



PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

DGRC 170/2007

INDICE

- 1) PREMESSA**
- 2) RIFERIMENTI NORMATIVI**
- 3) DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI**
- 4) REVISIONE PERIODICA DELL'ATTIVITA' PRESCRITTIVA**
- 5) GOVERNO CLINICO**
- 6) CRITERI DI PRIORITA' DI ACCESSO**
- 7) TEMPI MASSIMI DI ATTESA**
- 8) RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA**
- 9) RAPPORTO OSPEDALE-TERRITORIO**
- 10) ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE**
- 11) GESTIONE DEL SISTEMA DI REFERTAZIONE**
- 12) RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA DEGLI ACCESSI**
- 13) CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE**
- 14) I CRITERI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA AI CITTADINI**
- 15) MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA**
- 16) LA PARTECIPAZIONE AL CUP REGIONALE**

1) PREMESSA

Il tempo di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta oggi una delle maggiori criticità percepite dal cittadino nei suoi rapporti con il sistema sanitario e, allo stesso tempo, rappresenta anche la prima risposta che egli riceve dal sistema stesso. Il problema è fortemente sentito a livello internazionale e presenta, nonostante i continui studi ed interventi, una progressiva tendenza all'accentuazione della criticità. Alcune disposizioni inerenti ai tempi di attesa sono già presenti da tempo nella normativa. In particolare, il D.Lgs. 124/98 (art. 3, comma 10) prevedeva l'obbligo di definire il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta di prestazioni e l'erogazione delle stesse, attribuendo alla Regione il compito di definire i criteri generali, ai Direttori generali delle ASL e delle AO la definizione dei tempi. Inoltre, l'art. 1, comma 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662 e successive modificazioni, prevedeva finanziamenti specifici (fondi vincolati) per progetti regionali su obiettivi prioritari del PSN 1998-2000. L'Azienda ha partecipato alla sperimentazione nazionale Progetto Mattone "Tempi d'Attesa" seguendone le varie fasi, che hanno avuto come oggetto alcune prestazioni "particolarmente critiche", costituendo un apposito flusso informativo. Le prestazioni oggetto di monitoraggio hanno riguardato sia l'ambito ambulatoriale sia i ricoveri. L'ultima rilevazione è stata effettuata nell'ottobre dell'anno 2006. Per effettuare una corretta gestione delle attese la direzione strategica aziendale ha monitorato i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita. Tale conoscenza ha rappresentato un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito dell'azienda ed usufruendo della rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste di attesa, si sono potute effettuare comparazioni tra i diversi erogatori che insistono nell'ambito di competenza dell'Azienda. Le rilevazioni sono state effettuate col metodo "ex ante" per le prestazioni ambulatoriali ed "ex post" per le prestazioni di ricovero. I dati elementari di interesse relativi alle

prestazioni selezionate sono rilevati a livello aziendale per ogni punto di erogazione (ivi comprese le strutture private accreditate insistenti sul territorio), con riferimento ad una data prestabilita (giorno indice). Visti i contenuti tempi di attesa è stato scelto il metodo della rilevazione di tre prestazioni consecutive, in quanto la data relativa al primo posto disponibile in agenda può essere soggetta a variabilità casuale, pur essendo di più semplice rilevazione.

Occupandoci di liste di attesa non è possibile non fare riferimento ai LEA, che sono finalizzati a garantire ai cittadini un servizio sanitario omogeneo in termini di quantità e qualità delle prestazioni erogate e a individuare il corretto livello di erogazione dei servizi resi; in questo contesto, il tempo di attesa esprime il grado di tutela dei diritti di accesso alle cure e di eguaglianza nell'ambito del Servizio sanitario, e lo sviluppo del modello delle priorità perfeziona l'aspetto applicativo, dovendo garantire omogenea tempestività di accesso in base alla necessità di cura. Sono di riferimento per lo sviluppo del modello delle priorità anche i primi due principi fondamentali sui quali è costruita la definizione di LEA:

- a) il livello dell'assistenza erogata, per essere garantita, deve poter essere misurabile tramite opportuni indicatori;
- b) le prestazioni, che fanno parte dell'assistenza erogata, non possono essere considerate essenziali se non sono appropriate.

Gli obiettivi strategici per il mantenimento dei LEA prevedono due aspetti che vanno ad integrarsi con il modello delle priorità:

- 1) il rendere pubblici i valori monitorati dei tempi di attesa, garantendo il raggiungimento del livello previsto
- 2) il costruire indicatori di appropriatezza a livello del territorio che siano centrati sul paziente e non sulle prestazioni.



Il primo obiettivo che l'azienda si è posta e stato il coinvolgimento della cittadinanza e la regolare e trasparente informazione sull'accesso ai servizi, mentre il secondo dovrà integrare il modello delle priorità per singola prestazione con il modello organizzativo dei percorsi diagnostico terapeutici e con la gestione complessiva del paziente, visto non come utilizzatore di singole prestazioni ma come cittadino che necessita di una presa in cura complessiva. Questo secondo obiettivo merita un approfondimento relativamente al concetto dell'appropriatezza centrata sul paziente e non sulle prestazioni. Innanzi tutto, l'appropriatezza non è un attributo intrinseco delle prestazioni, ma nasce dalla correlazione tra esse ed il bisogno (diagnostico, terapeutico, ecc.) di uno specifico paziente, in rapporto alla efficacia della prestazione rispetto al problema di salute, al rapporto tra benefici attesi e rischi possibili, ecc.. In secondo luogo, al variare delle caratteristiche del problema dello specifico paziente, può variare la dimensione del tempo entro il quale la prestazione deve essere erogata in considerazione del rischio di vita o inabilità, della sofferenza, ecc., ma anche di aspetti quali il rapporto benefici/costi. Si conferma quindi come anche la dimensione temporale, per essere equa ed appropriata, non può essere astratta e generica, ma deve essere calibrata sull'esigenza del paziente o di classi di pazienti con tipologia di problemi simile.

L'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni il 14 febbraio 2002 (Repertorio atti n. 1386) prevedeva che, entro tre mesi, fossero individuate le soluzioni più efficaci per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie.

Con il DPCM 16 aprile 2002 "Linee Guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa", i contenuti dell' Accordo sono stati inseriti nell' Allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001

"Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

Il successivo Accordo dell' 11 luglio 2002 ha fornito indicazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni e indirizzi per l'individuazione di soluzioni efficaci per la fissazione dei tempi di attesa specificando l'elenco di prestazioni selezionate, richieste dall'accordo del 14 febbraio. L'accordo di luglio ha inoltre affrontato il problema del monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, focalizzando l'attenzione sui ricoveri in elezione e sul primo accesso alle prestazioni ambulatoriali. L'accordo prevedeva inoltre che, in attesa dell'attivazione di un flusso informativo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale sui tempi e le liste di attesa, le Regioni avrebbero fornito dati attraverso una rilevazione ad hoc che il Ministero e il Tavolo di monitoraggio e verifica dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15) dell' accordo 8 agosto 2001, per il tramite dell' Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, avrebbero condotto entro l'anno. Il compito di definire la metodologia per svolgere la rilevazione è stato attribuito dal Ministero della salute ad uno specifico Gruppo tecnico sulle liste di attesa costituito presso l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali con rappresentanti delle Regioni e del Ministero. Le attività del Gruppo tecnico hanno avuto inizio nel luglio 2002.

L'Accordo non sostituisce, per altro, quanto già previsto dal D.Lgs 124/98, ma integra il precedente disposto normativo. Rispetto a quanto già previsto, le novità introdotte dall'Accordo del 14 febbraio 2002 riguardano la precisazione degli obblighi:

- alle Regioni è richiesto di indicare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse;
- i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione (l'inadempienza incide sulla possibilità di compenso aggiuntivo dei Direttori generali).



Al fine di raggiungere gli obiettivi suddetti il programma attuativo aziendale si propone di trattare della seguenti materie:

- Le misure necessarie per l'adozione da parte dei medici prescrittori dei criteri di priorità previsti dalla DGRC 880/2006.
- Le procedure per assicurare ai cittadini il rispetto dei tempi massimi di attesa definiti nella stessa DGR per le prestazioni ivi indicate.
- Le misure per l'individuazione e la pubblicizzazione di almeno una struttura a gestione diretta e/o in rapporto di temporaneo accreditamento ubicata nel territorio dell'azienda nella quale al cittadino è garantito l'accesso entro il tempo massimo definito per le prestazioni individuate dai piani nazionale e regionale.
- Gli strumenti per una progressiva razionalizzazione del sistema di refertazione tale da ridurre al minimo i tempi di attesa.
- Il sistema gestionale delle agende di prenotazione coerente con quello proposto nel piano regionale.
- Il sistema di monitoraggio e sorveglianza delle liste di attesa e gli interventi anche d'urgenza predisposti affinché il sistema di prenotazione non sia mai sospeso.
- Il sistema di monitoraggio e sorveglianza delle liste di attesa e gli interventi anche d'urgenza predisposti affinché il sistema di prenotazione non sia mai sospeso, se non con le modalità previste dal piano regionale.
- Le modalità di informazione ai cittadini e gli strumenti utilizzati a tal fine.
- L'adozione dei registri di ricoveri ospedalieri e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica di laboratorio previsti dalla DGR 4061/2001.
- L'adozione del modello di notifica della prenotazione e di informativa sui tempi d'attesa previsto dalla DGR 880/2006.
- La partecipazione al sistema CUP regionale.

2) RIFERIMENTI NORMATIVI

- Legge 23.12.1994 n. 724 - Misure di razionalizzazione della finanza pubblica – art. 3, comma 8;
- D.P.C.M. 19.05.1995 – Carta dei Servizi pubblici sanitari;
- D.Lgs 29.04.1998 n. 124 – Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art. 59, comma 50, della Legge 27/12/1997, n. 449 – art.3, commi 10 e 15;
- D.P.C.M. 29.11.2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- D.P.C.M. 16.04.2002 – Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alla prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa;
- Accordo Stato Regioni 11.07.2002 – Accordo tra il Governo, le regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazione per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato Regioni del 14.02.2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sugli indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- Accordo Stato Regioni 28.03.2006 – Accordo tra il Governo, le regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di Contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della Legge 23.12.2005 n. 266;
- D.G.R.C. n. 1018 del 02.03.2001 – con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori (Legge 495/1996)
- D.G.R.C. n. 3513 del 20.07.2001 – con tale delibera la Regione Campania, in applicazione dell’art.3 del D.lgs n. 124/1998, ha inteso adottare provvedimenti urgenti per il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria
- D.G.R.C. n. 4061 del 07.09.2001 – con la quale la Regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell’attività specialistica ambulatoriale

ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriali, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione, l'informazione ed il monitoraggio;

- D.G.R.C. n. 1082 del 15.03.2002 – con la quale vengono dettate disposizioni attuative del D.P.C.M. 405 del 16.11.2001;
- D.G.R.C. n. 3142/2003 – con la quale la regione ha approvato “Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione dei servizi sanitari”, con specifico riferimento al Centro Unificato di Prenotazione Regionale;
- Circolare n. 1 del 19/07/2005 “Liste di Attesa” – con cui vengono disciplinati criteri e modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria
- Legge Regionale n. 1/2006 – Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre progressivamente i tempi di attesa ed eliminarle liste di attesa;
- D.G.R.C. 880/2006 – Piano Attuativo di contenimento delle Liste di Attesa;
- Decreto Assessore Sanita' della GRC n. 562 del 27/10/2006 – Costituzione Commissione Piano Regionale Contenimento Liste di Attesa;
- Deliberazione Originale Direttore Generale A.S.L. BN/1 n. 142 del 04.05.2006 – L.R. N° 1/2006: Istituzione Commissione Aziendale Liste di Attesa.
- Deliberazione Originale Direttore Generale A.S.L. BN/1 n. 259 del 19.09.2006 – Costituzione di un tavolo tecnico interaziendale di “Concertazione sanitaria” con l'A.O. “G. Rummo”.
- Deliberazione Originale Direttore Generale A.S.L. BN/1 n. 275 del 06/10/2006 – Adempimenti di cui alla D.G.R.C. n. 880/2006, relativi al Piano Regionale di contenimento delle Liste di Attesa.



- Deliberazione Originale Direttore Generale A.S.L. BN/1 n. 359 del 06.12.2006 – Programma Attuativo Aziendale di contenimento delle liste di attesa – D.G.R.C. 880/2006.
- Deliberazione Originale Direttore Generale A.S.L. BN/1 n. 150 del 13 febbraio 2007 – Comitato di Partecipazione Interaziendale.

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Rilevazione “ex ante”	consiste nella rilevazione (prospettica) ad un determinato giorno indice della differenza tra data di esecuzione prospettata e la data della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell'utente); tempo d'attesa così come percepito.
Rilevazione “ex post”	Consiste nella rilevazione (retrospettiva) della differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta all'erogatore (rappresenta, in sostanza, il punto di vista dell'azienda); tale valutazione richiede un sistema informatizzato che rilevi i tempi di attesa per le prestazioni realmente erogate, escludendo sia il drop out che le prestazioni annullate dall'azienda.
Governo clinico	Un sistema attraverso il quale le aziende sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria
Tempo massimo di attesa	Il tempo espresso in giorni più lungo che può intercorrere tra la data della richiesta della prestazione e l'erogazione della stessa all'interno dell'ambito organizzativo o territoriale considerato
Priorità cliniche	Le condizioni cliniche sulla base delle quali gli operatori sanitari attribuiscono al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza compromettere la prognosi e la qualità della vita
Percorso terapeutico predefinito	L'insieme delle prestazioni sanitarie appropriate per giungere ad un obiettivo diagnostico e terapeutico
Data di prenotazione del ricovero	La data di iscrizione del paziente nell'agenda di prenotazione dei ricoveri programmati
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
CUP	Centro Unificato di Prenotazione
CUPT	Centro Unificato di Prenotazione Territoriale
CTA	Centro Temporaneamente Accreditato
DGRC	Delibera Giunta Regionale Campania
UOC	Unità Operativa Complessa
CED	Centro Elaborazione Dati
NAG	Nucleo Aggregatore
DODG	Delibera Originale del Direttore Generale
FAQ	Quesiti posti frequentemente e relative risposte

4) REVISIONE PERIODICA DELL'ATTIVITA' PRESCRITTIVA

Il sistema informativo dell'attività specialistica ambulatoriale è orientato alla rilevazione delle prestazioni eseguite nelle strutture pubbliche e temporaneamente accreditate. Tale rilevazione prevede l'invio del FILE C da parte dei CTA entro il 10 del mese successivo a quello di esecuzione delle prestazioni direttamente all'U.O.C. CED, sia per conoscere in tempi più rapidi i volumi di prestazioni erogati, sia per consentirne una valutazione ai fini dell'appropriatezza. I dati pervenuti da ciascun CTA sono raccolti in un unico database e, in uno con quelli a provenienza dal CUP aziendale, elaborati dal Sistema Informativo Aziendale, trimestralmente, per valutare la domanda di prestazioni afferenti a tutti gli erogatori aziendali. Sono escluse da questa rilevazione le prestazioni effettuate dall'A.O. "Rummo".

L'identificazione delle prestazioni avviene, per tutte le branche specialistiche, utilizzando i codici previsti dal nomenclatore tariffario regionale pubblicato sul BURC n. 378/98.

L'analisi delle prestazioni estrapolate per tipologia consente di individuare:

- le prestazioni che vengono richieste in misura maggiore;
- il numero di prestazioni a più alta tecnologia effettuate presso gli erogatori compresi nella ASL BN/1 e in altre ASL;
- la congruità dei "controlli" con l'utilizzo del codice fiscale del paziente.

Vengono comparate la sede della richiesta con l'ubicazione dell'erogatore in cui è stata effettuata la prestazione per ottimizzare l'offerta e renderla disponibile nella sede più vicina in modo da creare il minor disagio per l'utenza.

Per ottenere un quadro completo della domanda sarà chiesto all'A.O. "Rummo" l'invio dei file utilizzando il nuovo tracciato record FILE C.

5) GOVERNO CLINICO

Al fine di accrescere l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa l'Azienda ha individuato, con Deliberazione Originale del Direttore Generale n. 275 del 06.10.2006, un gruppo di lavoro composto da un Medico di Medicina Generale, un Pediatra di Libera Scelta, uno Specialista Ambulatoriale, un Direttore di Distretto Sanitario, un Direttore Sanitario di P.O., che, utilizzando la metodologia del coinvolgimento partecipativo e progressivo e della verifica e miglioramento continuo dei risultati, unitamente al Referente Aziendale per le Liste di Attesa, orienterà la propria attività sui seguenti aspetti:

- analisi dell'offerta e della domanda delle prestazioni sanitarie e/o sociosanitarie;
- individuazione, definizione e promozione di modelli organizzativi funzionali agli obiettivi di contenimento delle liste di attesa;
- individuazione e definizione dei principali percorsi diagnostici e terapeutici sulla base di linee guida rispondenti ai criteri dell'EBM;
- Individuazione e definizione dei principali criteri e principi dell'appropriatezza prescrittiva;
- Promozione di attività di formazione, per gli operatori sanitari, finalizzate al miglioramento della gestione delle liste di attesa.

Il gruppo di lavoro sarà integrato da ulteriori esperti nelle varie materie trattate, soprattutto nell'individuazione e definizione dei principali percorsi diagnostici e terapeutici. Eventuali iniziative e strategie saranno formalmente adottate dalla direzione Aziendale.

L'Azienda invierà, con cadenza semestrale, alla Commissione che sarà individuata con Decreto assessorile un rapporto sull'attività svolta.

6) CRITERI DI PRIORITA' DI ACCESSO

L'Azienda, per attribuire al paziente un tempo di attesa ragionevole per ottenere l'erogazione della prestazione sanitaria senza compromettere la prognosi e la qualità della vita, definisce le seguenti classi di priorità così come contenute nel "Piano Regionale Contenimento Liste di Attesa", allegato alla DGRC 170/2007:

PRESTAZIONI AMBULATORIALI	
Classe U	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Tempo Massimo 10 gg
Classe B	Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o di disabilità. Tempo Massimo 20 gg
Classe D	Prestazioni che possono essere programmate in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi, il dolore, le disfunzioni e la disabilità. Tempo Massimo 30 gg
PRESTAZIONI ONCOLOGICHE E DI RADIOTERAPIA DI CUI ALL'ACCORDO STATO REGIONI DEL 11 LUGLIO 2002	
Classe P	Visite specialistiche per sospetta neoplasia (prima visita). Tempo Massimo 10 gg
Classe UP	Intervento di asportazione di neoplasia maligna Tempo Massimo 20 gg
Classe BP	Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia. Tempo Massimo 15 gg
PRESTAZIONI DI RICOVERO	
Classe U	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque, possono arrecare grave pregiudizio alla prognosi. Tempo Massimo 30 gg
Classe B	Casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi. Tempo Massimo 60 gg
Classe D	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. Tempo Massimo 90 gg



Tali criteri di priorità, comunicati ai prescrittori, saranno utilizzati per indicare, obbligatoriamente, sulla prescrizione, all'atto della richiesta di prestazione, la classe di priorità clinica attribuita al paziente nello stato di sofferenza considerato.

Il livello di priorità prescelto sarà comunicato all'erogatore barrando le apposite caselle previste nel nuovo ricettario standardizzato per il SSN.

La corrispondenza tra la classe di priorità individuata dal prescrittore e la reale condizione dello stato di sofferenza rilevata da chi esegue la prestazione sarà oggetto di rilevazione e di studio da parte della Commissione Liste di Attesa Aziendale, per l'individuazione di ulteriori criteri di priorità ed argomenti di formazione da somministrare, congiuntamente, a prescrittori ed erogatori.

Gli erogatori aziendali hanno già individuato, nelle proprie agende, delle fasce dedicate alla priorità cliniche. Tali fasce potranno essere inserite nel complesso sistema CUP entro sei mesi e, in caso di non utilizzo per le priorità definite, sono rese disponibili per le prestazioni effettuate in regime ordinario.

Gli erogatori temporaneamente accreditati, compresi nell'ambito provinciale della ASL Benevento 1, sono stati invitati a predisporre nelle proprie agende delle fasce dedicate alle priorità o ad utilizzare, allo stesso scopo, agende differenziate onde poter soddisfare la richiesta di tali prestazioni.

7) TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Il Direttore Generale definisce quale tempi massimi di attesa, applicabili nell'ambito territoriale di competenza della propria azienda, quelli deliberati nella DGRC 170/2007 e di seguito riportati:

A. AREA ONCOLOGICA				
Prestazioni ambulatoriali				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
1	Visita oncologica		89.7	10 gg
2	Visita radioterapia pretrattamento		89.03	10 gg
Radiologia				
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 – 87.37.2	15 gg
TC con o senza mezzo di contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 – 87.41.1	15 gg
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	15 gg
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	15 gg
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	15 gg
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 – 88.91.2	15 gg
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 – 88.95.5	15 gg
Ecografia				
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 – 88.75.1 88.76.1	15 gg
11	Mammella	88.73	88.73.2	15 gg
Esami Specialistici				
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	15 gg
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	15 gg
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	15 gg
15	Broncoscopia	33.23	33.22	15 gg
16	Colposcopia	70.21	70.21	15 gg
17	Cistoscopia	57.32	57.32	15 gg
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1	15 gg
Radioterapia				
19	Sessione di radioterapia	V 58.0	92.24.1 – 92.24.2 92.25.1 – 92.25.2	15 gg

Prestazioni in ricovero ordinario				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi	Tempo massimo
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categ. 85.4	Categoria 174	20 gg
21	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185	20 gg
22	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7 45.8 48.5 48.6	Categorie 153 – 154	20 gg
23	Interventi ginecologici (per tumori utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	20 gg
Prestazioni in day hospital/day surgery				
24	Chemioterapia	99.25	V 58.1	10 gg

B. AREA CARDIOVASCOLARE				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
25	Visita cardiologia	89.7	89.7	30 gg
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	30 gg
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	60 gg
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	60 gg
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	60 gg
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	60 gg
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	60 gg
Riabilitazione				
34	Cardiologia	93.36	93.36	30 gg
Prestazioni in ricovero ordinario				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi	Tempo massimo
35	By Pass aortocoronarico	36.10		60 gg
36	Angioplastica Coronaria (PTCA)	Categ. 36.0		60 gg
37	Endoarteriectomia Carotidea	38.12		60 gg

Prestazioni in day hospital/day surgery				
38	Coronarografia	88.55 88.56 88.57		60 gg

C. AREA MATERNO INFANTILE				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	30 gg
Ecografia				
40	Ostetrica-ginecologica	88.78 88.79	88.78 – 88.78.2	60 gg

D. AREA GERIATRICA				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30 gg
TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60 gg
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60 gg
44	Bacino	88.38	88.38.5	60 gg
Esame specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60 gg
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60 gg
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60 gg
Prestazioni in ricovero ordinario				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi	Tempo massimo
48	Intervento protesi d'anca	81.51 81.52 81.53		60 gg
Prestazioni in day hospital/day surgery				
49	Cataratta	13		60 gg

E. VISITE SPECIALISTICHE A MAGGIOR IMPATTO				
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Tempo massimo
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	30 gg
51	Visita oculistica	95.0	95.02	30 gg
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	30 gg
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	30 gg
54	Visita urologia	89.7	89.7	30 gg

In base ai dati delle rilevazioni trimestrali, così come definite dalla Legge Regionale n. 1/2006, articolo 6, comma 2, saranno individuati gli erogatori a gestione diretta e in rapporto di temporaneo accreditamento, nei quali al cittadino è garantito il tempo massimo definito. In caso di superamento dei tempi stabiliti, il referente e la commissione di cui alla DODG n. 275 del 06.10.2006 analizzeranno le cause del fenomeno e, sentite le organizzazioni sindacali di categoria e le associazioni dei pazienti e dei consumatori, metteranno in atto opportune azioni correttive.

Del mancato rispetto dei tempi massimi di attesa e degli interventi correttivi messi in essere, il Direttore Generale darà tempestiva comunicazione all'Assessorato alla Sanità e all'ARSAN.

Il risultato ottenuto nella gestione delle liste di attesa costituirà elemento di valutazione dei dirigenti.

8) RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA

Il principale strumento su cui l'Azienda ha fondato la razionalizzazione dell'offerta è il sistema di prenotazione, che copre tutto il territorio provinciale e consente una distribuzione della domanda, che viene mantenuta ampiamente nei tempi massimi definiti. Tale risultato è stato raggiunto anche con i provvedimenti volti alla razionalizzazione ed ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse impiegate. L'analisi dei



dati ottenuti dalla rilevazione trimestrale consentirà di rilevare eventuali criticità su cui si interverrà utilizzando modalità integrate di erogazione delle prestazioni (prenotazioni effettuate per patologia) e strumenti organizzativi contrattuali (contratti con specialisti ambulatoriali, stipendio di risultato dei medici dirigenti, intra moenia). L'eventuale necessità di incremento dell'offerta sarà valutata tenendo conto che la stessa, come dimostrato da numerose esperienze nazionali ed internazionali, induce la domanda. Nel Regno Unito l'incremento delle risorse per servizi con lunghe attese ha determinato l'aumento del tempo di attesa (Goldacre et al., 1987), mentre negli USA è stato evidenziato che la lista d'attesa aumenta quando viene messa a disposizione una maggiore quantità (70-80%) di servizio (McQuarrie, 1983).

Saranno attuati i percorsi diagnostico-terapeutici definiti dalla Regione Campania:

1. con DGRC n. 1168 del 2005 “Linee di indirizzo per l'organizzazione dell'attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico”;
2. con DGRC n. 236 del 21.03.2005 “I percorsi terapeutici per la NAD – Nutrizione artificiale domiciliare;
3. con DGRC n. 1280 del 7.10.2005 “I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare”

Saranno attuati i percorsi diagnostico-terapeutici per le prestazioni di cui al punto 3 dell'intesa Stato-Regioni, individuati con atti formali dalla Regione Campania.

9) RAPPORTO OSPEDALE-TERRITORIO

Le informazioni ricavabili dall'osservazione della politica sanitaria provinciale nonché dai dati sui movimenti migratori degli utenti della Sanità, che costituiscono un significativo indicatore della dimensione quali-quantitativa dell'offerta di prestazioni sanitarie presenti su ogni ambito territoriale, hanno fatto ritenere necessaria, fin dal 2001, una stretta collaborazione tra due poli locali erogatori di Sanità: A.O. G.Rummo/ASL BN1.



Questa circostanza ha dato un forte impulso alla ipotesi, già in avanzata fase di studio, di costituzione di un gruppo di lavoro interaziendale tra l'A.O. “G.Rummo” e l'ASL BN1 di Benevento, il cui territorio di competenza coincide con quello dell'intera Provincia, avente il fondamentale compito di individuare i futuri scenari della sanità locale.

In attuazione del P.S.N., che evidenzia in particolare la gestione delle liste di attesa, l'utilizzo improprio delle risorse, in linea con quanto stabilito dalla L.R. 1/2006 che promuove interventi per eliminare progressivamente i tempi e le attese per l'assistenza specialistica, al fine di razionalizzare l'offerta delle prestazioni sanitarie nell'intera provincia di Benevento si è addivenuti all'urgenza di costituire un tavolo tecnico di concertazione tra le due Aziende Sanitarie insistenti nella provincia di Benevento. Si intende perseguire un modello assistenziale ove l'assistenza ospedaliera sia rivolta esclusivamente alle patologie acute ed il territorio rappresenti il primo accesso del cittadino alle cure ed il prosieguo delle patologie acute dimesse dagli ospedali.

Oggi, più che in altri tempi, in considerazione dei “Tagli” imposti dalle delibere di Giunta Regionale 1843/06 e 800/06 si rende urgente utilizzare al meglio gli strumenti a disposizione per concertare e ridefinire le missioni, i programmi ed i piani di sviluppo, ed indirizzarli verso un obiettivo unico, e cioè una maggiore autonomia sanitaria della provincia di Benevento per garantire la tutela della salute in modo adeguato ai bisogni aumentando la qualità e la quantità delle prestazioni.

Ognuna secondo le proprie capacità e competenze, le due aziende dovranno operare alla ricerca delle sinergie utili all'elevazione degli standard qualitativi delle prestazioni erogate, secondo una logica imprenditoriale più attenta ai reali bisogni di salute e quindi alla soddisfazione della domanda locale e perseguire un modello nel quale il territorio sia sempre più il luogo dove il cittadino possa trovare strutture in grado di risolvere i propri problemi, così da ricorrere alla struttura ospedaliera solo per selezionate necessità. Il territorio deve sempre più rappresentare il primo accesso del cittadino alle cure.



Sul piano concreto, per rispondere a queste necessità, si è costituito tra l'A.O. “G.Rummo” di Benevento e l'ASL BN1, DODG ASL BN/1 n. 259 del 19.09.2006, un tavolo tecnico interaziendale di “concertazione sanitaria”, di cui fanno parte per ognuna delle due Aziende, quattro Professionisti Medici e Amministrativi ed, all'occorrenza, esperti delle singole tematiche da trattare per analizzare e proporre soluzioni rispetto alle seguenti problematiche:

1. Call center - CUPT: realizzazione di un sistema unico di prenotazione telematica con server presso la ASL;
2. Appropriatelyzza delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero;
3. Attività ospedaliera: definizione di un “Piano Ospedaliero Provinciale” in funzione della tipologia di strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio rispetto ad una più razionale allocazione sia delle branche specialistiche che dei posti letto;
4. Accredimento: analisi della domanda in funzione dei tetti di spesa e della tipologia di prestazioni da erogare;

Tali strumenti richiedono il coinvolgimento costante di tutti gli operatori sanitari ed in particolare i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali per una integrazione assistenziale tra cure primarie e cure ospedaliere.

Con questi Medici è stato costituito un Tavolo Tecnico permanente per l'Osservazione delle problematiche territoriali in relazione alla gestione delle liste d'attesa e della razionalizzazione della spesa. Inoltre saranno analizzate e per quanto possibile, applicate, linee guida condivise per le patologie più frequenti, dando priorità a quelle definite a livello della Regione Campania.

10) ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

L'Attività Libero professionale è l'espressione della libera scelta dell'utente nei confronti dell'offerta di sanità, rappresenta inoltre un'occasione per la valorizzazione e l'ampliamento delle esperienze professionali dei dirigenti dell'Azienda e il mezzo per razionalizzare le liste di attesa.

La A.S.L. Benevento 1 ai sensi e per gli effetti delle normative che disciplinano la suddetta materia ha adottato con Delibera n° 116 del 2002 l'Atto aziendale per la disciplina dell'esercizio dell'ALPI dei dipendenti della A.S.L. BN 1 e con delibera n. 294/2002 l'Accordo Aziendale DPR 271/2000, che all'art. 10 norma la Libera Professione Intramoenia degli Specialisti Ambulatoriali Interni.

Tali istituti contrattuali, premettendo che lo svolgimento dell'attività deve essere organizzato in modo tale da garantire la piena funzionalità dei servizi, consentono alla ASL di offrire in regime libero professionali le prestazioni erogabili dal S.S.N..

Con l'ALPI si intende razionalizzare le liste di attesa comunque garantendo il corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività libero professionale.

11) GESTIONE DEL SISTEMA DI REFERTAZIONE

Nelle strutture aziendali eroganti prestazioni il referto viene trascritto a mano, su apposita modulistica. Per la gran parte delle prestazioni il referto viene consegnato all'utente al termine dell'esecuzione della prestazione. I referti che richiedono descrizioni più complesse sono compilati dopo attenta valutazione e la loro consegna è differita. La Direzione aziendale ha in programma l'informatizzazione degli ambulatori per facilitare la compilazione della ricetta standardizzata, per la gestione della cartella clinica del paziente, da poter condividere con i prescrittori e tutti gli erogatori di prestazioni, per la refertazione e l'invio del referto differito al prescrittore in modo da creare il minor disagio possibile all'utente.



L'Azienda procederà periodicamente alla verifica del tempo necessario per fornire al paziente la risposta attesa e valuterà l'utilità dell'utilizzo del referto informatizzato, essendo lo stesso già previsto dall'attuale software che gestisce il CUP.

12) RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI PRENOTAZIONE E GESTIONE DEL SISTEMA DEGLI ACCESSI

In ottemperanza a quanto stabilito dalla Legge 724/94 e successivamente dalla DGRC 4061/2001 l'azienda ha predisposto ed operativamente utilizza un unico registro informatizzato (CUP) delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale. Le prestazioni di laboratorio sono rimaste escluse a causa degli alti costi di gestione, non giustificati dalla grossa recettività dei laboratori analisi aziendali che riescono a soddisfare tutta la domanda senza alcuna attesa. E' presente presso ciascun P.O. aziendale il registro delle prenotazioni, sotto la diretta responsabilità del Direttore Sanitario di Presidio, in formato cartaceo. Anche per le prestazioni di ricovero la scelta del registro cartaceo è stata dettata dall'assenza di liste di attesa per le prestazioni eseguite. Nel CUP sono presenti le agende di prenotazione di tutti gli specialisti che erogano le prestazioni, che possono essere consultate dal paziente indifferentemente da qualsiasi poliambulatorio aziendale e ne consentono la prenotazione. Non sono presenti sul territorio aziendale agende gestite in modo difforme. Con successivo atto la Direzione aziendale definirà specifiche procedure per l'accesso ai ricoveri programmati, per la gestione delle agende di prenotazione e per il controllo della qualità dei dati, con il controllo dei tempi di effettiva erogazione. Nelle procedure suddette saranno individuati entro ottobre 2007:

- i soggetti che decidono l'inserimento dei dati nell'agenda;
- gli operatori autorizzati ad inserire materialmente i dati;
- i soggetti che possono consultare le agende, a quali scopi, come, quando e quanto (ossia quali campi)

- le persone autorizzate a dare le informazioni (quelle che è lecito comunicare) in relazione alle agende;
- le modalità di utilizzo e conservazione necessarie per tutelare la riservatezza dei dati;
- chi può chiedere informazioni;
- quali sono le informazioni accessibili, a quali scopi possono essere fornite;
- le modalità e le procedure con cui devono essere richieste e fornite.

All'atto della prenotazione, con l'inserimento dei dati anagrafici, il sistema si collega all'anagrafica degli assistiti, ne verifica la presenza e ne acquisisce i dati essenziali. Il successivo inserimento del codice prestazione consente di conoscere la prima data utile per l'esecuzione della prestazione, l'ubicazione dell'erogatore e lo specialista che eroga la prestazione. Il paziente può scegliere di effettuare la prestazione nella data indicata o scegliere un erogatore diverso. Al paziente viene rilasciata una scheda con le principali informazioni.

Il sistema già operativo prevede i seguenti campi:

	Descrizione del campo	
a)	Nome e cognome del paziente	P
b)	Codice fiscale	P
c)	Sesso	P
d)	Data di nascita	P
e)	Numero telefonico del paziente	P
f)	Persona da informare (nome e telefono)	P
g)	Diagnosi o sospetto diagnostico	P
h)	Classe di priorità	P
i)	Nome prescrittore	P
l)	Data di prescrizione della richiesta da parte del prescrittore	P



m)	Data inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione	P
n)	Data prevista per la prestazione (prima offerta disponibile)	P
o)	Data di prenotazione accettata dal paziente	P
p)	Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	P
q)	Data di effettuazione della prestazione (nel caso di ricovero data in cui avviene il ricovero)	P
r)	Codice prestazione	P
s)	Tipo di accesso (prima visita, controllo, ecc.....)	P
Legenda: P = Presente I = da Inserire		

13) CENTRO UNIFICATO DI PRENOTAZIONE

La rete informatica della A.S.L. è una infrastruttura di riguardevole complessità costituita da apparati elettronici, connessioni telematiche e software applicativo, ed è stata realizzata con l'obiettivo di consentire alle **Articolazioni Aziendali periferiche di condividere l'intero SISTEMA INFORMATIVO CENTRALE.**

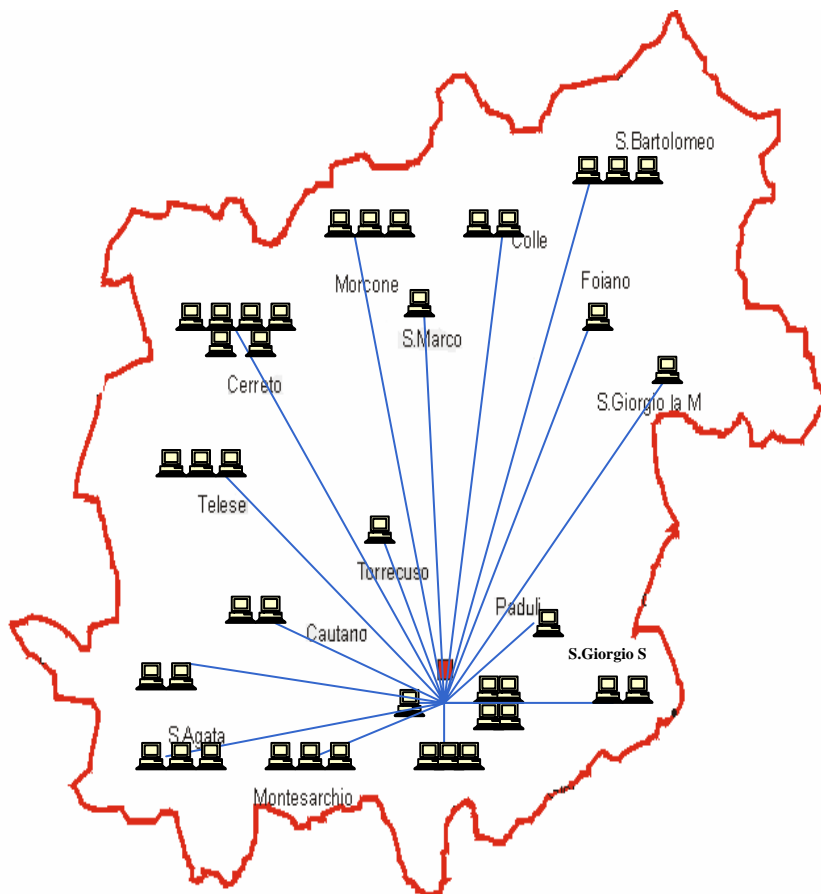
La struttura della rete A.S.L. è una W.A.N. (wide area network) che si articola, in 32 segmenti di L.A.N. (local area network) per un complessivo **di oltre 1200 plug RJ45 e oltre 600 Personal Computer connessi con criterio stellare**, ed è progettata in previsione di ampliamenti futuri.

Attraverso l'intranet, le work station abilitate possono connettersi sia ad internet che al WEB interno, mentre tutte, indistintamente, dispongono di posta elettronica per le comunicazioni sia interne che esterne.

Altamente innovativa è anche *la concezione dei percorsi formativi* per l'attivazione delle procedure informatiche su territorio, che ha portato a brillanti realizzazioni, tra cui *L'anagrafe Assistiti Centralizzata, Il Centro Unificato Prenotazioni, la Scheda Dimissione Ospedaliera ed il Sistema di Protocollo elettronico*, oltre alle numerose procedure amministrative.

Il Sistema C.U.P., collegato all'anagrafe centralizzata degli assistiti, è stato attivato in via sperimentale presso il P.O. di Cerreto nel novembre 2001 ed è stato completato su tutto il territorio della A.S.L. nel settembre 2002. Esso sfrutta appieno tutte le potenzialità della rete, realizzata con le più moderne tecnologie ICT, che raggiunge la totalità delle sedi e rappresenta una imponente infrastruttura informatica al servizio dei cittadini. Gli utenti, da qualunque sede, possono in tempo reale prenotare le prestazioni ambulatoriali su qualunque agenda e per l'intero universo ASL. I risultati immediatamente tangibili sono stati l'abbattimento delle liste di attesa ma soprattutto aver superato i disagi dovuti alla conformazione geomorfologica del territorio. A completamento delle attività di

prenotazione e stato implementato un complesso modulo informatico per la gestione del “retrosportello” che consente di integrare le informazioni sulle prenotazioni con il loro esito. L’attività consente una corretta e significativa gestione statistica. Il sistema è stato integrato con la gestione informatizzata dei ricoveri installata presso i due Presidi Ospedalieri. Lo schema illustra la dispersione sul territorio delle strutture poliambulatoriali ed il loro collegamento



in rete.

A riguardo degli adeguamenti del CUP informatizzato aziendale citati nella DGRC 170/07 da effettuarsi nel corso dell'anno 2007, si rileva che:

- 1) risulta molto curato l'aspetto della comunicazione all'utente, dettagliato nell'apposito capitolo, in quanto sono disponibili, rivolgendosi ad un qualsiasi sportello CUP, tutte le informazioni necessarie all'utente per la scelta dei tempi, del luogo e dello specialista che eroga la prestazione e consultando il sito internet www.aslbenevento1.it , aggiornate al giorno precedente, tutte le prestazioni erogate dalle strutture pubbliche;
- 2) il contenuto informativo (dati) da registrare all'atto della prenotazione, sono ridondanti, dato il collegamento con l'anagrafe assistiti e i campi non previsti, evidenziati nell'apposito capitolo, saranno inseriti entro 180 giorni dall'adozione del presente piano attuativo aziendale;
- 3) Il "voucher", già rilasciato al paziente, e dettagliato nell'apposito capitolo, contiene la maggior parte dei dati essenziali, i campi non previsti saranno inseriti entro 180 giorni dall'adozione del presente piano attuativo aziendale;
- 4) Gli operatori del CUP, con la funzione di "retroportello", eseguono tutti gli inserimenti previsti dalla fase di registrazione dell'avvenuta erogazione della prestazione;
- 5) I referti susseguenti le prestazioni sono conformati, per contenuto minimo a quanto previsto nel piano attuativo regionale;
- 6) Il "booking" della prenotazione terrà conto del concetto di priorità definito nel presente piano, con la priorità "U" più alta, consentendone la registrazione della data e dell'ora della richiesta di prestazioni;
- 7) L'applicativo non consente l'utilizzo della tecnica dell'overbooking, ma prevede la revisione periodica delle liste.

Sospensione dell'attività di prenotazione

Il sistema unificato di prenotazione (hardware) è soggetto a manutenzione periodica preventiva, ma in caso di ***“imprevedibile impossibilità tecnica sopravvenuta di erogazione del servizio”*** il Direttore Sanitario informerà la Direzione Aziendale, che provvederà ad informare l'Assessore alla Sanità e l'ARSAN di ogni avvenuta sospensione.

Sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni

Per gestire il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione, che ***“può avvenire solo per gravi e giustificati motivi ed in ogni caso l'Azienda deve individuare le soluzioni per superare la contingenza tecnica e garantire la continuità del servizio”***, l'Azienda approverà un documento contenente tutte le procedure definite per regolamentare le attività di sospensione, previa consultazione dei rappresentanti degli utenti. Le sospensioni non potranno avvenire senza l'approvazione del Direttore Sanitario di Presidio o di Distretto che ne informerà la Direzione Aziendale. Il Direttore Generale, nelle 24 ore successive, informerà l'Assessorato alla Sanità e l'ARSAN di ogni avvenuta sospensione. Ogni evento di interruzione delle attività sarà registrato. La registrazione conterrà le seguenti informazioni:

1. la tipologia della prestazione (Codice nomenclatore tariffario regionale);
2. dove
3. perché
4. per quanto tempo.

La regolamentazione delle attività di sospensione delle attività di erogazione sarà esplicitamente prevista in un documento aziendale che, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206, ne definirà ed approverà le procedure.



L'interruzione dell'attività di erogazione delle prestazioni non comporterà. Comunque, la sospensione delle prenotazioni.

14) I CRITERI PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE SULLE LISTE DI ATTESA AI CITTADINI

Il **Piano di Comunicazione aziendale**; prevede, tra gli obiettivi, attività di informazione relativa all'offerta dei servizi socio-sanitari sul territorio ed ai percorsi semplificati di accesso agli stessi.

Sul fronte della comunicazione al cittadino sulle liste d'attesa, l'URP aziendale utilizza i seguenti strumenti:

- a. Il Sito web istituzionale con collegamento al C.U.P. centralizzato;
- b. La carta dei servizi;
- c. Comitato di Partecipazione Interaziendale .

La ASL BN1 ha attivato un servizio di informazioni al cittadino attraverso il quale l'utente potrà avere informazioni in tempo reale circa le prestazioni erogate dall'Azienda Sanitaria Locale su tutto il territorio con un collegamento diretto al **Centro Unico Prenotazioni (C.U.P.)**.

Il modulo software "**Informazioni al Cittadino**" consente agli assistiti, attraverso il sito web aziendale, di avere informazioni sugli specialisti che operano sul territorio, sulle prestazioni e sui tempi d'attesa. Una volta collegati al sito, il sistema, attraverso una semplice interfaccia, guida l'utente alla ricerca delle informazioni necessarie.

Tra i vantaggi che sicuramente si possono cogliere vi è, in primo luogo, la possibilità di esportare fuori dal contesto aziendale le informazioni sulle prestazioni erogate. E' infatti plausibile immaginare che un cittadino di altra



provincia possa, attraverso il web, valutare l'opportunità di ricorrere alle prestazioni erogate dall'ASL BN1 anche in base ai tempi d'attesa riportati.

In particolare, la ricerca di informazioni sulle visite specialistiche e le analisi di laboratorio può essere effettuata per **prestazione**, per **branca** o per **specialista**. Il sistema di ricerca fornisce le informazioni indicando la sede e l'agenda in cui è possibile avere la prestazione, ma soprattutto dà i tempi medi di attesa e la prima data utile, cioè il giorno in cui è possibile avere la prestazione dallo specialista selezionato.

Il Sito aziendale, come noto, contiene **le liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali collegate direttamente col Sistema C.U.P. Centralizzato**, ormai attivo dal 2002, che si aggiornano in automatico ogni 24 ore, dando al cittadino completezza e certezza pressochè assoluta dell'informazione. L'informazione è chiara ed accessibile, in particolare il collegamento al CUP – Liste d'attesa è visibile dalla prima pagina del sito ed è riportato in tutte le pagine web dei poliambulatori distrettuali e di quelli dei PP.OO.

Qualora impossibilitato all'utilizzo della postazione informatica, il cittadino può rivolgersi direttamente, a mezzo telefono e fax, agli operatori delle **UU.OO. Relazioni con il Pubblico e Punti Informativi** dei Distretti Sanitari territoriali dell'ASL BN 1 e presso i punti informativi dei PP.OO. dell'ASL BN1, per ottenere informazioni sulle prestazioni erogate e sui tempi massimi di attesa. Il cittadino può, inoltre, scegliere di effettuare le visite ed esami specialistici presso i centri privati accreditati e conoscerne i tempi di attesa. L'operatore è tenuto ad informare il cittadino sulle prestazioni e sui servizi della specialistica ambulatoriale territoriale (strutture pubbliche e privati convenzionati), sulle modalità di accesso ai servizi (orari di prenotazione. Orari per visite ed esami, sedi e recapiti delle strutture), sui tempi di attesa, sulle procedure necessarie per



ottenere la prestazione in maniera chiara, puntuale, riservata (moduli per esenzione del ticket ecc.). Qualora l'operatore non sia in grado di assicurare una risposta immediata, egli è tenuto a farlo, nel minor tempo possibile, utilizzando gli strumenti di comunicazione a sua disposizione [*Regolamento di Pubblica Tutela ASL BN1* – che sarà aggiornato entro 30 gg., anche in considerazione dell'adesione dell'ASL al progetto della Regione Campania “Insieme per la Sanità”].

Per quanto concerne la *Carta dei Servizi Aziendale*, edizione 2007, saranno rispettati i criteri dettati dalla normativa vigente e sicuramente le seguenti specifiche:

- prestazioni erogate;
- modalità di accesso e tempi d'attesa;
- tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;
- le strutture erogatrici che devono rispettare i tempi massimi e per quali prestazioni;
- i luoghi, i giorni e gli orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice.

Sono già presenti presso ogni P.O. i registri dei ricoveri ospedalieri ordinari. Il CUP funge da registro unico delle prenotazioni per le prestazioni previste nel nomenclatore tariffario regionale. I suddetti registri sono consultabili dai cittadini, con la salvaguardia della riservatezza delle persone e sono istituiti in base all'art. 3 della Legge 724/94 sotto la responsabilità del Direttore Sanitario.

L'informativa al cittadino sui tempi di attesa è integrata dalla produzione di un bollettino trimestrale contenente i tempi di attesa e la denominazione degli erogatori presso cui è possibile usufruire delle prestazioni, fino al collegamento al CUP di tutte le strutture territoriali, che avverrà dopo gli accordi stipulati a livello regionale con le



associazioni di categoria dei CTA. Il bollettino potrà essere consultato e scaricato sul sito www.aslbenevento1.it, presso i punti CUP aziendali, presso gli URP territoriali, presso i prescrittori, e presso i CTA territoriali.

All'assistito, all'atto della prenotazione, viene già fornita una scheda che sarà integrata dei campi mancanti come da seguente prospetto:

	Descrizione del campo	
1	Nome	P
2	Cognome	P
3	Codice fiscale	P
4	Numero telefonico del paziente	P
5	Persona da informare (nome, cognome e telefono)	I
6	Codice di prenotazione	P
7	Data di prenotazione	P
8	Ora di prenotazione	P
9	Classe di priorità	I
10	Tempo Massimo Regionale	I
11	Data limite per l'erogazione della prestazione	I
12	Codice di prestazione richiesta	P
13	Data della prima offerta	I
14	Data della prestazione accettata dall'utente	P
15	Tempo di attesa previsto (espresso in giorni)	I
16	Struttura erogatrice accettata dall'utente	I
17	A chi e come il paziente deve comunicare un eventuale cancellazione o modifica della prenotazione (nome e cognome del responsabile del procedimento e telefono)	I
18	Tipo di accesso (primo accesso o successivo)	I
Legenda: P = Presente I = da Inserire		

Il portale web sarà integrato dalle informazioni sui tempi e le liste di attesa previsti nella DGRC 170/2007 e di seguito riportati:

	Descrizione del campo	Rilevanza
1	Tempo Massimo Regionale (Espresso in giorni)	Essenziale
2	Elenco delle prestazioni per cui è garantito il rispetto del tempo massimo	Essenziale
3	Elenco delle strutture erogatrici che assicurano i tempi massimi per le prestazioni di cui al punto2)	Essenziale
4	Elenco delle prestazioni per cui la prenotazione è obbligatoria	Essenziale
5	Spiegazione ed effetti delle classi di priorità	Essenziale
6	Luoghi, giorni ed orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice	Essenziale
7	Chi può accedere al CUP e dove	Utile
8	Call center informativo	Essenziale
9	Cosa occorre per prenotarsi (prescrizione, tessera sanitaria, ecc..)	Essenziale
10	Informativa sul divieto di sospensione delle prenotazioni	Essenziale
11	Informativa sull'eventuale sospensione dell'erogazione delle prestazioni	Essenziale
12	Costi dei servizi e delle prestazioni	Essenziale
13	Informativa sui regimi di erogazione (istituzionale piuttosto che quello libero-professionale) con indicazioni sulle modalità di utilizzo e sulle iniziative adottate per rendere i due regimi più equi	Essenziale
14	Newsletter sui tempi e liste di attesa	Utile
15	FAQ sui tempi e le liste di attesa	Essenziale
16	Informativa sui diritti del cittadino in caso di superamento dei tempi massimi (in accordo alla Legge finanziaria 2006 e al comma 13 dell'art. 3 del D.Lgs. 29/4/98 n. 124)	Essenziale
17	Informazioni circa l'obbligo e le modalità di comunicare l'eventuale annullamento o modifica della prenotazione	Essenziale



15) MONITORAGGIO DELLE LISTE DI ATTESA

L'Azienda effettua trimestralmente la rilevazione delle liste di attesa a norma dell'art. 6 comma 2 della Legge Regionale n. 1, utilizzando il disciplinare tecnico nazionale e regionale fornito. La rilevazione sarà indirizzata prioritariamente alle prestazioni "sentinella" individuate nel piano programmatico aziendale. Le modalità del Monitoraggio del Sistema e del Monitoraggio delle Liste di Attesa saranno prontamente adeguate a seguito di notifica del provvedimento assessorile all'uopo approvato.

Si allega l'elenco delle prestazioni della rilevazione effettuata in data 6 novembre 2006 su tutto il territorio, con i tempi di attesa e le strutture presso cui è possibile usufruire della prestazione.

16) LA PARTECIPAZIONE AL CUP REGIONALE

Il CUP aziendale, così come strutturato, sarà collegabile al sistema CUP regionale non appena sarà approntato il "NAG" regionale.

Il Referente Aziendale Liste Attesa

Firmato Dott. Antonio Capozzi

Il Direttore Sanitario

Firmato Dott. Tommaso Zerella

Il Direttore Generale

Firmato Dott. Bruno De Stefano



A. AREA ONCOLOGICA						
Prestazioni ambulatoriali						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Cod. STS11 HSP11	Denominazione Erogatore	TM/TR
1	Visita oncologica		89.7	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	10 / 7
2	Visita radioterapia pretrattamento		89.03	150906	A..O. "G.RUMMO" - Bn	10 / 2
Radiologia						
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 – 87.37.2	173200	Centro Ex CPA – (DS Bn1)	15 / 2
TC con o senza mezzo di contrasto						
4	Torace	87.41	87.41 – 87.41.1	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2
Risonanza Magnetica						
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 – 88.91.2	171300	Centro DI.TAR Bn	15 / 5
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 – 88.95.5	171300	Centro DI.TAR Bn	15 / 5
Ecografia						
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 – 88.75.1 88.76.1	150031	Presidio Osp. ASL S.Agata dei Goti	15 / 1
11	Mammella	88.73	88.73.2	150031	Presidio Osp. ASL S.Agata dei Goti	15 / 1
Esami Specialistici						
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 11
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 11
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 11
15	Broncoscopia	33.23	33.22	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2
16	Colposcopia	70.21	70.21	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	15 / 2



17	Cistoscopia	57.32	57.32	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15 / 9
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15 / 9
Radioterapia						
19	Sessione di radioterapia	V 58.0	92.24.1 – 92.24.2 92.25.1 – 92.25.2	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15 / 65
Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi			TM/TR
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categ. 85.4	Categoria 174	150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	20 / 4
21	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185	150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	20 / 2
22	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7 45.8 48.5 48.6	Categorie 153 – 154	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	20 / 1
23	Interventi ginecologici (per tumori utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	20 / 1
Prestazioni in day hospital/day surgery						
24	Chemioterapia	99.25	V 58.1	150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	10 / 2

B. AREA CARDIOVASCOLARE						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore			TM/TR
25	Visita cardiologia	89.7	89.7	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 1



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO 1 - Via Oderisio 1 – 82100 Benevento

26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 29
Ecografia						
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	173200	Centro Ex CPA – (DS Bn1)	60 / 18
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 8
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 37
Esami Specialistici						
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 2
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 1
Riabilitazione						
34	Cardiologia	93.36	93.36		UOC Riabilitazione (Via S. Pasquale .BN)	30 /
Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi			TM/TR
35	By Pass aortocoronarico	36.10				60 / NE
36	Angioplastica Coronaria (PTCA)	Categ. 36.0		150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	60 / 4
37	Endoarteriectomia Carotidea	38.12		150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	60 / 6
Prestazioni in day hospital/day surgery						
38	Coronarografia	88.55 88.56 88.57		150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	60 / 4

C. AREA MATERNO INFANTILE						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore			TM/TR
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 1
Ecografia						
40	Ostetrica-ginecologica	88.78 88.79	88.78 – 88.78.2	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 1

D. AREA GERIATRICA						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore			TM/TR
41	Visita neurologica	89.7	89.13	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 2
TC con o senza contrasto						
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 2
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 2
44	Bacino	88.38	88.38.5	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	60 / 8
Esame specialistici						
45	Audiometria	95.41	95.41.1	220800	Poliamb.Colle Sannita (DS Morcone)	60 / 17
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	173200	Centro Ex CPA – (DS Bn1)	60 / 2
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	220000	Poliambulatorio DS Morcone	60 / 37



Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi			TM/TR
48	Intervento protesi d'anca	81.51 81.52 81.53		150032	Osp.Fatebenefratelli-Bn	60 / 4
Prestazioni in day hospital/day surgery						
49	Cataratta	13		150034	Casa di Cura Nuova Clinica S.Rita-	60 / 5

E. VISITE SPECIALISTICHE A MAGGIOR IMPATTO						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore			TM/TR
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 2
51	Visita oculistica	95.0	95.02	220000	Poliambulatorio DS Morcone	30 / 37
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	220800	Poliamb.Colle Sannita (DS Morcone)	30 / 17
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	150036	Presidio Osp. ASL Osp.Cerreto Sannita	30 / 1
54	Visita urologia	89.7	89.7	220800	Poliamb.Colle Sannita (DS Morcone)	30 / 7

Legenda: TM = Tempo Massimo (gg) - TR = Tempo Rilevato (gg) - NE = Non Eseguito



A. AREA ONCOLOGICA						
Prestazioni ambulatoriali						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore	Cod. STS11 HSP11	Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
1	Visita oncologica		89.7	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	10
2	Visita radioterapia pretrattamento		89.03	150906	A..O. "G.RUMMO" – Bn	10
Radiologia						
3	Mammografia (no screening)	87.37	87.37.1 – 87.37.2	173200	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
TC con o senza mezzo di contrasto						
4	Torace	87.41	87.41 – 87.41.1	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
Risonanza Magnetica						
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 – 88.91.2	171300	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 – 88.95.5	171300	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
Ecografia						
10	Addome	88.74 88.75 88.76	88.74.1 – 88.75.1 88.76.1	150031	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
11	Mammella	88.73	88.73.2	150031	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
Esami Specialistici						
12	Colonscopia (no screening)	45.23	45.23	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
15	Broncoscopia	33.23	33.22	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15



AZIENDA SANITARIA LOCALE BENEVENTO 1 - Via Oderisio 1 – 82100 Benevento

16	Colposcopia	70.21	70.21	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	15
17	Cistoscopia	57.32	57.32	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15
Radioterapia						
19	Sessione di radioterapia	V 58.0	92.24.1 – 92.24.2 92.25.1 – 92.25.2	150906	A..O. " G.RUMMO " - Bn	15
Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi			TM
20	Interventi chirurgici tumore mammella	Categ. 85.4	Categoria 174	150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	20
21	Interventi chirurgici tumore prostata	60.5	185	150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	20
22	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7 45.8 48.5 48.6	Categorie 153 – 154	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	20
23	Interventi ginecologici (per tumori utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	20
Prestazioni in day hospital/day surgery						
24	Chemioterapia	99.25	V 58.1	150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	10



B. AREA CARDIOVASCOLARE						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
25	Visita cardiologia	89.7	89.7	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
Ecografia						
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	173200	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
Esami Specialistici						
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
Riabilitazione						
34	Cardiologia	93.36	93.36		Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
35	By Pass aortocoronarico	36.10				NE
36	Angioplastica Coronaria (PTCA)	Categ. 36.0		150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
37	Endoarteriectomia Carotidea	38.12		150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
Prestazioni in day hospital/day surgery						
38	Coronarografia	88.55 88.56		150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60



		88.57				
--	--	-------	--	--	--	--

C. AREA MATERNO INFANTILE

Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
Ecografia						
40	Ostetrica-ginecologica	88.78 88.79	88.78 – 88.78.2	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60

D. AREA GERIATRICA

Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
41	Visita neurologica	89.7	89.13	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
TC con o senza contrasto						
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
Esame specialistici						
45	Audiometria	95.41	95.41.1	220800	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	173200	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	220000	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60



Prestazioni in ricovero ordinario						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice Interv.	Codice Diagnosi		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
48	Intervento protesi d'anca	81.51 81.52 81.53		150032	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60
Prestazioni in day hospital/day surgery						
49	Cataratta	13		150034	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	60

E. VISITE SPECIALISTICHE A MAGGIOR IMPATTO						
Numero (come indicato al punto 3 dell'intesa)	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore		Denominazione Struttura che garantisce i tempi massimi	TM
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
51	Visita oculistica	95.0	95.02	220000	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	220800	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	150036	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30
54	Visita urologia	89.7	89.7	220800	Azienda Sanitaria Locale Benevento 1	30

Legenda: TM = Tempo Massimo (gg) - NE = Non Eseguito



Diagramma di Gantt

Anno 2007 - Mesi --->

		M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
A1	Atto formale della ASL d'adozione del PCTA	■									
A2	Ricognizione degli atti adottati in materia	■									
B1	Elenco delle prestazioni con i relativi tempi massimi di attesa	■									
B2	Tempi massimi d'attesa fissati per le singole prestazioni	■									
C1	Promozione dell'appropriatezza della domanda	■									
C2	Presenza nel PCTA di formale adesione ai percorsi diagnostico-terapeutici già esistenti e a definirsi	■									
C3	Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prescrizioni oggetto di monitoraggio	■									
C4	Predisposizione di revisioni periodiche dell'attività prescrittiva per le prestazioni oggetto di monitoraggio	■									
C5	Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti, defferenziando il ruolo degli ospedali dal territorio, nonché delle modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture presenti nei diversi ambiti zonali	■									
C6	Razionalizzazione/ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta anche in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni	■	■	■	■	■	■	■	■		
C7.1	Attivo ed operativo il CUP Web Aziendale	■									
C7.2	Integrazione con il CUP Regionale - Progetto SPICCA (Predisposizione al collegamento)	■									
C7.3	Modifiche al CUP Aziendale per recepire le direttive del PRCTA (D.G.R.C. 880/2006 e successive modifiche ed integrazioni)	■	■	■	■	■	■	■	■		
C8	Predisposizione di iniziative e definizione di procedure per gestire l'intera offerta tramite il sistema CUP	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
C9	Velocizzazione del processo di refertazione e contenuto informativo del referto	■	■	■	■	■	■	■	■		
C10	Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste di attesa ai cittadini	■									
C11	Rapporto degli utenti e delle loro associazioni e informazione e rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente	■	■	■	■						
C12	Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni	■									
C13	Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi di attesa	■	■	■	■						
C14	Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa	■	■	■	■						
D1	Gestione delle procedure obbligatorie per i ricoveri programmati	■	■	■	■	■	■	■	■		
D2	Tenuta dell'agenda di prenotazione dei ricoveri presso le strutture a gestione diretta e quelle accreditate in accordo contrattuale, secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili"	■	■	■	■	■	■	■	■		
D3	Inserimento nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) della data di prenotazione (e della classe di priorità)	■									

Considerazioni relative ai punti del DIAGRAMMA di GANTT:

- C7.2 L'integrazione con il CUP regionale sarà possibile non appena pronto il NAG. Il software è già attualmente predisposto per il collegamento.**
- C8 Il CUP Aziendale è già predisposto per accettare le agende dei CTA. La reale fattibilità deriverà dagli accordi con le associazioni di categoria o da disposizioni al livello regionale.**
- C9 Il software attualmente in uso consente di effettuare la refertazione. L'utilizzo di questo mezzo sarà valutato in termini di costo/beneficio essendo il referto consegnato contestualmente all'esecuzione della prestazione nel 90% dei casi.**
- D3 La classe di priorità potrà essere inserita nella SDO solo con l'adeguamento del software da parte della Regione.**