche/terapeutiche/riabilitative) considerate "critiche" (prestazioni traccianti).

# **Corretta differenziazione tra prima visita e controllo.** Le agende per ciascuna prestazione ambulatoriale vanno configurate differenziando gli slot di disponibilità in:

- Prima Visita (89.7)
- Visita di Controllo (89.01)

Con il termine "prima visita" si intende *"quella in cui il problema è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico"*; con il termine di "controlli o accessi successivi" sono individuati *"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 e l'insorgenza di complicanze"*. Il sistema di prenotazione attribuirà il paziente all'uno o all'altro slot secondo la dicitura presente sull'impegnativa.

E' opportuno prevedere per i controlli:

- Un tempo più breve di disponibilità qualora si ritenga che in media la durata delle visite di controllo sia più breve rispetto alle prime visite;
- La possibilità che le visite di controllo vengano prenotate direttamente dalla struttura erogante e non dallo sportello CUP, in modo da garantire che lo specialista ospedaliero che ha preso in carico il paziente possa assicurare il rispetto dei tempi in cui intende rivedere il caso.

Per eventuali dubbi e/o per supporto organizzativo, è possibile rivolgersi alla Direzione Sanitaria (sig. Sommella, int. 3543).

# **Regolamentazione della sospensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.**

Si premette che **la normativa vigente vieta di sospendere la prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali. Per quanto riguarda invece la sospensione **dell'erogazione** delle stesse prestazioni, si comunica alle SS.LL. che, in base alle Linee Guida della Regione Campania in applicazione del PNGLA 2010-2012, è fatto obbligo alle Aziende di segnalare alla Regione, entro 48 ore dall'occorrenza, le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni che rientrino nei criteri indicati dalle stesse Linee Guida.

Le segnalazioni riguardano:

**A. La sospensione delle prestazioni contenute nell'elenco allegato n. 1 delle Linee-guida Regionali.**

**B. Nell'ambito di queste non vanno segnalate:**

- 1) Le sospensioni programmate e gestite dall'erogante mediante piani di erogazione differenziati;
- 2) Le sospensioni delle prestazioni per le quali nella Struttura ci sono altri erogatori della stessa prestazione;
- 3) Le sospensioni di durata inferiore ad 1 giorno;
- 4) le sospensioni definitive dovute a riorganizzazione.

Tanto premesso, per le sospensioni che invece rientrano nell'obbligo di comunicazione, le **SS.LL. sono tenute a dare immediata segnalazione alla Direzione Sanitaria**, nella persona del **Sig. Papallo**, via mail, via telefono e a mezzo fax, comunicando, *ad horas* (e, comunque, non oltre le 12 ore), le seguenti informazioni:

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

In riferimento al punto 2, è necessario segnalare una tra le seguenti:

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

Le trasmissioni vanno effettuate in formato elettronico. A tal fine sarà inviata ai loro indirizzi di posta elettronica l'apposita modulistica in formato elettronico con la quale effettuare le comunicazioni di sospensioni.

Per eventuali dubbi è possibile rivolgersi alla Direzione Sanitaria (sig. Papallo, int. 4373).

Si allegano alla presente:

1. Piano Aziendale Gestione Liste di Attesa;
2. Linee-Guida Regionali per la rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione delle Prestazioni Ambulatoriali contenente l'elenco delle prestazioni oggetto della rilevazione e il modello cartaceo per la rilevazione stessa;
3. Modulo rilevazione per la riorganizzazione agende per classi priorità.

Il Responsabile del Servizio  
(f.to) Dott. Sergio Maccarone

Il Direttore Sanitario  
(f.to) Dott. Gaetano D'Onofrio

Il Direttore Generale  
(f.to) Giovanni Persico