

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 2/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

## I. QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

- Legge 23.12.94 n. 724 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 3, comma 8;
- D.P.C.M. 19.05.95 “Carta dei Servizi pubblici sanitari”;
- Legge 23.12.96 n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” - articolo 1, comma 34;
- Legge 27.12.97 n. 449 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 33, comma 1;
- D.Lds 29.04.98 n. 124 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”- articolo 3, commi10-15;
- D.P.R. 23.07.98 “Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;”
- D.Lgs. 19.06.99 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419”- articolo 15 quinquies, comma 3;
- DPCM 27.03.00 “Atto di indirizzo e coordinamento concer4nente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale”;
- **Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001**
- DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- **Accordo Stato Regioni 14.02.2002** “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- DPCM 16.04.02 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa”;
- **Accordo Stato Regioni 11.07.2002** “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- **Legge 27.12.2002 n. 289** “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”- articolo52, comma 4;
- DPR 23.05.2003 ”Piano sanitario 2003-2005”;
- **Accordo Stato Regioni 24.07.2003** “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;
- **Legge 23.12.05 n. 266** “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica” - articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- **Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006** “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
- **D.M. 8 luglio 2012 n.135** “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”
- **Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010** “Linee Guida nazionali del sistema CUP”

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

- **Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010** sull'attività libero professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari
- **Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012** "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
- **D.L. n.158/2012** convertito in **Legge n.189/2012**
- **Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019**, Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 4/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

## II. QUADRO NORMATIVO REGIONALE

- D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001, con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori (Legge 425/96);
- D.G.R. n. 3513 del 20.07.01, con tale delibera la Regione Campania, in applicazione dell'articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha inteso adottare provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001, con la quale la regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione, l'informazione e il monitoraggio;
- D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
- D.G.R. n.2079 del 13.06.2003, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del 16.11.2001;
- D.G.R.C. n. 3142/03, con la quale la regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
- Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa" con cui vengono disciplinati criteri e modalità, invece, per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- DGRC 1168 del 2005 "Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico "
- DGRC n.236 del 21.03.2005 "I percorsi terapeutici per la NAD.
- DGRC 1280 del 7/10/2005 "I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare"
- Nota circolare prot. n. 216050 del 28.03.06, in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- Legge n. 1 del 02/03/06 recante "Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.
- Delibera 170/2007 ed adozione PACTA aziendali
- Delibera Giunta Regionale 484 del 4/10/2011 "Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste di Attesa: recepimento delle Linee Guida Nazionali del Sistema CUP; costituzione della Commissione Tecnica Operativa

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

- **Delibera Giunta Regionale 271 del 12/6/2012** “Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2012 – 2012”
- **DCA n.34 del 08/08/2017** avente ad oggetto Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)
- DCA n. 60 del 05/07/2018 avente ad oggetto Linee Guida Regionali per l’adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N.
- **DCA n. 95 del 05/11/2018** ad oggetto Modifiche ed Integrazioni DCA 60 del 5.7.2018 “Linee di indirizzo regionali per l’adozione dei Regolamenti Aziendali in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N.”
- **Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019** con cui è stata recepita l’Intesa sancita in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;
- **DCA N. 52 del 4/7/2019** avente ad Oggetto “Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)”
- DCA n. 56 del 04/07/2019 avente ad oggetto Modifiche e integrazioni DCA 95 del 05/11/2018
- DCA N. 23 del 24/01/2020 avente ad Oggetto “Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 \_Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)”
- DCA N. 25 del 24/01/2020 avente ad Oggetto Modifiche e integrazioni DCA 56 del 04/07/2019

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 6/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

### III. QUADRO NORMATIVO AZIENDALE

- Deliberazione n° 718 del 27.10.09 “Contenimento tempi di attesa – provvedimenti”
- Deliberazione 292 del 24.11.11 “Miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria, riduzione delle liste di attesa – Presentazione progetto regionale”
- Deliberazione n° 1245 del 26.09.12 “Programma Attuativo Aziendale ANNO 2012”
- Deliberazione n° 380 del 21.03.13 “Integrazione della Deliberazione 1245 del 26.09.2012”
- Deliberazione n° 369 del 12/11/2019 “PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019/2021- ASL CASERTA”
- Deliberazione n° 376 del 10/03/2021 “Nomina commissione paritetica”

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

## 1. INTRODUZIONE

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse” (D. Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni). La Regione Campania con DCA n.34/2017 “Interventi per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017 e 2018 (Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta IV)” ha emanato le Linee di indirizzo regionali affinché le Aziende Sanitarie realizzassero interventi atti a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato previste dal precedente PNGLA 2010-2012, nonché a raggiungere il giusto equilibrio tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Con DCA n.95 del 5/11/2018, a integrazione e modifica del DCA n.60 del 5 luglio u.s., la Regione Campania ha emanato le Linee di indirizzo regionali per l’adozione del Piano Aziendale in materia di Attività Libero Professionale Intramuraria per il personale delle Aree della Dirigenza Medica e Veterinaria (Area contrattuale IV) e della Dirigenza Sanitaria non Medica (Area contrattuale III) del S.S.N. Con Decreto Dirigenziale della Direzione Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR n.93 del 03/05/2019 la Regione ha recepito l’Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all’articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Con lo stesso DD 93/2019 ha promosso quale strumento di governo della domanda, il modello RAO Raggruppamenti di Attesa Omogenei – con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati. Con la DCA N. 52 del 4/7/2019 avente ad Oggetto “Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)” la Regione ha redatto il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), in applicazione del PNLGA, con l’obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino. Esso è rivolto principalmente alla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell’equità d’accesso alle prestazioni. In applicazione dei contenuti del precitato DCA 52/19 la ASL Caserta ha adottato la Deliberazione n° 369 del 12/11/2019 avente ad oggetto “PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019/2021- ASL CASERTA”.

Successivamente, con DCA N. 23 DEL 24/01/2020 avente ad oggetto: “Modifica ed Integrazione del D.C.A. n. 52 del 04.07.2019 Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021). Recepimento Intesa e adozione del Piano Regionale per il Governo delle

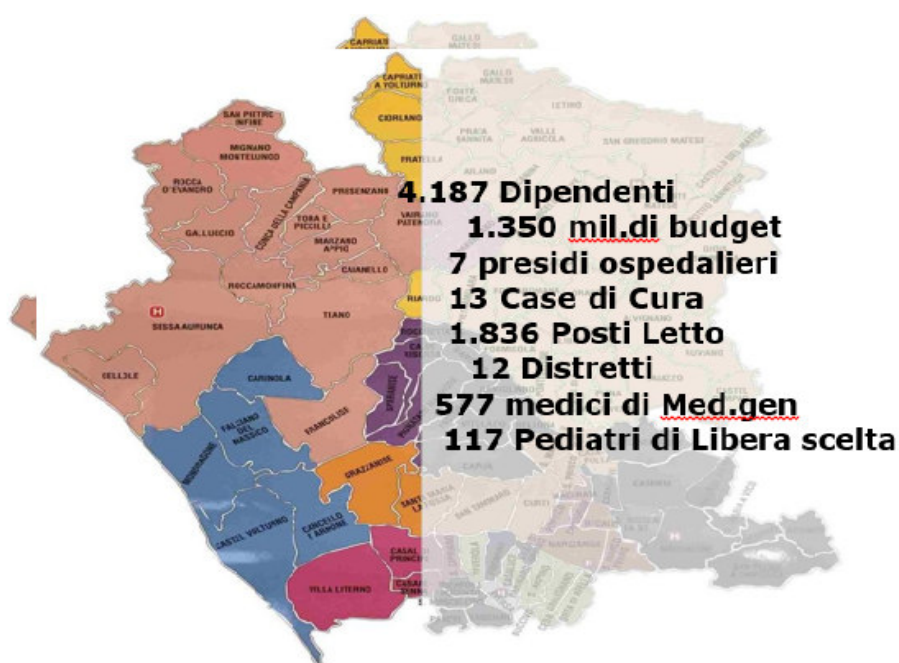


	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 8/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Liste di Attesa 2019/2021 (PRGLA 2019/2021)” la Regione Campania ha approvato il documento recante “Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa” in ossequio alle indicazioni contenute nella Relazione dell’osservatorio Nazionale sulle Liste di attesa con le quali viene richiesto di esplicitare in maniera più esaustiva i percorsi di garanzia che devono essere resi disponibili nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione. La presente integrazione al PRGLA ha lo scopo di esplicitare e dettagliare compiutamente i percorsi di garanzia per il cittadino. L’intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve, quindi, necessariamente, contemplare differenti aspetti. Il primo è quello della verifica dell’appropriatezza ed in questo senso il piano aziendale sui tempi di attesa deve affiancarsi al piano dei controlli. L’altro è quello della migliore organizzazione e gestione dell’offerta da parte delle strutture, anche questa regolamentata e verificata con opportuni controlli e indicatori di produttività. Altro strumento utile al contenimento dei tempi di attesa è rappresentato dall’attività del Centro Unico Prenotazioni (CUP) nel cui sistema viene ad essere ricompresa anche la gestione dell’attività libero-professionale. Il presente Programma Attuativo, confermando l’impronta di cui al PNGLA apporta le modifiche approvate nella Intesa Stato Regioni del 21 febbraio 2019 ed esplicitate con il DCA Campania n° 52/2019 e sostituisce il testo integrato del programma approvato con la Deliberazione n° 380/2013.

## L’AZIENDA

L’ASL di Caserta, nata dalla fusione delle ex ASL CE1 e CE2, corrisponde all’ambito territoriale della provincia di Caserta, che si estende su una superficie di 2.651,35 Km<sup>q</sup> (348,66 ab/Kmq) e su cui insistono 104 comuni





	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 9/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

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

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

<i>Anno</i> 1° gennaio	<i>0-14 anni</i>	<i>15-64 anni</i>	<i>65+ anni</i>	<i>Tot ale resid enti</i>	<i>Età media</i>
<b>2011</b>	154.633	624.801	137.033	916.467	<b>38,9</b>
<b>2012</b>	151.281	614.694	139.213	905.188	<b>39,2</b>
<b>2013</b>	149.931	615.982	142.871	908.784	<b>39,5</b>
<b>2014</b>	150.390	625.143	147.580	923.113	<b>39,8</b>
<b>2015</b>	148.045	625.346	151.223	924.614	<b>40,1</b>
<b>2016</b>	145.844	624.054	154.516	924.414	<b>40,4</b>
<b>2017</b>	143.141	623.797	157.228	924.166	<b>40,8</b>
<b>2018</b>	140.747	623.187	159.511	923.445	<b>41,1</b>
<b>2019</b>	138.256	623.081	161.628	922.965	<b>41,4</b>
<b>2020</b>	135.449	621.727	164.995	922.171	<b>41,7</b>

In Italia, la media dell'indice di vecchiaia è 179,3 (popolazione >65 / popolazione 0-14); mentre l'indice di dipendenza strutturale è 56,7 (popolazione non attiva (0-14 e >65) / popolazione attiva (14-65). Come si nota dalle tabelle 3 e 4, nei Distretti 12, 14, 15 dell'ASL Caserta, l'indice di vecchiaia è molto superiore alla media nazionale, in questi Distretti si verifica una concentrazione di popolazione anziana rispetto al territorio provinciale, in quanto vi risiede il 36% di tutta la popolazione anziana dell'ASL (residenti >65). Nei distretti 14 e 15 il territorio è geograficamente esteso e orograficamente disomogeneo, composto da una vasta area interna, prevalentemente di tipo rurale, con numerosi piccoli centri, distanti tra loro, e lontani da centri maggiori in cui la presenza di servizi sanitari pubblici è più significativa.

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 10/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Nei centri più piccoli e isolati, la popolazione fragile percepisce uno stato di disagio di ordine sanitario e sociale, ed incontra una maggiore difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari pubblici. Tale difficoltà è spesso aggravata dall'assenza di un "caregiver" che possa prendersi cura dei loro bisogni complessi, e dalla carenza di efficienti servizi di trasporto pubblico verso i nuclei urbani ove sono presenti gli ambulatori del SSR.

DISTRETTI	<14	15-64	>65	indice di vecchiaia(%)	dipendenza anziani(%)	dipendenza strutturale(%)
12	13443	70299	<b>25197</b>	187,4	35,8	55,0
13	12230	54467	<b>14373</b>	117,5	26,4	48,8
14	8412	46876	<b>17158</b>	204,0	36,6	54,5
15	8144	43818	<b>17091</b>	209,9	39,0	57,6
16	12369	55095	<b>13250</b>	107,1	24,0	46,5
17	6834	33084	<b>9994</b>	146,2	30,2	50,9
18	18413	67644	<b>12923</b>	70,2	19,1	46,3
19	12745	51934	<b>11014</b>	86,4	21,2	45,7
20	8008	36535	<b>8315</b>	103,8	22,8	44,7
21	10746	49421	<b>14107</b>	131,3	28,5	50,3
22	7376	35937	<b>11333</b>	153,6	31,5	52,1
23	10108	43387	<b>12381</b>	122,5	28,5	51,8
<b>Totale</b>	<b>128829</b>	<b>588504</b>	<b>167138</b>	<b>129,7</b>	<b>28,4</b>	<b>50,3</b>

Tabella 1-Indicatori di popolazione

DISTRETTO	FASCE D'ETÀ			TOTALE COMPLESSIVO
	<64	65-74	>75	
12	83742	13488	11709	108939
13	66697	8017	6356	81070
14	55288	9077	8081	72446
15	51962	8501	8590	69053
16	67464	7733	5517	80714
17	39918	5593	4401	49912
18	86057	7593	5330	98980
19	64679	6344	4670	75693
20	44543	4779	3536	52858
21	60167	7707	6400	74274
22	43313	6087	5246	54646
23	53495	6926	5455	65876
<b>Tot</b>	<b>717325</b>	<b>91845</b>	<b>75291</b>	<b>884461</b>

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA	Pag. 11/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b>	

Tabella 4

## 2. PREVALENZA, INCIDENZA E MORTALITÀ PER PAZIENTI CRONICI

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

Per quanto riguarda le differenze di **genere**, solo nei primi anni della vita, al di sotto dei 18 anni, la prevalenza delle malattie croniche è più elevata nei maschi, grazie alla maggiore presenza di malattie allergiche; in tutte le altre fasce d'età, le donne sono più frequentemente affette da tali patologie. A fronte del 37% degli uomini, il 42,6% della popolazione femminile italiana è affetta da almeno una malattia cronica; il 24,5% delle donne presenta 2 o più patologie croniche rispetto al 17% degli uomini.

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

FASCE D'ETÀ	CON 1 PATOLOGIA CRONICA	CON ALMENO 2 PATOLOGIE CRONICHE	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	MALATTIE DEL CUORE	MALATTIE ALLERGICHE
65-74aa	75,60%	49%	14,90%	44,80%	9,60%	9,60%	9,60%
91847	69436,3	45005,0	13685,2	41147,5	8817,3	8817,3	8817,3
75+	85,80%	65,70%	19,50%	54,60%	17,60%	16,30%	7,50%
75291	64599,7	49466,2	14681,7	41108,9	13251,2	12272,4	5646,8
TOT	167138	94471,2	28366,9	82256,3	22068,5	21089,7	14464,1

65-74	CON UNA PATOLOGIA CRONICA	CON ALMENO 2 PATOLOGIE CRONICHE	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	MALATTIE DEL CUORE	MALATTIE ALLERGICHE
distretto	abitanti	75,60%	49%	14,90%	44,80%	9,60%	9,60%
12	13488	10197	6609	2010	6043	1295	1295
13	8017	6061	3928	1195	3592	770	770

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 12/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

14	9077	6862	4448	1352	4066	871	871	871
15	8501	6427	4165	1267	3808	816	816	816
16	7733	5846	2865	1152	3464	742	742	742
17	5593	4228	2741	833	2506	537	537	537
18	7593	5740	2813	1131	3402	729	729	729
19	6344	4796	3109	945	2842	609	609	609
20	4779	3613	2342	712	2141	459	459	459
21	7707	5826	3776	1148	3453	740	740	740
22	6087	4602	2983	907	2727	584	584	584
23	6926	5236	3394	1032	3103	665	665	665
tot	91845	69436	43172	13685	41147	8817	8817	8817

>75		CON PATOLOGIA CRONICA <sup>1</sup>	CON ALMENO 2 PATOLOGIE CRONICHE <sup>2</sup>	DIABETE	IPERTENSIONE	BPCO	MALATTIE DEL CUORE	MALATTIE ALLERGICHE
distretto	abitanti	85,80%	65,70%	19,50%	54,60%	17,60%	16,30%	7,50%
12	11709	10046	7693	2283	6393	2061	1909	878
13	6356	5453	4176	1239	3470	1119	1036	477
14	8081	6933	5309	1576	4412	1422	1317	606
15	8590	7370	5644	1675	4690	1512	1400	644
16	5517	4734	3110	1076	3012	971	899	414
17	4401	3776	2891	858	2403	775	717	330
18	5330	4573	3005	1039	2910	938	869	400
19	4670	4007	3068	911	2550	822	761	350
20	3536	3034	2323	690	1931	622	576	265
21	6400	5491	4205	1248	3494	1126	1043	480
22	5246	4501	3447	1023	2864	923	855	393
23	5455	4680	3584	1064	2978	960	889	409
tot	75291	64601	48454	14682	41109	13251	12272	5647

L'analisi dei bisogni sanitari in fase di completamento, si basa sulla stratificazione della popolazione con patologie croniche attraverso i dati reali del consumo farmacologico, i flussi Air, le esenzioni per patologia e l'accesso ambulatoriale. I dati così ottenuti, ci consentono di produrre degli slot di combinazione di patologie suddivise per: a) numero (almeno 2, almeno 3, almeno 4, etc.), b) combinazione di patologie, c) Distretto, d) AFT. Tale lavoro ha portato ad una rimodulazione dell'offerta sanitaria aziendale con l'apertura di ambulatori dedicati che ha avuto un risvolto positivo

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>	<p>Pag. 13/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>	

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

Causa iniziale di morte -European Short List	ITALIA				CAMPANIA			
	Uomini		Donne		Uomini		Donne	
	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
malattie del sistema circolatorio	98.891	33,7%	130.082	36,0%	9.227	36,0%	11.952	45,5%
malattie del sistema respiratorio	23.508	8,0%	19.798	7,5%	1.927	7,5%	1.321	5,0%
malattie dell'apparato digerente	7.181	2,4%	11.858	4,1%	1.059	4,1%	523	2,0%
malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	10.367	3,5%	14.588	2,7%	693	2,7%	878	3,3%
Diabete/melito	9.238	3,1%	12.229	4,1%	1.039	4,1%	1.643	6,3%
tumori maligni	95.059	32,4%	73.438	31,9%	8.154	31,9%	5.728	21,8%
cause esterne di traumatismo e avvelenamento	13.244	4,5%	9.847	3,2%	820	3,2%	826	3,1%
altre cause	35.937	12,2%	44.631	10,5%	2.679	10,5%	3.321	12,6%
<b>Totale</b>	<b>293.425</b>	<b>100%</b>	<b>316.471</b>	<b>100%</b>	<b>25.598</b>	<b>100%</b>	<b>25.598</b>	<b>100%</b>

I dati sono stati raccolti dal registro tumori aziendale e fanno riferimento al triennio 2015 \_ 2017

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

Tumori

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

Categorie diagnostiche considerate

14 Tumori maligni delle labbra, della cavità orale, della faringe

15 Tumori maligni dell'apparato digerente e del peritoneo

16 Tumori maligni dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici

17 Tumori maligni delle ossa. Del tessuto connettivo, della cute e della mammella

18 Tumori degli organi genitali

19 Tumori di altre non specificate sedi

20 Tumori maligni del tessuto linfatico ed emopoietico

21 Tumori benigni

22 Tumori incerti o di natura non specificata

23 Carcinomi in situ

		2017		2016		2015		Diff% 2017/2016 (indice/1000ab)	Diff% 2017/2015 (indice/1000ab)	
DISTRETTO	Assistibili 2017	Soggetti	indice /1000 ab.	Soggetti	indice /1000 ab.	Soggetti	indice /1000 ab.			
12 Caserta	114.277	1.780	15,40	1725	15,09	1803	15,67	2,03%	-1,69%	
13 Maddaloni	82.965	1.211	14,60	1220	14,70	1190	14,34	-0,74%	1,82%	
14 Teano	75.008	1.180	15,73	1183	15,77	1305	15,54	-0,25%	1,26%	
15 Piedimonte M.	71.442	948	13,24	1042	14,59	1003	15,47	-9,21%	-14,38%	
16 Marcanise	83.231	1.188	14,25	1161	13,95	1132	13,63	2,15%	4,51%	
17 Aversa	50.668	751	14,82	738	14,57	689	13,27	1,76%	11,74%	
18 Gricignano	101.580	1.181	11,63	1237	12,18	1207	12,20	-4,53%	-4,70%	
19 Lusciano	75.319	938	12,43	972	12,91	915	12,50	-3,70%	-0,61%	
20 Casal di Principe	54.418	698	12,83	772	14,19	682	12,83	-9,59%	-0,06%	
21 S. Maria C.V.	75.532	888	11,76	853	11,29	837	12,79	4,10%	-8,09%	
22 Capua	56.541	1.024	18,11	982	17,37	1020	14,27	4,28%	26,95%	
23 Castel Volturno	67.597	823	12,18	853	12,62	881	14,24	-3,52%	-14,52%	
Totale ASL Caserta		908.578	12.584	13,85	12.738	14,02	12.664	13,98	-1,21%	-0,92%

### 3. OFFERTA AZIENDALE (TERRITORIO – OSPEDALE)

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 14/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale</b> <b>Governo delle Liste di Attesa</b> <b>DCA 23/01/20</b></p>		

Oltre tale sistema i distretti sanitari si sono dotati della Porta Unica delle Cronicità, che rappresenta un ampliamento della Porta Unica di Accesso (PUA) già attiva presso ogni distretto che, allo stato attuale, accoglie, un percorso assistenziale sanitario integrato, i pazienti con comorbidità a partire da due patologie croniche:

## OFFERING AZIENDALE/ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

PRESIDI OSPEDALIERI E DISTRETTI SANITARI											
A4000 PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giuseppe Moscati" DI AVERSA			A5000 PRESIDIO OSPEDALIERO "San Rocco" DI SESSA AURUNCA			A6000 PRESIDIO OSPEDALIERO "San Giuseppe e Melorio" DI SANTA MARIA C.V.			B4000 PRESIDIO OSPEDALIERO DI MADDALONI		
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO	
182	523		76	200		54	159		62	187	
Totale Dipendenti		705	Totale Dipendenti		276	Totale Dipendenti		213	Totale Dipendenti		249
B5000 PRESIDIO OSPEDALIERO "Anastasia Guerriero" DI MARCIANISE			B6000 PRESIDIO OSPEDALIERO DI PIEDIMONTE MATESE			B7000 PRESIDIO OSPEDALIERO DI S. FELICE A CANCELLO					
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO	
90	220		87	316		22	87				
Totale Dipendenti		310	Totale Dipendenti		403	Totale Dipendenti		109			
D1200 DISTRETTO SANITARIO 12 CASERTA			D1300 DISTRETTO SANITARIO 13 MADDALONI			D1400 DISTRETTO SANITARIO 14 TEANO			D1500 DISTRETTO SANITARIO 15 PIEDIMONTE MATESE		
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO	
31	95		12	92		24	146		19	91	
Totale Dipendenti		126	Totale Dipendenti		104	Totale Dipendenti		170	Totale Dipendenti		110
D1600 DISTRETTO SANITARIO 16 MARCIANISE			D1700 DISTRETTO SANITARIO 17 AVERSA								
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO							
15	75		17	64							
Totale Dipendenti		90	Totale Dipendenti		81						
D1800 DISTRETTO SANITARIO 18 SUCCIVO			D1900 DISTRETTO SANITARIO 19 LUSCIANO			D2000 DISTRETTO SANITARIO 20 CASAL DI PRINCIPE			D2100 DISTRETTO SANITARIO 21 SANTA MARIA CAPUA VETERE		
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO	
13	45		13	37		15	31		10	50	
Totale Dipendenti		58	Totale Dipendenti		50	Totale Dipendenti		46	Totale Dipendenti		60
D2200 DISTRETTO SANITARIO 22 CAPUA			D2300 DISTRETTO SANITARIO 23 MONDRAGONE								
DIRIGENTI	COMPARTO		DIRIGENTI	COMPARTO							
26	55		22	31							
Totale Dipendenti		81	Totale Dipendenti		53						

## 4. INDIVIDUAZIONE DELLA STRUTTURA E DEL RESPONSABILE DEL PROGRAMMA

In conformità a quanto previsto dalla DGRC 170/2007 e confermato dalla DGRC 271/2012 la ASL Caserta ha provveduto:

- 1) A nominare, con nota n. 267823/ASL del 09/12/2019, il nuovo Referente Aziendale Unico per le liste di attesa, e costituisce l'interfaccia unica dell'ASL Caserta verso la Regione partecipando ai tavoli regionali.



	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 15/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

## 5. LINEE GENERALI DI INTERVENTO

### 5.1 QUESITO DIAGNOSTICO E CLASSI DI PRIORITÀ

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

### 5.2 CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

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

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

**B** (Breve), da eseguire entro 10 giorni;

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

**P** (Programmata), da eseguire entro un arco temporale massimo di 120 giorni

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

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

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

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

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



	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 16/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Le linee guida che, utilizzando criteri clinici, consentiranno al medico prescrittore l'individuazione delle classi di priorità sono riportate, per completezza, nell' RAO.

Il medico prescrittore è tenuto a fornire al cittadino tutte le informazioni utili riguardo l'inclusione nelle classi di priorità, ai fini della espressione del consenso informato e consapevole.

Nell'ambito della verifica del rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/ terapeutiche/ riabilitative, ovvero quelle che costituiscono il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening .

**La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura o di una data specifica, comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa previsto dalla Classe di priorità.**

### 5.3 CLASSI DI PRIORITÀ DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

In conformità a quanto definito nel citato Accordo Stato Regioni le classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero sono le seguenti:

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

Risulta opportuno, nel caso di ricoveri di tipo medico, tener conto delle peculiarità squisitamente mediche in grado di influenzare la prognosi e considerare le concomitanze di fragilità e/o di altre patologie potenzialmente condizionanti il decorso di quella principale. Tutto ciò alla luce dei sette elementi previsti dal documento della Conferenza Stato Regioni del 2002, e di quanto affermato dall'OMS che sostiene non possano essere discriminanti, nell'assegnazione di priorità, il sesso, lo stato sociale o l'età, a meno che tali condizioni non comportino la presenza di patologie associate in grado di peggiorare la prognosi, ed in tal caso vanno valutate come tali per l'inserimento in lista. I criteri seguiti sono:

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 17/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

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

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

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

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

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

## 5.4 PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

### 5.4.1 OBBLIGO DI INDICAZIONE DELLA CLASSE DI PRIORITÀ E MONITORAGGIO

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 18/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta; Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione. Il campo è di tipo alfanumerico; Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, oppure, nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up). Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

**1** = primo accesso;

**0** = altra tipologia di accesso;

Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

**U**= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

**B**= entro 10 gg

**D**= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

**P**= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti. Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Come meglio specificato di seguito fanno parte della strategia di promozione della appropriatezza della domanda:

- la presenza del quesito diagnostico;
- l'indicazione obbligatoria nella ricetta del primo accesso (prima visita; prima prestazione diagnostica/terapeutica);
- la successiva verifica della correttezza formale della compilazione della ricetta;
- l'indicazione obbligatoria dei requisiti per la prescrizione a carico del SSN per le prestazioni parzialmente incluse nei LEA;
- l'individuazione sui flussi informativi di riferimento di campi aggiuntivi di controllo.

Naturale corollario della metodologia di promozione della appropriatezza della domanda, perché la stessa non rimanga sulla carta ma corrisponda ad una tecnica realmente operativa, è la verifica dell'appropriatezza, come successivamente meglio specificato.

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 19/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale</b> <b>Governo delle Liste di Attesa</b> <b>DCA 23/01/20</b>		

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 5.4.3 DIFFERENZIAZIONE TRA PRIME VISITE E CONTROLLI E MONITORAGGIO

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

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

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

## Indicazioni

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”. 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. Per quanto attiene alle prestazioni esenti per malattie croniche, la Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 ha precisato che “Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01”, ovvero il codice utilizzato per le visite brevio di controllo. Nella stessa Circolare si precisa che l’assistito “ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente”. Ciò va interpretato nel senso che tutte le visite attinenti, direttamente od indirettamente, alla malattia per la quale vi è l’esenzione, sono da considerarsi come “controllo” ma si considera primo accesso la visita o l’esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico ed anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l’insorgenza o l’evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale. Diverso è, invece, il caso in cui le visite non sono pertinenti alla patologia prevista per l’esenzione, poiché la Circolare precisa “Qualora l’assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti.”

**Quindi sono definiti primi accessi:** le prestazioni di primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e le visite e gli esami strumentali necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico in un paziente cronico.

**Sono, invece, accessi successivi:** le prestazioni di controllo richieste come tali, incluse quelle necessarie al monitoraggio di una malattia cronica e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti.

Inoltre il PNGLA e il PRGLA hanno previsto che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura.

Infine appare opportuno ricordare che le prestazioni di controllo post-ricovero eseguite nell’ambulatorio divisionale entro 30 giorni dalla dimissione da reparti per acuti sono gratuite, poiché la remunerazione delle stesse rientra nella tariffa del DRG attribuito.

### 5.4.4 UTILIZZO DEI RAO

I Medici prescrittori (MMG, PLS, Specialisti convenzionati e dipendenti) adotteranno le indicazioni riportate nelle “Tabelle RAO” per l’individuazione delle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali. Le Tabelle citate saranno presentate al Comitato Aziendale per la Medicina Generale,

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 21/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

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

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

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

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

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

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

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 22/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari. Per le ragioni sovraesposte il PNGLA individua come aree prioritarie di sviluppo sia l'area oncologica sia l'area cardiovascolare. A tal fine presso La ASL Caserta provvede ad elaborare i Percorsi Diagnostico-Terapeutici (PDT) nelle suddette patologie.

## 5.6 SISTEMA CUP

Il sistema CUP nella ASL Caserta è una realtà operante da molti anni e consente la prenotazione di tutte le prestazioni ambulatoriali.

Il sistema già consente il pieno rispetto delle prescrizioni di cui alle Linee Guida nazionali di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, per quanto riguarda la trasparenza e la completezza dell'informazione, ed è stato integrato gestendo agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e gestendo anche l'attività libero-professionale.

La ASL Caserta ha adottato un sistema di prenotazione telefonica, ha consentito la prenotazione delle prestazioni sanitarie gratuitamente, oltre che presso gli sportelli presenti in tutti i presidi, anche presso tutte le farmacie aperte al pubblico e anche ad opera dell'utente stesso direttamente tramite il portale web e tramite una APP disponibile per sistemi Android e IOS.

È inoltre disponibile la modalità di prenotazione presso gli ambulatori dei Medici di medicina generale. Tutte le prestazioni che sono prenotate e/o accettate dal CUP della ASL Caserta sono monitorate attraverso la reportistica del Datawarehouse aziendale che consente elevati livelli di informazioni utili per la governance alla Direzione Strategica e trasmesse come flusso alla Piattaforma Regionale Liste di Attesa. Gli indicatori utilizzati sono tratti dalle Linee Guida Nazionali del 27 ottobre 2009 e dal Piano Nazionale Gestione Liste di Attesa 2019-2021 e sono qui omessi per brevità.

## 5.7 PROMOZIONE DELLA COMUNICAZIONE

Per quanto riguarda strettamente il capitolo dell'informazione all'utenza la ASL Caserta dispone di un sito web strutturato come un portale con una apposita sezione di informazioni al cittadino e di servizi. Attualmente sono disponibili i servizi relativi a:

- Ricerca Disponibilità delle prestazioni;
- Prenotazione APP smartphone;
- Pagamento Ticket;
- Disdetta prenotazione;
- Tempi di Attesa di tutte le prestazioni;
- Area Riservata Assistito ove è possibile consultare la scheda anagrafica.

Ulteriori servizi sono stati implementati:



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

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

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

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

## 5.8 RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

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

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

## 5.9 REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 24/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Il Responsabile della Struttura, rilevando la interruzione delle attività di erogazione di qualsiasi prestazione sanitaria provvederà a notificarla immediatamente al CUP che registrerà entro 24 ore la sospensione nel “registro aziendale delle sospensioni” sotto la diretta responsabilità del direttore sanitario dell’azienda. Il Registro è custodito presso la Direzione CUP che è delegata al suo aggiornamento, al monitoraggio e alla trasmissione semestrale dei dati relativi.

I campi del Registro sono quelli previsti dal PNGLA 2019-2021.

Per ogni evento di sospensione viene specificato:

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

Il registro è accessibile ai rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori e agli uffici regionali dell’assessorato alla sanità che si occupano di monitoraggio delle liste di attesa.

La Direzione Sanitaria dell’Azienda entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell’erogazione della prestazione, comunica per iscritto all’Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni.

Con cadenza semestrale, il referente aziendale, autorizzato dal direttore sanitario, ha l’obbligo di inoltrare alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni. Sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell’erogazione, vengono rilevate solo le sospensioni che riguardano la sospensione dell’erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare 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 aziende e non costituiscono impedimento all’erogazione della prestazione all’assistito nella data prefissata.

Infine, per quanto concerne la sospensione dell’attività di prenotazione si evidenzia che 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.

A tal proposito si evidenzia che, in accordo alle Linee guida nazionali CUP, la modalità di gestione delle sospensioni temporanee di erogazione prevede l’utilizzo del sistema CUP regionale – non appena disponibile - per indirizzare le richieste ad altra Azienda nell’ambito cittadino.

Ovviamente la Direzione Sanitaria provvederà a contattare l’Azienda che riceverà le richieste per avvertire del possibile incremento della domanda.

Le modalità di rilevazione e di trasmissione dei flussi informativi relativi alle sospensioni sono riportate nell’allegato.

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 25/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale  Governo delle Liste di Attesa  DCA 23/01/20</b>		

## 5.10 PRESTAZIONI GARANTITE

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

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

69 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche;

17 prestazioni di ricovero.

### 6.10.1 FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 26/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

7	Prima Visita ginecologica	89.26.1	89.26	89260.001	VISITA GINECOLOGICA
				89260.004	VISITA PRECONCEZIONALE
				89260.005	VISITA URO-GINECOLOGICA
				89260.002	VISITA OSTETRICA
				89260.003	VISITA OSTETRICA PER GRAVIDANZA A RISCHIO
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8	89.7	89700.061	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA
				89700.013	VISITA AUDIOLOGICA
				89700.043	VISITA FONIATRICA
9	Prima Visita urologica	89.7C.2	89.7	89700.091	VISITA UROLOGICA
				89700.009	VISITA ANDROLOGICA
10	Prima Visita dermatologica	89.7A.7	89.7	89700.022	VISITA DERMATOLOGICA
				89700.025	VISITA DERMATOLOGICA PSORIASI
				89700.026	VISITA DERMOCIRURGICA
				89700.024	VISITA DERMATOLOGICA PER IMMUNOPATOLOGIA
11	Prima Visita fisiatrica	89.7B.2	89.7	89700.041	VISITA FISIATRICA
				89700.074	VISITA PER VALUTAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA
				89700.073	VISITA PER PROGRAMMA PROTESICO
				89700.042	VISITA FISIATRICA AUTORIZZATIVA
				89700.078	VISITA RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE
				89700.072	VISITA PER PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7A.9	89.7	89700.044	VISITA GASTROENTEROLOGICA
				89700.088	VISITA TRAPIANTOLOGICA (EPATOLOGIA)
				89700.032	VISITA DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE
				89700.040	VISITA EPATOLOGICA
13	Prima Visita oncologica	89.7B.6	89.7	89700.058	VISITA ONCOLOGICA
				89700.023	VISITA DERMATOLOGICA ONCOLOGICA
				89700.034	VISITA DI ONCOLOGIA ORTOPEDICA
14	Prima Visita pneumologica	89.7B.9	89.7	89700.075	VISITA PNEUMOLOGICA
<b>Diagnostica per Immagini</b>					
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87371.001	RX MAMMOGRAFIA BILATERALE
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87372.001	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX
				87372.002	RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SX

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 27/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

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

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

29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.C	88.38.1	88381.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACROCCIGE
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.D	88.38.2	88382.001	TC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.E	88.38.2	88382.002	TC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.F	88.38.2	88382.003	TC RACHIDE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88385.001	TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91. 1	88911.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE
				88911.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO
				88911.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88912.001	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA E CON MDC
				88912.002	RM ENCEFALO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO SENZA E CON MDC
				88912.003	RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88954.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88955.001	RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC
38	RM della colonna in toto	88.93.6	88.93	88930.001	RM RACHIDE CERVICALE
				88930.002	RM RACHIDE DORSALE
				88930.003	RM RACHIDE LOMBOSACRALE
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.B	88.93.1	88931.001	RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC
				88931.002	RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC
				88931.003	RM RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88714.001	ECOGRAFIA COLLO
				88714.002	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI

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

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



	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 30/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

				88772.031	ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI INF
<b>ALTRI ESAMI SPECIALISTICI</b>					
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45230.001	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DX O PANCOLONSCOPIA
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45420.001	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45240.001	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45130.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16.1, 45.16.2	45.16	45160.001	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89520.001	ELETTROCARDIOGRAMMA
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89500.001	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER)
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89410.001	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44, 89.41	89.44	89440.001	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
				89440.002	SATE STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95411.001	ESAME AUDIOMETRICO TONALE
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89371.001	SPIROMETRIA SEMPLICE
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89372.001	SPIROMETRIA GLOBALE
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95110.001	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO DX
				95110.002	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO SX
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.A	93.08.1	93081.003	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP DX
				93081.004	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO SUP SX
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.B	93.08.1	93081.001	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF DX
				93081.002	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] ARTO INF SX

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 31/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.C	93.08.1	93081.005	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.D	93.08.1	93081.006	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.E	93.08.1	93081.007	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.F	93.08.1	93081.008	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE DX. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)
				93081.009	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE SX. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)

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

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

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

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA	Pag. 32/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b>	

Accertamenti diagnostici	D	60 gg	
Tutte le prestazioni	P	120 gg	

Tali tempi, oggetto di monitoraggio, devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici aziendali. La ASL Caserta garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra tutte le strutture che, nell'ambito territoriale aziendale, la erogano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori. La ASL Caserta, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale.

#### 6.10.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO E TEMPI MASSIMI

Le prestazioni in regime di ricovero per cui vengono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa sono:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da68.3xa68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	Bypass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica(PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 33/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale</b> <b>Governo delle Liste di Attesa</b> <b>DCA 23/01/20</b>		

11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 –88.56 –88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato(l)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale(l)	53.0x-53.1x	

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

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 34/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

### 6.10.3 PERCORSI DI GARANZIA PER IL CITTADINO

Premesso che Il Programma Attuativo è pubblicato sul portale dell'Azienda sanitaria e costantemente aggiornato, nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione Campania, l'Azienda Sanitaria, attraverso il monitoraggio effettuato dal Referente Unico liste di Attesa e ALPI unitamente all'organismo paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rende disponibili i seguenti percorsi di tutela:

### 6.10.4 AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA

La ASL Caserta garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra tutte le strutture che nell'ambito territoriale aziendale la effettuano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia degli standard di qualità. La ASL Caserta, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricerca la prima disponibilità nell'ambito del CUP Aziendale. Per garantire la massima trasparenza, sul portale web sono riportate sia le strutture aziendali eroganti sia le indicazioni per la attribuzione delle classi di priorità sia i tempi di attesa registrati nel mese precedente tanto per le prestazioni erogate in ambito istituzionale quanto per le prestazioni erogate in Libera Professione. È anche possibile conoscere per ciascuna prestazione ambulatoriale la prima disponibilità nell'ambito territoriale. Inoltre la ASL Caserta partecipa al monitoraggio regionale dei tempi di attesa assicurando i flussi previsti dalla Piattaforma regionale gestione liste di attesa e dall'Agenas per le prestazioni libero-professionali. È in corso di valutazione la modalità più appropriata di conferma o modifica degli attuali ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa; gli ambiti di garanzia saranno individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza anche in base all'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

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

#### 6.10.5 AUMENTO TEMPORALE DELL'OFFERTA

Si prevede la possibilità di assicurare, in via ordinaria, le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana oltre l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Di seguito vengono elencate le misure già previste nell'ASL Caserta in caso di superamento dei tempi massimi di attesa congiuntamente a:

**Interventi di overbooking;**

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

**Interventi di pulizia delle liste di attesa.**

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

#### 6.10.6 INTEGRAZIONE DELL'OFFERTA CON L'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

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

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

l'accesso al Servizio CUP;

la prenotazione delle prestazioni;

la gestione dell'agenda delle prenotazioni;

la registrazione delle prescrizioni;

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

**L'ASL Caserta:**

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 36/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

Ha già disposto che l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia avvenga esclusivamente tramite apposita lista di prenotazione attraverso le procedure del Centro Unico di Prenotazione (CUP); Provvede 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 prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro; Verifica che, esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possano 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; Favorisce 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; Compila, annualmente, l'apposita scheda-rilevazione, all'uopo predisposta, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione e invia tale scheda ai preposti uffici regionali. Il monitoraggio dell'ALPI viene effettuato, oltre con l'apposita scheda annuale, anche con la rilevazione mensile degli indicatori riguardanti i volumi di attività, i tempi di attesa e il rapporto prestazioni/ora. Ogni ulteriore specificazione in merito all'attività Libero professionale è riportata nel Regolamento in vigore nella ASL Caserta. Deliberazione n° 983 del 30/07/2020. Per aumentare l'offerta erogativa si prevede la possibilità di acquistare e far erogare prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordando volumi e modalità con i professionisti. Il costo sarà sostenuto dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione alla spesa. La ASL Caserta, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, prevede di concordare con le equipe, ai sensi dell'art.55 comma 1 lett. D del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo i programmi aziendali, l'incremento delle attività per le prestazioni idonee e al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è da considerarsi un'integrazione dell'attività istituzionale e sarà effettuata per le prestazioni che risultino critiche ai fini del rispetto dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.



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

#### 6.10.7 INTEGRAZIONE DELL'OFFERTA CON ALTRI EROGATORI

Sulla base delle indicazioni contenute nelle linee di indirizzo regionali alla base del presente provvedimento, e fermo restando la necessità di accordi contrattuali con gli erogatori privati da parte dell'organo regionale, si stabilisce che qualora le azioni previste dalla ASL Caserta dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione de I CUP regionale con l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, si stabilisce come percorso di garanzia che le strutture accreditate inseriscano le proprie agende di prenotazione nel CUP della ASL Caserta con la creazione di un'offerta integrata pubblico / privato accreditato, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici. A tale scopo si prevede la possibilità che per quanto indicato ai punti precedenti si faccia ricorso all'utilizzo del 5% di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa.

#### 7. CONTINUITÀ TERAPEUTICA-CRONICITÀ

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

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

#### 8. IMPLEMENTAZIONE ATTIVITA' CUP

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 38/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

proprio territorio nonché la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle Agende di prenotazione, sia pubbliche che private accreditate, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi, includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia quella in regime ALPI;

Nella ASL Caserta è già in funzione la modalità di prenotazione a mezzo di un sistema di CUP on line aggiornato in tempo reale e se ne prevede l'implementazione in modo da permettere all'assistito la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio sarà adeguato alle linee di indirizzo di cui al DCA23/20 in modo da consentire all'utente di:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, oppure attraverso i CUP online;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata;

Gli interventi di pulizia delle liste d'attesa, già sistematici per le liste dei ricoveri, diventeranno interventi sistematici anche per le liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali in quanto volti ad abbattere i casi di mancato annullamento della prenotazione.

Inoltre al fine di ridurre la percentuale di mancata presentazione alla visita senza disdetta è operativo un servizio di Recall. Le misure adottate vengono pubblicate sul sito web dell'Azienda.

## 9. ULTERIORI ADEMPIMENTI A CARICO DELL'AZIENDA

La ASL Caserta prevede il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili sarà implementato con la definizione dell'elenco dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e

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

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

## 10. PROCEDURE DI RICOVERO

### 10.1 AGENDE DEI RICOVERI

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

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

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

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

	<p>S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA</p>		<p>Pag. 40/43</p>
	<p><b>Piano Attuativo Aziendale Governo delle Liste di Attesa DCA 23/01/20</b></p>		

livello di assistenza ospedaliera. La richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS assume quindi 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. In tal caso lo specialista ospedaliero utilizza l'apposita modulistica, predisposta dalla direzione della ASL e assume la responsabilità delle scelte in merito ad esempio al regime assistenziale o alla classe di priorità. Nella definizione della modulistica sono previsti, 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 la chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità. Lo specialista ospedaliero assume l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente. Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero 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. Deve essere anche rilevato 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. Ove la proposta della prestazione sia affidata alle valutazioni di uno specialista ospedaliero, diverso dal medico preposto all'accettazione ed all'inserimento nell'agenda, dovrà essere fornita al paziente una apposita scheda (interna alla struttura) debitamente firmata, che garantisca l'inserimento nel registro di ricovero ordinario. Il paziente con tale scheda accede all'accettazione per l'iscrizione nel registro e per ottenere la prima data utile in considerazione di:

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

Il paziente, al momento dell'erogazione della prestazione, dovrà esibire la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG. Le Strutture Ospedaliere dovranno interagire tra loro per il rispetto dei tempi massimi di attesa e, nel caso non riescono a coprire i tempi massimi di attesa previsti nel presente piano, sarà compito della Direzione Sanitaria aziendale interagire con le Aziende

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

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

## 10.2 PERCORSO DI PREOSPEDALIZZAZIONE

### Definizione

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

### Obiettivo

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

I vantaggi da perseguire sono:

**per il cittadino:**

	S.S.N REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE CASERTA		Pag. 42/43
	<b>Piano Attuativo Aziendale  Governo delle Liste di Attesa  DCA 23/01/20</b>		

- a) azzeramento delle giornate di degenza in attesa dell'operazione;
- b) riduzione dello stress emotivo dovuto alla degenza;
- c) riduzione dell'incidenza di complicanze infettive dovute alla permanenza in ospedale;
- d) ottimizzazione dei tempi per l'esecuzione degli esami necessari per l'intervento;
- e) esecuzione di terapia pre - operatoria che possa ridurre i tempi di degenza;

**per la azienda:**

- a) riduzione dei tempi medi di ricovero;
- b) ottimizzazione delle liste di attesa;
- c) programmazione delle attività chirurgiche in relazione alla effettiva disponibilità delle sale operatorie.

**Criteri clinici di selezione dei pazienti**

Possono accedere alla PreOspedalizzazione i pazienti con buone condizioni generali (classe ASA 1) e i pazienti con patologie minori, nonché quelli con affezioni mediche controllate dalla terapia (classe ASA 2). La valutazione viene effettuata durante la visita medica sulla base dei criteri standardizzati riportati di seguito per completezza.

**classe ASA 1:**

Paziente normale, in buona salute, nessun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico. La malattia per la quale viene effettuato l'intervento è localizzata e non può ingenerare disturbi sistemici.

**classe ASA 2:**

Paziente con malattia sistemica da lieve a moderata, causata sia dalla condizione morbosa per la quale viene effettuato l'intervento che da altre patologie. Ipertensione arteriosa ben controllata, storia di asma, anemia, uso di sigarette, diabete ben controllato, obesità lieve, età < 1 anno >70 anni, gravidanza. Le specialità per le quali è possibile la Pre Ospedalizzazione, come pure il ventaglio di

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

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

## 11. GRANDI APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE

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

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

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

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

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