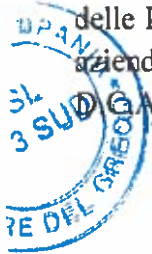






**AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD**  
**Via Marconi, 66**  
**80059 Torre del Greco**

**OGGETTO:** Presa d'atto del Decreto del Commissario ad Acta n. 23 del 24.01.2020 – 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). Presa d'atto ed adozione del Piano Attuativo aziendale per la riduzione dei Tempi di attesa ai sensi delle Linee di indirizzo regionali di cui al D.C.A. n. 52/2019 modificato ed integrato dal D.C.A. n. 23 del 24.01.2020



**Il Direttore Sanitario aziendale**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dallo stesso Direttore Sanitario Aziendale a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Titolare del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196 e ss. mm. ii, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizioni del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE;

Dichiarata, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n.190;

**Premesso che** le liste d'attesa sono oggetto di una crescente attenzione e di numerosi provvedimenti e richiami per la riduzione delle stesse da parte delle istituzioni politiche, stante l'obiettivo principale del S.S.N. che è quello di garantire a tutti i cittadini la tutela della salute, l'equità nell'accesso alle prestazioni e la fruizione di livelli essenziali ed uniformi di attesa.

**Tenuto conto che** tempi d'attesa eccessivamente lunghi rappresentano condizioni fortemente critiche per le potenziali ripercussioni negative in termini di qualità del servizio e di soddisfazione percepita dal paziente e che pertanto la gestione delle Liste d'attesa rappresenta un fenomeno che richiede di essere gestito e regolato in modo da rendere operativi i valori etico-sociali fondanti il S.S.N. in una prospettiva di appropriatezza clinica ed organizzativa.

**Tenuto conto, altresì che,** le liste e i tempi d'attesa hanno acquisito un peso sempre crescente nell'ambito dei servizi sanitari, fino a diventare componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale.

#### **Considerato che:**

- il Piano Nazionale di Governo Liste di Attesa si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri;
- in sede di Conferenza Stato - Regioni (Rep. 28/C.S.R.) del 21 febbraio 2019 è stata sancita 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 n. 266 del 23 Dicembre 2005;
- la Regione Campania, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e *ss. mm. ii.*, con Decreto del Commissario ad Acta n. 52 del 04.07.2019, pubblicato sul B.U.R.C. n. 41 del 22.07.2019, ha recepito l'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (Rep. N. 28/CSR) del 21 Febbraio 2019;
- le Aziende Sanitarie, entro 60 (sessanta) giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa, devono redigere un nuovo Programma Attuativo aziendale o aggiornare quello in uso in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo, successivamente alla trasmissione del Piano attuativo in interesse al competente Organo della Regione Campania, che provvederà al monitoraggio delle azioni attuate;
- il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i;

#### **VISTO:**

- la Delibera del Commissario Straordinario n. 542 del 31 ottobre 2009 ad oggetto "Nomina Referente Tempi di Attesa progetto utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2006" Tempi di attesa DGRC n° 858 del 8 maggio 2009- Approvazione Piano Attuativo per il contenimento dei tempi di attesa (PACTA) ASL Napoli 3 Sud;
- la Delibera del Direttore Generale n. 859 del 17 novembre 2014 ad oggetto "Delibera n° 782 del 28 ottobre 2014 ad oggetto: Commissione Liste di Attesa Nomina Responsabile del Progetto per il contenimento dei tempi di attesa Asl Napoli 3 Sud e Composizione Commissione Liste di Attesa Ricostituzione e Nomina Responsabile dr.ssa Annunziata Tavella";
- la Delibera del Direttore Generale n. 86 del 8 settembre 2016 ad oggetto "Presenza d'atto ed approvazione nuovo regolamento attività libero professionale intramoenia (ALPI). Revoca della deliberazione del Commissario Straordinario n° 419 del 14 luglio 2015";

- la nota n° 103914 del 11 settembre 2017 a firma della Direzione Strategica ad oggetto “DCA n° 34 dell’8 agosto 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). Adempimenti consequenziali nomina referente unico aziendale per le liste di attesa e trasmissione cronoprogramma”
- la Delibera del Direttore Generale n. 669 del 25/09/2017 ad oggetto “Presenza d’atto D.C.A. n°34 del 8 agosto 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) - Adempimenti consequenziali nomina Referente unico aziendale per le Liste di attesa” ha provveduto alla presa d’atto del DCA 34/17 e all’adozione del correlato piano attuativo.
- la Delibera del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019 ad oggetto “Presenza d’atto Decreto del Commissario ad Acta. n°52 del 04.07.2019 \_ Presenza d’atto ed adozione del Piano Attuativo Aziendale per la riduzione dei tempi di attesa ai sensi delle linee d’indirizzo regionali di cui al D.C.A. n. 52/2019 .
- il D.C.A. n. 23 del 24.01.2020 che decreta :
  - 1) di approvare a parziale integrazione e modifica del DCA n. 52 del 04.07.2019, il documento recante “ Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa” art. 2
  - 2) di confermare il DCA n. 52 del 04.07.2019 per le restanti parti



**È ritenuto** opportuno integrare il Piano Attuativo aziendale, adottato con Delibera del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019, con le prescrizioni indicate dal Decreto del Commissario ad Acta n. 23 del 24.01.2020 ed esplicitando *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.*

**Dato atto** che quanto adottato con il presente provvedimento è conforme al nuovo Atto Aziendale dell’A.S.L. Napoli 3 sud, approvato dal competente Organo regionale con il D.C.A. n. 39 del 25.09.2017, pubblicato sul B.U.R.C. n. 72 del 02.10.2017.

**Dato atto** che l’istruttoria di cui al presente provvedimento è stata curata dal Referente aziendale unico per le Liste di attesa dell’attività istituzionale e dell’attività libero professionale, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 669 del 26.07.2017.

### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di:**

- prendere atto del Decreto del Commissario ad Acta n. 23 del 24.01.2020 che modifica ed integra il DCA n. 52 del 04.07.2019, che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- modificare ed integrare la Deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019 nella parte inerente le Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa – Percorsi di garanzia del Piano Attuativo Aziendale;
- prendere atto ed adottare, pertanto, il Piano Attuativo aziendale per la riduzione dei Tempi di attesa, modificato ed integrato ai sensi del D.C.A. n. 23/2020, allegato al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale;

- confermare per le restanti parti la Deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019;

Il Referente Unico Liste di Attesa  
Dr.ssa. Annunziata Tavella

Il Direttore Sanitario  
dr. Gaetano D'Onofrio

## IL DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n° 372 del 06/08/2019 e del D.P.G.R.C. n° 104 del giorno 08/08/2019

Preso atto della dichiarazione resa dal Direttore Sanitario proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;  
Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo  
Dr. Giuseppe Esposito

## DELIBERA di:

- prendere atto del Decreto del Commissario ad Acta n. 23 del 24.01.2020 che modifica ed integra il DCA n. 52 del 04.07.2019, che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- modificare ed integrare la Deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019 nella parte inerente le Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa – Percorsi di garanzia;
- prendere atto ed adottare, pertanto, il Piano Attuativo aziendale per la riduzione dei Tempi di attesa, modificato ed integrato ai sensi del D.C.A. n. 23/2020, allegato al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale;
- confermare per le restanti parti la Deliberazione del Direttore Generale n. 948 del 27/11/2019;

Il Direttore Sanitario aziendale ed il Referente aziendale unico per le Liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale saranno responsabili in via esclusiva dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D.L.gs 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.

IL DIRETTORE GENERALE

Ing. Gennaro Sosto



**PIANO ATTUATIVO AZIENDALE  
PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA AI SENSI DELLE LINEE DI IN-  
DIRIZZO REGIONALI DI CUI AL DCA 52/19 e AL DCA 23/2020**

**SOMMARIO**

**1) - ANALISI DEL CONTESTO ASL NAPOLI 3 SUD**

**2) - INTRODUZIONE**

**3) - LINEE DI INTERVENTO CHE LA AZIENDA GARANTISCE PER IL  
GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

**4) - ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OG-  
GETTO DI MONITORAGGIO**

**5) - ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA**

**7) - MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI**

**8) - RISORSE AZIENDALI DA IMPEGNARE PER LA REALIZZAZIONE DEL  
PRESENTE PIANO ATTUATIVO**

## ANALISI DEL CONTESTO ASL NAPOLI 3 SUD

### Atto Aziendale

#### 1.1 Dati Socio demografici ed epidemiologici

L'Asl Napoli 3 Sud si estende su un territorio di circa 620 Km<sup>2</sup> suddiviso in 57 Comuni. La struttura geografica del territorio non è omogenea, presentando aree diverse per composizione ed organizzazione territoriale che vanno a configurarsi come fattori ambientali diversificati quali agenti determinanti dello stato di salute. Questa azienda può essere genericamente divisa in due aree Nord e Sud, al cui centro è posto il vulcano Vesuvio.

La popolazione aggiornata ai dati ISTAT del 1 gennaio 2015 è pari a 1.073.493 distribuita in 57 comuni, la densità di popolazione è pari a 1731,4 ab/km, con picchi elevatissimi in coincidenza dei comuni della cintura suburbana di Napoli.

#### Materiali e metodi

Al fine di fornire un quadro utile alla definizione all'offerta socio-sanitaria che risponda ad una domanda fortemente condizionata dalla distribuzione della popolazione per fasce di età, la popolazione è stata suddivisa in anziana, molto anziana, attiva, infanzia e primissima infanzia.

Le tabelle di distribuzione della popolazione sono state elaborate partendo dall'unità minima di riferimento: il comune, aggregati per distretti sanitari fino a giungere all'aggregazione per azienda.

I dati elaborati riportano in dettaglio gli indici e i dati rappresentativi della struttura della popolazione in funzione della domanda socio-assistenziale correlata alle diverse fasce di età:

- L'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra popolazione con età uguale o superiore a 65 anni e popolazione con età inferiore a 15 anni;
- L'indice di dipendenza anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- L'indice di dipendenza strutturale, ovvero il rapporto tra la somma della popolazione con età inferiore a 15 anni e la popolazione di età 65 anni e più, e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100;
- La fascia tra 0 e 4 anni, che rispecchia la domanda per la primissima infanzia;
- La fascia tra 0 e 14 anni, che rispecchia la domanda per bambini e ragazzi;
- La fascia tra 15 e 64 anni, che rispecchia la popolazione potenzialmente attiva;
- La fascia di età tra i 65 e i 75 anni, che rappresenta il bacino principale di soggetti con vecchiaia attiva e in buona salute;
- La fascia di età superiore ai 75 anni, che rappresenta la popolazione anziana, che necessita di servizi di assistenza.

Le tabelle di seguito riportate riassumono tutti gli indicatori ed i parametri calcolati per distretto sulla base dei dati dei dati forniti dall'ISTAT <http://www.tuttitalia.it/statistiche/>

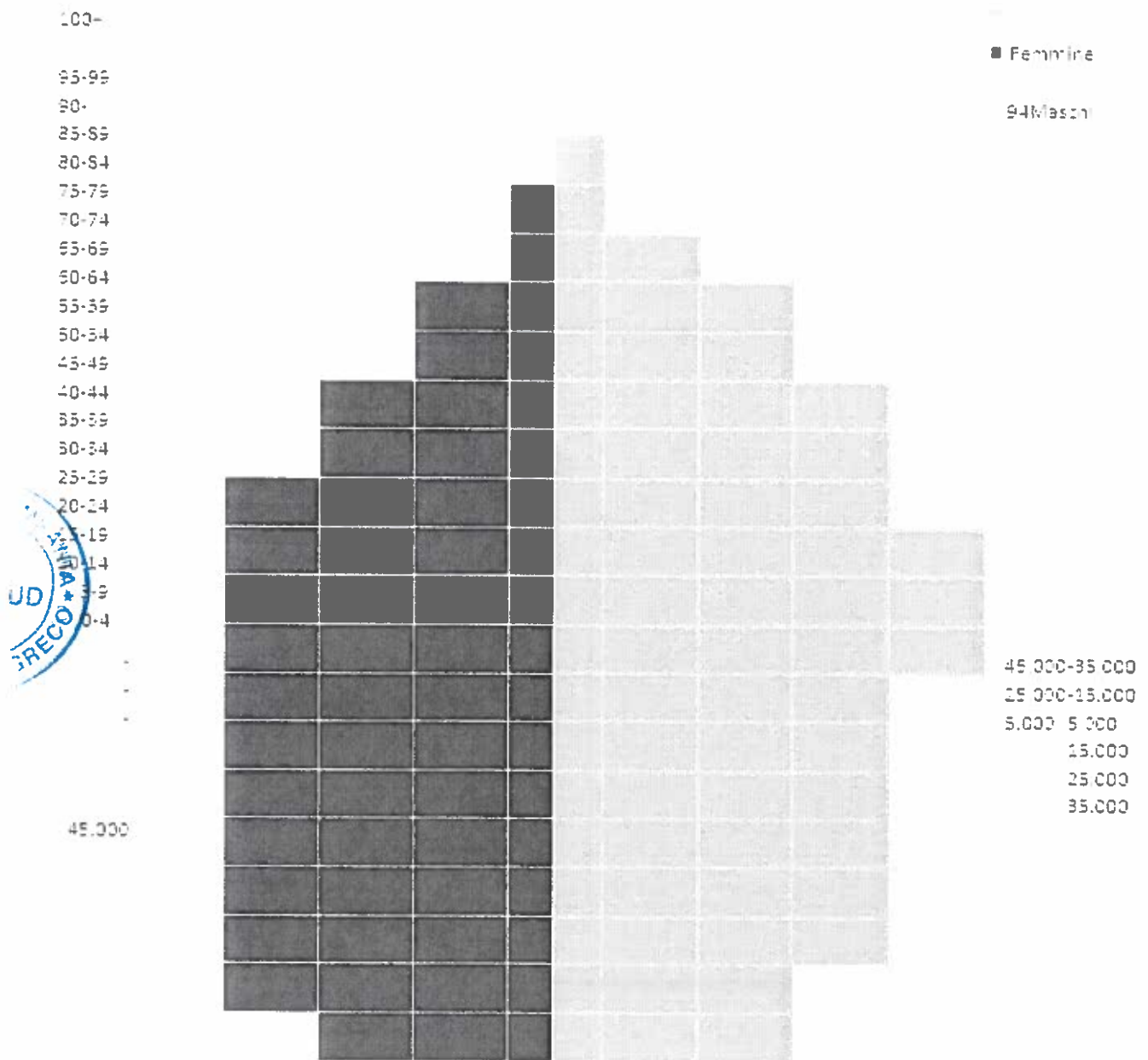
### 1.3 La piramide dell'età

La piramide dell'età è sovrapponibile alla piramide della popolazione campana essa mostra la frequenza più elevata in assoluto tra i 40 e 50 anni. L'età anziana ( $\geq 64$  aa) mostra una prevalenza a favore del sesso femminile con un incremento di oltre due punti percentuali.

Età	Maschi		Femmine		Totale	
		%		%		%
0-4	27.009	2,52	25.563	2,38	52.572	4,90
5-9	30.434	2,84	28.752	2,68	59.186	5,51
10-14	32.459	3,02	30.944	2,88	63.403	5,91
15-19	33.129	3,09	31.679	2,95	64.808	6,04
20-24	35.667	3,32	34.789	3,24	70.456	6,56
25-29	35.309	3,29	34.100	3,18	69.409	6,47
30-34	34.459	3,21	35.194	3,28	69.653	6,49
35-39	37.275	3,47	38.282	3,57	75.557	7,04
40-44	39.420	3,67	41.884	3,90	81.304	7,57
45-49	39.471	3,68	42.329	3,94	81.800	7,62
50-54	36.851	3,43	40.105	3,74	76.956	7,17
55-59	32.005	2,98	35.121	3,27	67.126	6,25
60-64	28.742	2,68	31.136	2,90	59.878	5,58
65-69	27.870	2,60	30.467	2,84	58.337	5,43
70-74	19.801	1,84	23.065	2,15	42.866	3,99
75-79	15.226	1,42	20.027	1,87	35.253	3,28
80-84	9.789	0,91	15.423	1,44	25.212	2,35

85-89	4.563	0,43	9.278	0,86	13.841	1,29
90-94	1.328	0,12	3.615	0,34	4.943	0,46
95-99	153	0,01	621	0,06	774	0,07
100+	24	0,00	135	0,01	159	0,01
Totale	520.984	48,53	552.509	51,47	1.073.493	100,00





#### .4 Distribuzione per fasce e sesso

La distribuzione per fasce di età mostra che circa i due terzi della popolazione è compreso nella popolazione attiva mentre le rimanenti due fasce - popolazione anziana e infanzia - si attestano intorno al 16%.

Fasce Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%

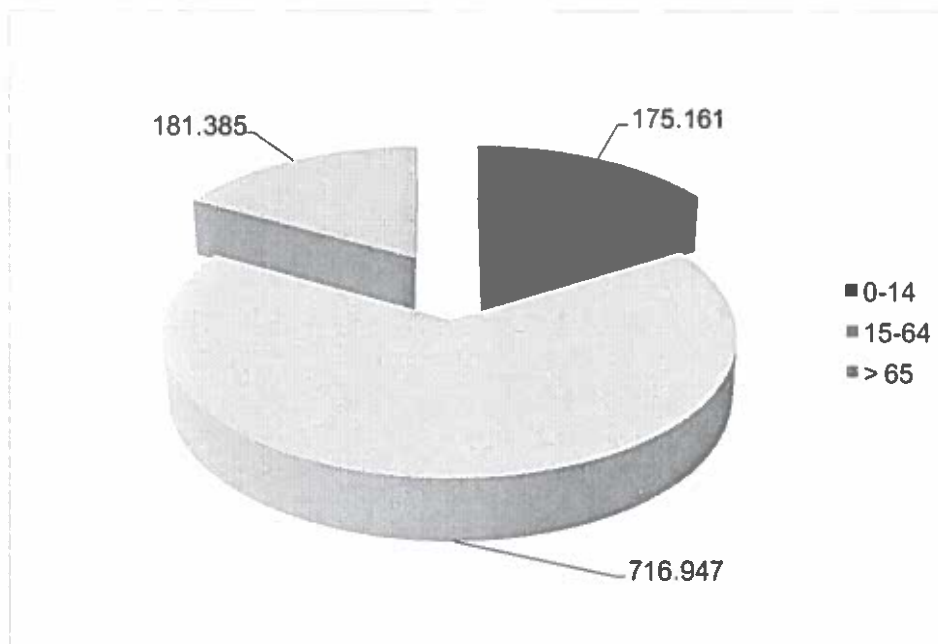
# ASL Napoli 3 Sud

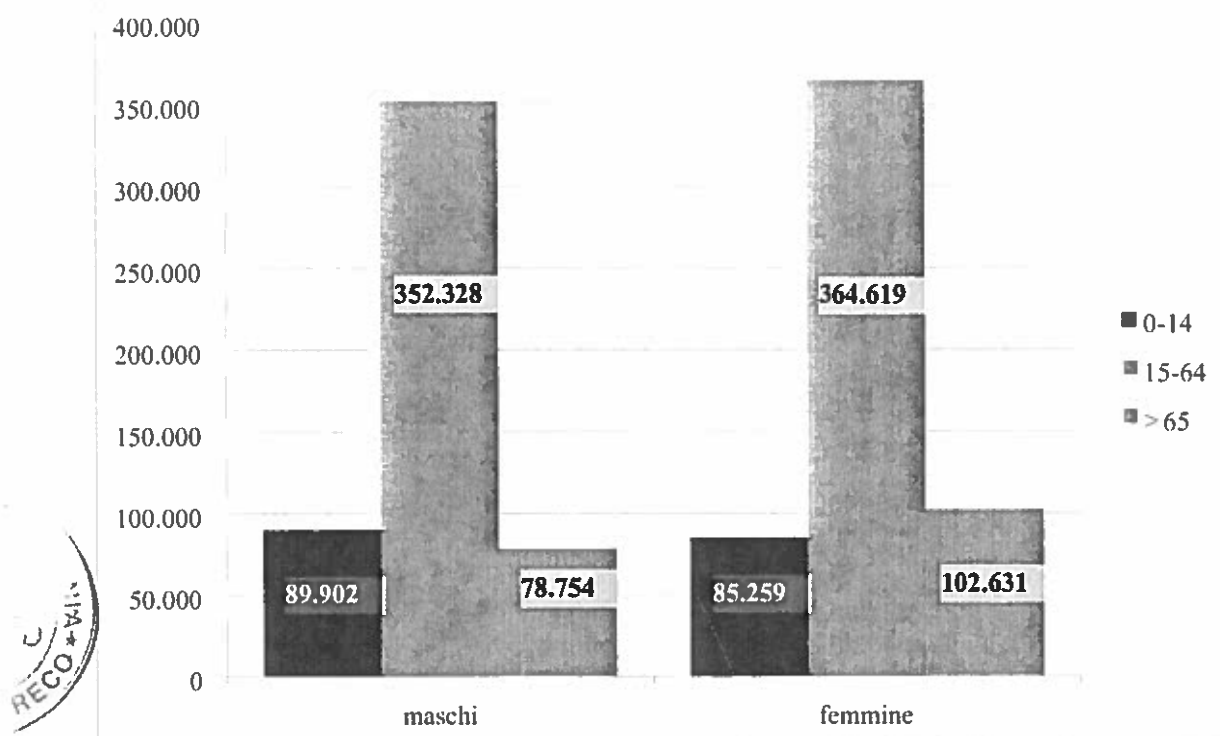
Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco

Direzione Generale

Pec: [affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it)

ASL Sud	NA3	0-14	89.902	8,37	85.259	7,94	175.161	16,32
		15-64	352.328	32,82	364.619	33,97	716.947	66,79
		> 65	78.754	7,34	102.631	9,56	181.385	16,90
			520.984	48,53	552.509	51,47	1.073.493	100,00





La distribuzione per sesso evidenzia una lieve prevalenza totale per il sesso femminile (51%), tale prevalenza è concentrata nella fascia maggiore di 75 aa.

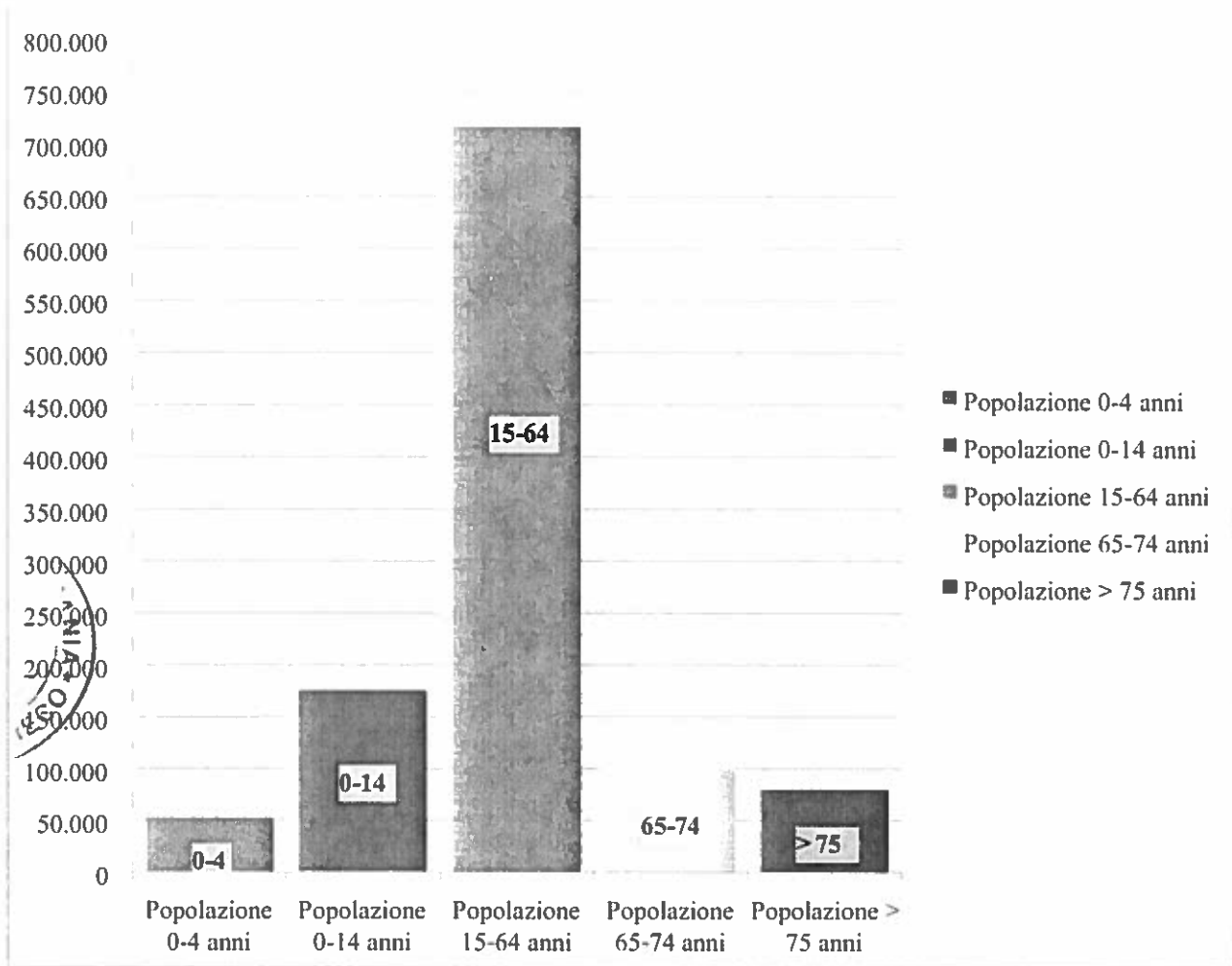
#### 1.5 Tabella degli indici per Distretto

Distretto	popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
Distretto 34	55.537	154,49	35,24	58,04	2.274	8.015	35.140	6.397	5.985
Distretto 48	103.940	83,64	21,09	46,31	5.514	17.914	71.042	8.775	6.209
Distretto 49	109.868	111,17	24,80	47,11	5.074	16.662	74.683	10.018	8.505
Distretto 50	61.119	75,25	18,95	44,14	3.207	10.680	42.402	4.995	3.042
Distretto 51	67.837	109,09	25,48	48,84	3.326	10.646	45.577	6.929	4.685

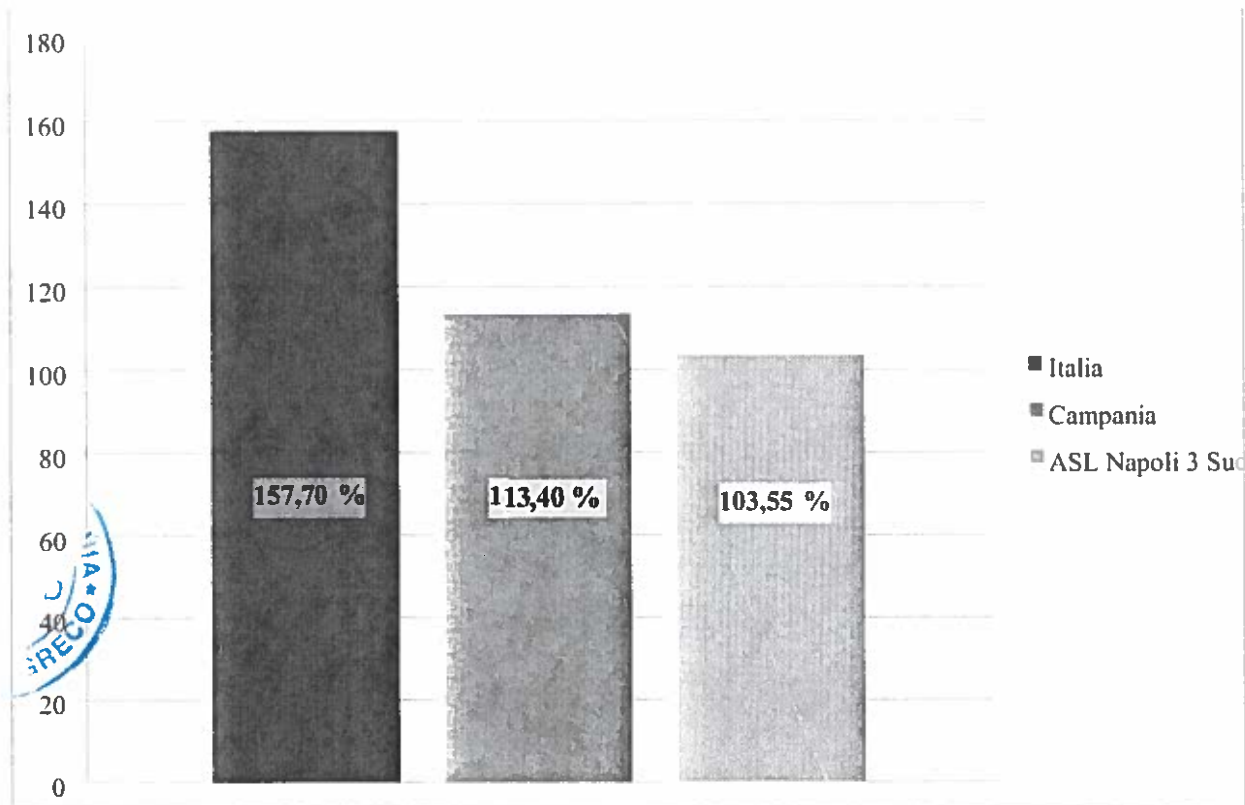
Distretto 52	129.916	78,11	19,07	43,49	6.797	22.106	90.542	9.595	7.673
Distretto 53	66.681	114,99	28,69	53,64	3.062	10.828	43.402	6.687	5.764
Distretto 54	55.036	145,38	33,81	57,07	2.379	8.149	35.040	7.037	4.810
Distretto 55	53.972	104,53	26,39	51,65	2.688	8.987	35.591	5.512	3.882
Distretto 56	90.665	107,69	27,68	53,38	4.530	15.193	59.110	9.122	7.240
Distretto 57	86.793	111,21	27,47	52,17	4.205	14.089	57.035	8.890	6.779
Distretto 58	109.911	86,88	22,84	49,13	5.688	19.375	73.703	9.096	7.737
Distretto 59	82.218	127,99	29,85	53,16	3.828	12.517	53.680	8.150	7.871

1.4 Tabella degli indici Asl Napoli 3 Sud

	Popolazione Totale al 01/01/2015	Indice di Vecchiaia	Indice di dipendenza anziani	Indice di dipendenza strutturale	Popolazione				
					0-4 anni	0-14 anni	15-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
ASL Napoli 3 Sud	1.073.493	103,55	25,30	49,73	52.572	175.161	716.947	101.203	80.182

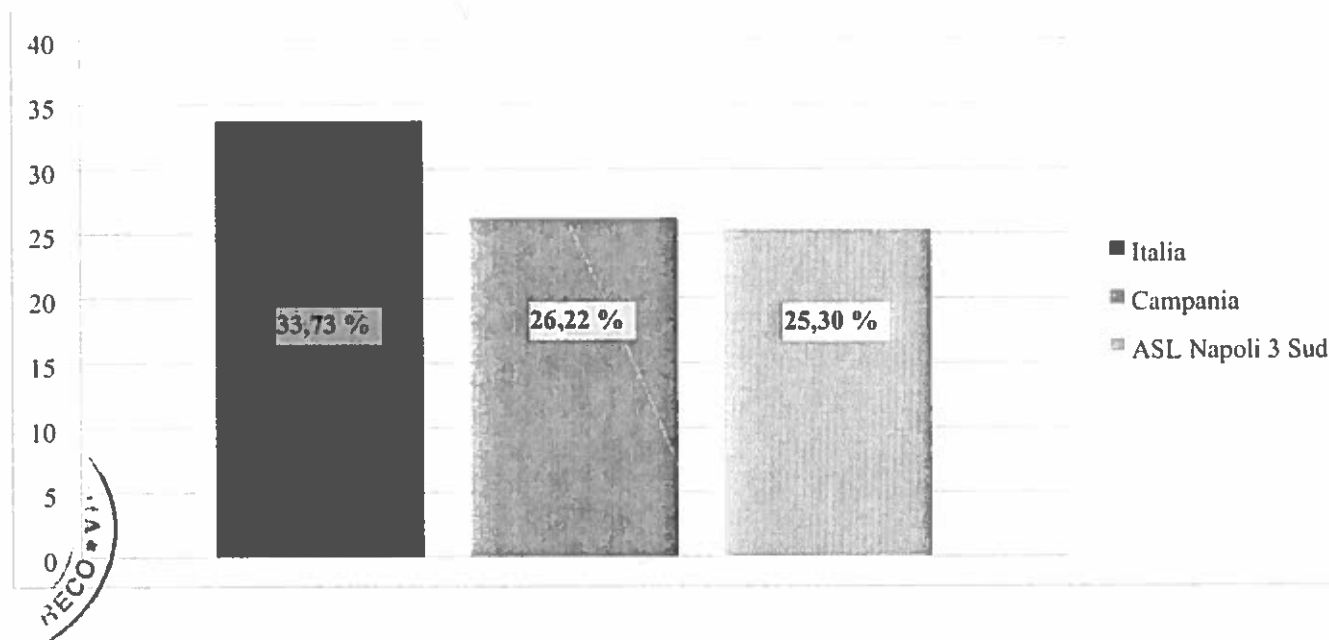


### 1.2.8 Indice di vecchiaia



L'indicatore è un indice molto dinamico della tendenza all'invecchiamento esso cambia al variare contemporaneo del peso degli anziani al numeratore e dei giovanissimi al denominatore. Valori superiori a 100 indicano un maggiore peso della popolazione anziana rispetto ai giovanissimi, pertanto il valore calcolato per la nostra ASL pur essendo un valore inferiore ben lontano dalla media nazionale e inferiore alla media regionale ha superato il valore soglia di cento.

### 1.2.9 Indice di dipendenza anziani



### 1.2.10 I distretti sanitari e le competenze territoriali

Qui di seguito si elencano i Distretti Sanitari, i Comuni di competenza territoriale e gli ambiti sociali di riferimento.

Distretto 34 – Portici. (Ambito territoriale n. 11).

Distretto 48 - Bruscianno, Castello di Cisterna, Mariglianella, Marigliano, San Vitaliano, Somma Vesuviana. (Ambito territoriale n. 22).

Distretto 49 - Nola, Camposano, Carbonara di Nola, Casamarciano, Cicciano, Cimitile, Comiziano, Liveri, Roccarainola, S.P. Belsito, Saviano, Scisciano, Tufino, Visciano. (Ambito territoriale n. 23).

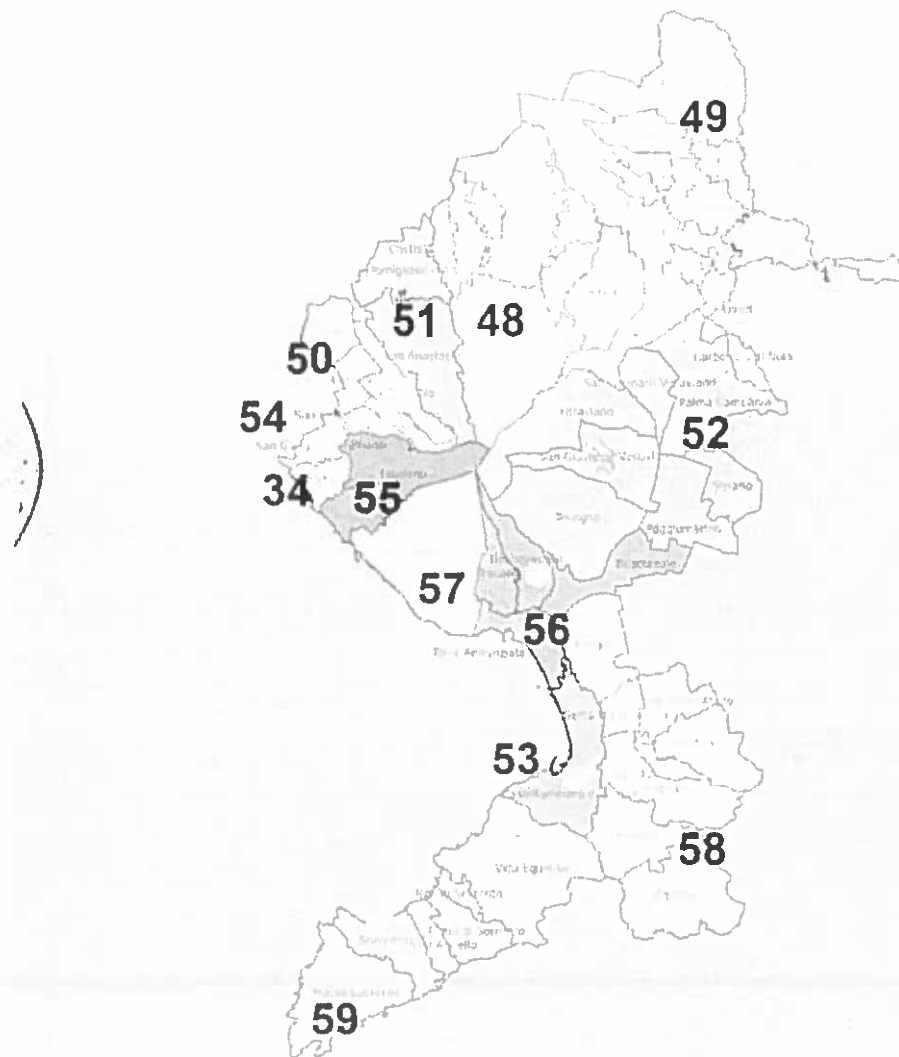
Distretto 50 – Cercola, Massa di Somma, Pollena Trocchia, Volla. (Ambito territoriale n. 24).

Distretto 51 - Pomigliano d'Arco, Sant'Anastasia. (Ambito territoriale n. 25).

Distretto 52 - Palma Campania, Poggiomarino, Ottaviano, San Gennaro Vesuviano, San Giuseppe Vesuviano, Striano, Terzigno. (Ambito territoriale n. 26).

Distretto 53 - Castellammare di Stabia. (Ambito territoriale n. 27).

Distretto 54 - San Giorgio a Cremano, San Sebastiano al Vesuvio. (Ambito territoriale n. 28).



Distretto 55 - Ercolano. (Ambito territoriale n. 29).

Distretto 56 - Boscotrecase, Boscotrecase, Torre Annunziata, Trecase. (Ambito territoriale n. 30).

Distretto 57 - Torre del Greco. (Ambito territoriale n. 31).

Distretto 58 – Agerola, Casola di Napoli, Gragnano, Lettere, Massa Lubrense, Pimonte, Pompei, Santa Maria la Carità, Sant'Antonio Abate. (Ambito territoriale n. 32).

Distretto 59 – Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agello, Sorrento, Vico Equense. (Ambito territoriale n. 33).

PRESIDI OSPEDALIERI

P.O. Boscotrecase
P.O. Torre del Greco
P.O. Nola con Stabilimento di Pollena
P.O. Castellammare di Stabia con Stabilimento di Gragnano
P.O. Vico Equense
P.O. Sorrento

ANIA CO

Art. 2 - Organizzazione per ambiti di garanzia

A garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" in maniera uniforme su tutto il territorio aziendale, la ASL Napoli 3 Sud è chiamata a mettere in atto azioni più incisive per garantire sia il pieno governo delle liste di attesa, che l'equità di accesso ai cittadini su tutto il territorio aziendale.

A tal fine, la Direzione Generale della ASL ha suddiviso il proprio territorio di pertinenza in due (2) specifici "Ambiti di Garanzia" territoriali e/o sovra-distrettuali per le prestazioni caratterizzate da un'elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e/o specialistica, corrispondenti ai territori della ex ASL Na4 e della ex ASL Na 5

## 2. INTRODUZIONE

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.

La ASL Napoli 3 Sud, con **Delibera n. 669 del 25/09/2017**, ha preso atto del DCA n. 34/2017 ed ha adottato il proprio piano attuativo.

Con successivo DCA 47/2017 la Regione Campania ha istituito un nucleo tecnico di supporto alla Struttura Commissariale, mediante il quale ha costantemente monitorato l’attuazione delle Linee Guida sulle liste di attesa di cui al DCA 34/2017 attraverso strumenti di valutazione (griglia di indicatori e obiettivi) ed incontri continui di briefing con i referenti unici aziendali delle Liste di attesa e con le Direzioni strategiche aziendali a cui questa ASL ha sempre assicurato attiva partecipazione.

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. ed ha istituito l’Organismo Paritetico Regionale in materia di ALPI, costituito con successivo Decreto Dirigenziale n.24/2019 con il compito, tra gli altri, di controllo e stesura della proposta da inviare all’Osservatorio nazionale sull’attività libero per la predisposizione da parte del Ministero della Salute della libero professionale.

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, della legge 23 dicembre 2005, n. 269 ed 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 DGRC n. 123 del 02/04/2019 ad oggetto POR Campania FESR 2014/2020 - Programmazione Interventi di Sanità Digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania e all’attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Seconda Fase - Obiettivo Specifico 2.2 - Azione 2.2.1. la Regione Campania ha previsto fondi dedicati per l’analisi, la progettazione e l’implementazione del CUP Regionale nonché fondi per il cruscotto per il monitoraggio delle liste di attesa.

Il CUP regionale, che andrà a regime entro la fine del 2020, gestirà in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate e dovrà intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple. Un tale sistema consentirà una visione completa e unificata della rete di offerta dei servizi sanitari, così come previsto dalle Linee guida nazionali, predisposte dal Ministero della salute. Il Coordinamento regionale è garantito dall’utilizzo di una piattaforma unica, centralizzata di prenotazione, che consentirà di avere dati uniformi, coerenti e completi in tempo reale. In questo modo sarà possibile attuare misure di politica sanitaria mirate e basate su dati oggettivi. Contestualmente è in fase di attuazione la Piattaforma per le Liste di Attesa, ossia un cruscotto informatizzato per la raccolta e l’elaborazione dei dati provenienti dalle Aziende e dal privato accreditato, dal quale si possono evincere reportistiche puntuali su

ogni aspetto, primi fra tutti quelli a maggior rischio di scarsa trasparenza (prenotazioni e liste di attesa, coerenza tra attività istituzionali ed intramurarie et al.)

La ASL Napoli 3 Sud ha collaborato a tutte le fasi di implementazione della piattaforma e, in maniera costante e con la tempistica richiesta, trasmette quotidianamente dal lunedì al venerdì i dati delle prestazioni prenotate ed erogate nelle strutture a gestione diretta.

Per l'organizzazione delle agende, sia per prestazioni specialistiche ambulatoriali che per ricovero, a oggi, questa Azienda Sanitaria si è adoperata affinché tutte le agende aziendali fossero informatizzate e visibili sul CUP Aziendale, organizzate secondo le classi di priorità, strutturate in modo da tenere separata l'attività istituzionale da quella libera professionale.

Per la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale: "primo accesso" vs "accesso successivo" per follow-up e/o controllo questa Azienda ha optato per la suddivisione funzionale.

Per garantire la netta separazione dei processi di gestione delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale di "Primo accesso" dagli "Accessi successivi", si è proceduto ad implementare il precedente modello prenotativo attraverso l'acquisizione della nuova indicazione, presente sulla ricetta, e a rimodulare l'accesso alle relative agende opportunamente predisposte. Per raggiungere l'obiettivo si è proceduto preventivamente alla riconfigurazione dell'offerta sanitaria e dei relativi Piani di Lavoro, attraverso il "remapping" delle agende ambulatoriali. L'acquisizione dell'informazione consente al sistema di predisporre anche specifiche rendicontazioni distinte per tipologia di accesso.

La Azienda garantisce, inoltre, i controlli, di competenza dei Distretti Sanitari, sulla appropriatezza prescrittiva,

- l'attività di overbooking, di recall e di disdetta delle prenotazioni,
- la massima trasparenza sia per le prestazioni erogate in regime istituzionale che per quelle erogate in ALPI.

La Azienda ha quali obiettivi ancora da realizzare la riduzione della percentuale di abbandono, (da contenere quale adempimento LEA entro la soglia max del 5%), l'implemento dell'offering ambulatoriale in base alle classi di priorità grazie anche ad una riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale; l'apertura supplementare di sedute ambulatoriali oltre l'orario previsto e/o anche di sabato, finanziate dal fondo Balduzzi del 5% nelle branche con maggiore criticità (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva e radiologia); attuazione di diverse progettualità attingendo da ulteriori fondi disponibili oltre quelli previsti dalla legge Balduzzi; la riallocazione delle risorse; l'incremento del numero di ore di sala operatoria e/o la concomitante disponibilità di nuove sale operatorie con conseguente maggior numero di interventi; la stesura di protocolli concordati tra questa Azienda e le AA.OO e/o altre AA.SS.LL. Campane, ed eventualmente con centri privati accreditati del territorio al fine di migliorare l'offerta assistenziale.

In applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), questa Azienda si pone l'obiettivo di individuare gli elementi di tutela e di garanzia per il cittadino attraverso la promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Mira, inoltre, ad individuare strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli stakeholders per una concreta presa in carico dei pazienti da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e degli specialisti, prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata di ulteriori Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

**La ASL Napoli 3 Sud prende atto che il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021:**

**A) Prevede** il rispetto, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere ed IRCCS, dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni individuate nello stesso.

**B) Individua** l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi di cui al PNGLA nonché al presente Piano.

**C) Conferma** le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo Sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e la possibilità di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità.

**D) Conferma** l'obbligo di indicare su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, la Tipologia di accesso e per le prestazioni in primo accesso la Classe di priorità (v. Allegato D del PNGLA 2019/2021\_Glossario).

**E) Prevede** che le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

A tal fine, questa Azienda su indicazione regionale adotterà idonee modalità per far sì 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. Per il raggiungimento di tale obiettivo la Asl ha provveduto all'informatizzazione di oltre l'80% degli ambulatori di specialistica ambulatoriale. A completamento della procedura, la Azienda si dovrà dotare di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, dovrà istituire apposite Agende, integrate nel sistema CUP e dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente. (Entro il 2020)

L'obiettivo potrà essere pienamente conseguito quando la Regione Campania avrà individuato i necessari correttivi relativamente all'utilizzo del ricettario da parte degli specialisti.

**F) Prevede** che i sistemi di prenotazione CUP possano registrare la scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, in modo da distinguere questa situazione da quelle per le quali occorre garantire il rispetto dei tempi d'attesa. In questa Azienda tale possibilità è già attiva per tutte le prestazioni erogate nelle strutture a gestione diretta. Una volta realizzato il CUP regionale e l'interfacciamento con i sistemi di prenotazioni dei Centri Accreditati, dovrà essere prevista anche la possibilità di tracciare scelte discrezionali operate dal cittadino in favore di terzi rifiutando la prima offerta.

**G) Prevede** che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione. In applicazione al DCA 34, su proposta del gruppo di lavoro istituito per le implementazioni tecnologiche, questa Azienda aveva realizzato la suddivisione delle agende primi accessi/ accessi successivi in maniera funzionale. Su indicazione dell'Ente Regione si procederà a rivalutazione della modalità di separazione delle agende per uniformare alle altre agende del CUP Regionale.

**H) Introduce** sistemi di monitoraggio delle prestazioni connessi al cruscotto di monitoraggio regionale che consentano di orientare i comportamenti prescrittivi. A tal fine questa Azienda collabora attivamente all'esatto trasferimento dei dati delle strutture a gestione diretta al cruscotto.

**I) Prevede** la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche ed eventualmente di quelle private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali; tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP, suddivise per Classi di priorità e improntate a criteri di flessibilità. Attualmente tale obiettivo è realizzato completamente per le prestazioni delle strutture pubbliche e per il privato accreditato che eroga prestazioni riabilitative.

**J) Individua i seguenti Monitoraggi:**

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale.

Al fine di avere in maniera immediata la possibilità di effettuare monitoraggi ex ante extra rispetto ai monitoraggi istituzionali, l'Azienda si è dotata di un proprio cruscotto denominato "Cruscotto monitoraggio liste di attesa" da cui poter ricavare le seguenti informazioni per ogni Unità Erogante:

1. Monitoraggio prime disponibilità per prestazione
2. Monitoraggio performance rispetto ai codici di priorità
3. Monitoraggio classi/ prescrittore
4. Monitoraggio impegnative/prescrittore

- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale.
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione.
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche.
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI.
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa.
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività istituzionale, attività ALPI e privata accreditata) nel sistema CUP.

**L) Prevede** la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

**M) Promuove**, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il modello RAO: a) prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; b) indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" (v. Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti relativi alla fase II di implementazione del Progetto RAO finanziato da AGENAS e svolto in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni, le Società Scientifiche e Cittadinanza Attiva).

**N) Considera**, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate.

**O) Considera** fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda all'accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale.

**P) Promuove** l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*.

**Q) Prevede** altresì l'attivazione di percorsi di tutela e di garanzia per l'accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dall'Azienda.

### 3. LINEE DI INTERVENTO CHE LA AZIENDA GARANTISCE PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA.

Questa Azienda adotta un nuovo Programma Attuativo Aziendale, facendo seguito a quello già in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvederà all'invio dello stesso alla Regione che a sua volta provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati. Il Programma Attuativo Aziendale sarà disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e verrà costantemente aggiornato. Le attività di comunicazione e trasparenza delle informazioni sull'offerta delle prestazioni sanitarie e delle corrispondenti modalità di accesso, sono attualmente fruibili attraverso il portale web aziendale;

Questa Azienda impegnerà le proprie risorse al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero erogate sul proprio territorio adottando misure proattive e misure reattive.

#### MISURE PRO ATTIVE

1. 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;
2. individuazione di idonea soluzione per consentire la prenotazioni dei controlli direttamente dagli ambulatori specialistici, a tal fine si è provveduto a dotare tutti gli ambulatori specialistici di computer con accesso al CUP..
3. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo le Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa – v. Allegato B del PNGLA 2019/2021
4. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;
5. un sistema CUP online; in questa ASL è già attivo un sistema di CUP on line, che aggiornato in tempo reale permette la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR. .  
 Consente 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, al telefono 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;
6. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale;
  7. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
  8. il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.
  9. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Con relazione a parte, a cura del Responsabile della UOC "Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie", si riporterà la valutazione del fabbisogno delle apparecchiature, l'elenco di quelle in uso, la tipologia (con evidenza delle obsolete), la localizzazione per ambito di garanzia e il relativo tempo di utilizzo al netto dei fermi macchina per guasto/manutenzione;
  10. i monitoraggi delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera previsti dal seguente Piano (v. Allegato B del PNGLA 2019/2021);
  11. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda (modello RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" di cui all'Allegato C del PNGLA 2019/2021 e successivi aggiornamenti;
  12. 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 deve contenere la definizione dell'elenco e 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 controlli;
  13. l'aggiornamento degli 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; in questa Azienda è stata già deliberata la suddivisione in due Ambiti, Del.587 del 25/07/2018. Gli Ambiti di Garanzia sono stati 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. Ulteriore criterio di valutazione è stata l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta riferita agli ultimi tre anni; Attualmente si sta provvedendo alla implementazione del sistema informatico. Una volta realizzata la suddivisione informatica degli Ambiti, il CUP proporrà, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale;
  14. il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - recall e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica, app), prevedendo eventuali sanzioni amministrative qualora l'utente non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata; A tal fine questa Azienda ha già provveduto ad attivare il sistema del re-call e della disdetta tramite sms o attraverso i canali CUP tradizionali e tramite app per

smartphone e computer che attualmente consente prenotazione e disdetta ed è predisposta per il pagamento del ticket .

## MISURE REATTIVE

Qualora le azioni previste dalla Azienda dovessero risultare non sufficienti a garantire il rispetto dei tempi massimi in almeno il 90% delle prestazioni prenotate, e per le sole prestazioni traccianti ex PNGLA, nelle more della definitiva implementazione del CUP regionale con l'integrazione di tutte le agende degli enti e delle aziende erogatori di prestazioni sanitarie sul territorio regionale, provvederà a mettere in atto un percorso di garanzia con l'azienda più vicina o eventualmente con un erogatore privato al fine di garantire l'accesso a tutela del cittadino nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente; in questo modo, le prestazioni che presentassero criticità potranno essere garantite anche ricorrendo a convenzionamenti con le strutture private accreditate presenti sul territorio aziendale per ambito di garanzia, limitatamente alle singole prestazioni necessarie e attingendo le risorse, eventualmente, da fondi specifici.

Pertanto nel caso in cui al cittadino non venga assicurata la prestazione nei limiti previsti dalla Regione, questa Azienda Sanitaria, attraverso il monitoraggio continuo effettuato dal Referente Unico Liste di Attesa ed ALPI unitamente all'Organismo Paritetico Aziendale per quanto di competenza (team di garanzia), rende disponibili i seguenti percorsi di tutela:

1. la possibilità di assicurare ordinariamente 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 all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva;
2. possibilità di utilizzare il 5% dei fondi di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa;
3. l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive rappresenta un'integrazione dell'attività istituzionale e andrà effettuata prioritariamente 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. Anche nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti. Attualmente questa Azienda già provvede all'acquisto di prestazioni aggiuntive per alcune prestazioni di diagnostica per immagini quali le TAC
4. eventuale acquisto di prestazioni da privato accreditato erogatore delle prestazioni che l'Azienda valuta necessarie per abbattere i tempi di attesa, per periodi di tempo definiti e tramite interfacciamento del CUP

#### 4. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PRGLA sono quelle inserite nei punti 4.1, 4.2 e 4.3. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione:

- le visite di primo accesso e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto.

Sono invece escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti prestazioni specialistiche:

- le prestazioni di controllo
- le prestazioni di screening
- le prestazioni con classe U (Urgente)
- le prestazioni erogate nei consultori
- le prestazioni erogate in contesti assistenziali diversi dal livello di assistenza ambulatoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, SerT, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile)



##### 4.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021).

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P da eseguirsi da tale data entro 120 giorni (180 gg fino al 31/12/2019).

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

**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 120 giorni\*

(\*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni



**VISITE SPECIALISTICHE**

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	87.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

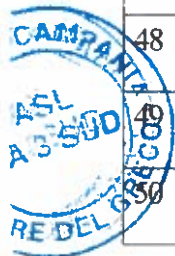
**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>			
N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
15	Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2

21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'Addome inferiore senza e con M.D.C	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'Addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore scavo pelvico distretto vascolare senza e con MDC	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3



42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5



### ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N° progr.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50

58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
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)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F



## 4.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Aziende prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alle tabelle sotto riportate

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno 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 (es. informazioni circa il pre-ricovero).

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

I Piani Aziendali delle Liste di Attesa (PAGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, realizzando l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche nel pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione.

Il monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione del seguente indicatore: "Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità A".

Il tempo di attesa, valido per il calcolo dell'indicatore, sarà misurato come differenza tra la data di ammissione e la data di prenotazione del ricovero.

I campi del tracciato SDO necessari al corretto calcolo del tempo di attesa sono quindi i seguenti:

1. Data di prenotazione (inserimento in lista): corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Tala data rappresenta quindi la conferma dell'indicazione, ovvero la convalida, da parte dello specialista.

2. Data di ammissione: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

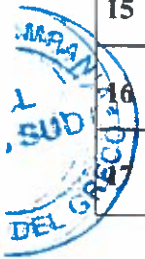
L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
	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	da 68.3x a 68.9	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	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
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	
14	Coronarografia	88.55 – 88.56 – 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	



### 4.3 Prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica

Con il PNGLA 2010-2012 sono stati monitorati i percorsi diagnostico terapeutici (PDT) relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare secondo una metodologia predisposta dall'AGENAS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute.

In questi anni lo scopo del monitoraggio è stato quello di verificare che i pazienti con determinati problemi di salute avessero completato il proprio percorso diagnostico terapeutico in tempi congrui.

I tempi massimi d'attesa per ciascun percorso diagnostico terapeutico, per le patologie oggetto di monitoraggio, non dovevano essere superiori ai 30 giorni per la formulazione della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica per almeno il 90% dei pazienti.

Il monitoraggio dei PDT previsto dal PNGLA 2019-2021 avverrà secondo le Linee Guida che saranno definite dall'Osservatorio Nazionale Liste di Attesa.

## 5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

4.1 Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, la Azienda assicura il rispetto delle direttive vigenti, nazionali e regionali, nonché dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle

di ricovero. La Azienda assicura, tra l'altro, adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale e all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

4.2 Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta dall'Azienda economicamente, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Al fine di un migliore governo dell'offerta sanitaria proveniente da tale tipologia di rapporto, è stato realizzato un progetto di Internalizzazione dell'A.L.P.I. che prevede la predisposizione degli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia all'interno della strutture aziendali, la realizzazione di strutture ed ambienti idonei all'esercizio della professione sanitaria in regime di intramoenia. Tale attività costituisce strumento per una riqualificazione dell'offerta sanitaria e può consentire la riduzione delle liste di attesa oltre che incrementare i ricavi e quindi le entrate proprie della Azienda.

Il progetto ha preso in considerazione in particolar modo, gli adempimenti imposti:

- dalla legge 3 agosto 2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria;
- dall'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in data 18 novembre 2010 concernente l'attività libero professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio Sanitario Nazionale (rep. atti n. 198/CSR);
- dal decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante in più alto livello di tutela della salute".

A tal fine è stato elaborato un piano operativo, approvato dal Collegio di Direzione (Verbale n. 13 del 23.10.2017) in collaborazione con i Servizi Tecnici Area Sud e Area Nord e in base alle indicazioni logistiche e alle richieste di attrezzature fornite dai Direttori degli OO.RR. Area Stabiese, Area Nolana, Area Vesuviane e Penisola Sorrentina.

Nel piano operativo sono stati individuati n. 34 ambulatori dislocati in maniera omogenea su tutto il territorio aziendale sia nei PP.OO. che nei Distretti Sanitari. Tali ambulatori permetteranno l'internalizzazione di tutti i Dirigenti Sanitari, precedentemente autorizzati allo svolgimento dell'ALPI "allargata" ovvero negli studi/ambulatori privati.



Per la realizzazione degli ambulatori ALPI sono stati resi disponibili dalla Amministrazione Aziendale di fondi che erano stati accantonati dal Servizio GEF quale Fondo Amministrazione finalizzato al miglioramento dell'ALPI.

Tali ambulatori nonché le apparecchiature in dotazione saranno a disposizione di tutti i Dirigenti Medici anche per le attività ordinarie, che potranno utilizzarle secondo l'organizzazione che i Direttori delle UU.OO.CC. vorranno adottare, in base alle esigenze logistiche ed operative che permettano di integrare le varie attività libero professionali intramoenia con quelle istituzionali, con l'indicazione dei relativi giorni ed orari di attività destinati alla sola attività intramoenia.

Il Servizio di prenotazione ( art. 1 comma 4) avverrà, come già avviene, attraverso il CUP aziendale curato dal Servizio Informatico aziendale, apertura dell'agenda per i dirigenti che esercitano l'attività Alpi ed emissione di fattura elettronica.

Per la tracciabilità dei pagamenti sia per le prestazioni all'interno delle strutture pubbliche sia per quelle erogate presso gli studi e/o ambulatori privati è stato individuato un CCP intestato all'ASL NA 3 SUD, dedicato all'ALPI, sul quale l'utente può versare gli importi previsti per la prestazione intramoenia, con due modalità ovvero con bollettino postale o con bonifico bancario.

È stata attivata una ulteriore modalità di pagamento tramite carte di credito, bancomat etc. da utilizzare c/o i totem installati nei PP.OO.



## 6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero Professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

## 6.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post*

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post* viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n.326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B al PNGLA 2019-2021). Dal 2020 sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori:

a) Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

b) Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

c) Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e 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, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

d) 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. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

d) Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti per la classe di priorità indicata in ricetta.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

e) Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria, utilizzato nel modello STS.11, che eroga la prestazione.

I campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" devono essere valorizzati da parte dell'erogatore.

Tutti i dati devono essere trasmessi da parte della struttura erogante pubblica o privata, anche se riferiti a ricette dematerializzate già trasmesse on line, al Sistema TS nel flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione.



Le Aziende devono individuare nel Piano attuativo aziendale le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche ed eventualmente le strutture private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti - v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale della Regione e del Ministero della Salute.

## 6.2 Monitoraggio *ex ante* per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate - v. Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA 2019/2021.

Va garantito il rispetto dei tempi d'attesa almeno per il 90% delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

## 6.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO .

Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PRGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture della Asl Napoli 3Sud:

- Presidio Ospedaliero Nola
- Stabilimento di Pollena Trocchia
- Presidio Ospedaliero Castellammare di Stabia
- Stabilimento Gragnano
- Presidio Ospedaliero Santa Maria della Misericordia Sorrento
- Presidio Ospedaliero di Vico Equense
- Presidio Ospedaliero Maresca Torre del Greco
- Presidio Ospedaliero Boscotrecase

Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla Classe di priorità A.

Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, questa Azienda dovrà adottare un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni *ex ante*.- da realizzare

La Azienda ha già a regime le agende di prenotazione informatizzate e una app sul sito aziendale in grado di fornire notizie utili relativi, garantendo il rispetto della privacy, rispetto ai tempi di attesa delle specifiche liste di inserimento.- esistente da implementare

Il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri, prevederà nello specifico:

**Indicatore:** Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

**Formula:** n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/ prestazioni totali per Classe di priorità A.

**Soglie di garanzia:** la Asl dovrà verificarne il rispetto, vale a dire : nel primo anno di vigenza del piano (2019) la soglia assegnata da raggiungere prevede che per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni, il valore mediano osservato della distribuzione (Il quartile) nell'anno 2016, nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale prevede che non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (v. Allegato B al PNGLA 2019 2021). Successivamente, a partire dal 2021, la soglia assegnata è pari al 90%. indipendentemente dal regime erogativo.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:



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	da 68.3x a 68.9	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	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 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 (1)	50.11	



[Digitare qui]

Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco  
 Direzione Generale  
 Pec affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it

[Digitare qui]

16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

#### 6.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Aziende devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le Aziende devono prevedere le modalità atte a gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

6.4.1 Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.

La Regione provvederà ad un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

#### 6.5 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida Nazionali che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

#### 6.6 Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida dell'AGENAS.

AGENAS effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa e trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale

[Digitare qui]

aslnapoli3sud

Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco  
Direzione Generale  
Pec affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it

[Digitare qui]


*sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale.*

## 6.7 Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

La comunicazione su tempi e liste di attesa va realizzata attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web.

Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSR rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Il sito web aziendale istituzionale deve:

- 
- a) presentare sulla pagina principale un link verso tempi e liste di attesa – già esistente
  - b) presentare dati aggregati per le prestazioni traccianti – da implementare
  - c) essere accessibile secondo le Linee Guida AGID -
  - d) consentire la Prenotazione online – già esistente
  - e) favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità – già attivo
  - f) contenere un sistema di CUP online che permette di:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità sia in attività istituzionale che in attività libera intramoenia;
- annullare le prenotazioni;
- 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;
  - già in fase di implementazione

- b) presentare il Programma Attuativo Aziendale.

Si sta attualmente procedendo ad attivare Pago P. A. : il Servizio Sistemi Informatici ha provveduto alle implementazioni tecnologiche , è stato sottoscritto il contratto con Poste Italiane.( entro il 2020)

Negli schemi di seguito sono illustrate le possibilità di prenotazione e di pagamento per la specialistica ambulatoriale prima e dopo l'attivazione di Pago P.A.

[Digitare qui]

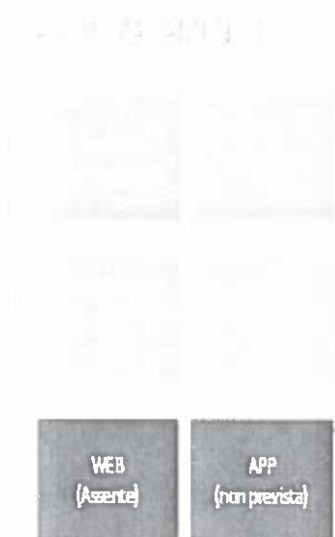
aslnapoli3 

Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco  
Direzione Generale  
Pec affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it

[Digitare qui]

## SPECIALISTICA AMBULATORIALE – ANTE PAGO PA

---



[Digitare qui]

aslnapoli3 

Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco  
Direzione Generale  
Pec affaristituzionali@pec.aslnapoli3sud.it

[Digitare qui]

SPECIALISTICA AMBULATORIALE – POST PAGO PA

CUPT telefonico (Assente)	Mmg/As (Assente)	TOTEM (non prevista)
------------------------------	---------------------	-------------------------



[Digitare qui]

asnapoli3sud

Sede Legale: via Marconi 66 – Torre del Greco  
Direzione Generale  
Pec affaristituzionali@pec.asnapoli3sud.it

[Digitare qui]

## 7. RISORSE AZIENDALI DA IMPEGNARE PER LA REALIZZAZIONE DEL PRESENTE PIANO ATTUATIVO

Al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal PRGLA 2019/2021, di cui questa Azienda prende atto con il presente Piano Attuativo, dovranno supportare la Direzione Strategica:

- Referente Unico Liste di Attesa Istituzionale ed ALPI
- Il Gruppo di lavoro istituito per le implementazioni tecnologiche previste dal piano attuativo aziendale in ottemperanza al DCA 34/17
- UOC Controllo di Gestione
- UOC Relazioni con il Pubblico Trasparenza Tutela e Comunicazione
- Responsabile Trasparenza e Prevenzione della Corruzione
- UOC Sistemi Informatici ITC
- UOC Cure Primarie
- UOC Sviluppo e Gestione Attrezzature Sanitarie
- UOC Valorizzazione e Manutenzione Patrimonio Aziendale
- UOC Risk Management sicurezza e qualità delle cure
- UOSD ALPI e Commissione paritetica
- Direzioni dei Distretti Sanitari
- Direzioni PP.OO.
- Responsabile Registro dei Tumori
- Tutti gli organi tecnici che la Direzione Strategica riterrà opportuno attivare di volta in volta per le implementazioni necessarie.

Il Referente Liste di Attesa Ist. ed ALPI

Dott. Annunziata Tavella

Il Direttore Sanitario

Dott. Gaetano D'Onofrio



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

DECRETO N. 23 DEL 24/10/2020

**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).**  
*(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 acta iv "adozione di provvedimenti per il governo delle liste di attesa, prevedendo una riduzione della relativa entro l'anno 2018, in coerenza con il programma operativo 2016-2018)*

REGIONE CAMPANIA  
SL  
3 SUD  
DEL GRECO

**VISTA** la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)" e, in particolare, l'art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;

**VISTA** l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle Regioni l'obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l'anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

**VISTA** la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20/03/2007 - "Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004";

**VISTA** la Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

**VISTA** la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, con la quale sono stati nominati quale Commissario ad Acta il dott. Joseph Polimeni e quale Sub Commissario ad acta il Dott. Claudio D'Amario;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 Luglio 2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del vigente piano di rientro dal disavanzo del SSR Campano, secondo i programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

**VISTA** la richiamata deliberazione del 10 luglio 2017 che:



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

- assegna al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come acta ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto iv) "adozione di provvedimenti per il governo delle liste di attesa, prevedendo una riduzione della relativa entro l'anno 2018, in coerenza con il programma operativo 2016-2018",.

**VISTA** la comunicazione, assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 Febbraio 2018, con la quale il Sub Commissario Dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

**RICHIAMATA** la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013, secondo cui "nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale "organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali", emanando provvedimenti qualificabili come "ordinanze emergenziali statali in deroga", ossia "misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro";

**PREMESSO** che

- la Legge 23 dicembre 2005, n.266 all'art.1, comma 280, prevede la realizzazione da parte delle Regioni di interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;
- con DGRC n. 271 del 12/06/2012 è stato adottato il Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010-2012;
- con 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" è stato disposto, tra l'altro, che ciascuna Azienda Sanitaria, previo adeguamento del proprio Programma Attuativo Aziendale (PAA) già adottato ai sensi della DGRC n. 271/2012, realizzi gli interventi utili per garantire il rispetto dei tempi di attesa, secondo gli obiettivi, le azioni e le tempistiche descritti nelle Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa - obiettivi per gli anni 2017 e 2018, riportate nell'Allegato B al decreto medesimo;
- con DCA n. 95 del 05/11/2018 sono state approvate "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.", di cui all'allegato A al medesimo decreto;
- con DGRC n. 123 del 02/04/2019 sono stati programmati interventi in materia di sanità digitale rivolti ai cittadini della Regione Campania;





**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

**CONSIDERATO**

- che il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituisce prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;

- che, in sede di Conferenza Stato- Regioni (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019, è stata sancita *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;*

**CONSIDERATO**, altresì, che le Regioni e le Province Autonome devono recepire la su indicata Intesa sul PNGLA 2019/2021 e adottare un Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021;

**VISTO** il 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 la suddetta Intesa sancita in sede di Conferenza Stato- Regioni (Rep.28/CSR) il 21 febbraio 2019;

**VISTO** il D.C.A. n. 52 del 04/07/2019 pubblicato sul BURC n. 41 del 22/07/2019 che ha recepito l'Intesa sul PNGLA 2019/2021 (Rep.28/CSR) del 21 febbraio 2019 e ha adottato il *Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019/2021;*

**TENUTO CONTO** che per la piena attuazione del Piano Nazionale per il Governo delle Liste di attesa è stato istituito, con Decreto Ministeriale del 20 giugno 2019, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ufficio 3, l' Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, composto dai Rappresentanti del Ministero della Salute, dell' AGENAS, delle Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute;

**TENUTO CONTO**, altresì, che una delle linee di attività dell' Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa consiste nell'analizzare i singoli Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa;

**PRESO ATTO** della Relazione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa a seguito della seduta plenaria del 17 dicembre 2019, in cui si invitano le Regioni e le Province Autonome, per le indicazioni fornite, ad integrare ed a modificare i propri Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa;

**CONSIDERATO** che nella Relazione dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa, viene richiesto alla Regione Campania *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;*

**RITENUTO** di dover modificare ed integrare l'art.2 dell'Allegato A al D.C.A. n. 52/2019 recante *"Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa"* secondo quanto richiesto;



**Regione Campania**  
**Il Commissario ad Acta per l'attuazione**  
**del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano**  
**(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)**

Alla stregua dell'istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR

**DECRETA**

per tutto quanto sopra esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

1. di **APPROVARE**, a parziale integrazione e modifica del DCA n. 52 del 4/07/2019, il documento recante *"Linee di indirizzo regionali per la riduzione dei tempi di attesa"*, allegato al presente provvedimento per formarne parte integrante e sostanziale;
2. di **CONFERMARE** il DCA. n. 52 del 04.07.2019 per le restanti parti;
3. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento all'Ufficio di Programmazione del Ministero della Salute;
4. di **INVIARE** il presente provvedimento all'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, a tutte le Aziende Sanitarie del S.S.R. ed al B.U.R.C. per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la  
Tutela della Salute  
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA



Regione		Azienda		Percorso di garanzia		Programma Attuativo Aziendale	
Codice	Descrizione	Codice	Descrizione	Modalità di attuazione: 1= ALPI 2= privato accreditato 3= team di garanzia 4= altro (è possibile indicare più scelte)	Descrizione	Rif. Atto	Pagina in cui viene esplicitato il percorso di garanzia
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD		Utilizzo grandi apparecchiature di Radiodiagnostica per almeno l'80% della loro capacità. Apertura degli ambulatori di specialistica in ore serali e/o nel weekend	948/19	19
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD	1	possibilità di utilizzare il 5% dei fondi di cui alla Legge Balduzzi per la realizzazione di progetti mirati alla riduzione delle liste di attesa; l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo	948/19	19
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD	2	convenzioni, anche temporanee, con privato accreditato		
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD	1	Sospensione ALPI ai sensi art. 3 D. Lgs 229/99	948/19	19
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD	3	Acquisto di prestazioni aggiuntive ai sensi art. 55 comma 1 CCNL 2000	948/19	19
150	CAMPANIA	206	ASL NAPOLI 3 SUD	4	Convenzioni con ASL e/o AO vicini		



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

Marco Tullio

### TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 31 GEN. 2021**

A:

<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
<input checked="" type="checkbox"/>	DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.	
<input checked="" type="checkbox"/>	COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. AFFARI ISTIT. E SEGRETERIE	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. VAL. RISORSE UMANE E PERFORMANCE	
	U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO, TRASPARENZA, TUTELA, COMUNICAZIONE	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. CONTROLLI INTEGRATI INTERNI ED ESTERNI	DISTRETTO N. 55
<input checked="" type="checkbox"/>	<i>R.S.F. 21575 di ASL SSA</i>	DIPARTIMENTO RADIODIAGNOSTICA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. COORDINAMENTO ATTIVITA RIABILITATIVE	DIPARTIMENTO MEDICINA LABORATORIO E ANATOMIA PATOLOGICA	DISTRETTO N. 57
	U.O.C. ATTIVITA RIABILITATIVE	COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. CURE PRIMARIE E ATTIVITA TERRITORIALI	DIPARTIMENTO ATTIVITA' TERRITORIALI ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIO	P.O. NOLA + STAB. POLLENA TROCCHIA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	P.O. CAST. + STAB. GRAGNANO
	U.O.C. COORD. CURE DOMICILIARI	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	P.O. BOSCO + P.O. MARESCA
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	P.O. SORRENTO + P.O. VICO EQ.
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 48	DIPARTIMENTO AREA CRITICA
	U.O.C. SVILUPPO E GESTIONE ATTREZZATURE SANITARIE	DISTRETTO N. 49	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA SUD
	U.O.C. VALORIZZAZIONE E MANUT. PATRIMONIO IMMOBILIARE	DISTRETTO N. 50	U.O.C. SERVIZI AMM.VI OSPEDALIERI AREA NORD
	U.O.C. SISTEMI INFORMATICI ITC	DISTRETTO N. 51	U.O.C. COORDINAMENTO COMITATO ETICO CAMPANIA SUD
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBNO	DISTRETTO N. 52	DIPARTIMENTO INTEGRATO MATERNO INFANTILE