

OGGETTO: Presa 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 Conseguenziali

**Il Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico ed
Il Referente Unico Liste di Attesa**

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico e dal Referente unico Liste di Attesa, ai sensi della delibera Asl Napoli3Sud n. 669 del 26.09.2017, 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 dai dirigenti proponenti a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabili del trattamento anche alla fine della pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui alla D.L.gs 30 giugno 2003, n° 196, con conseguenziale assunzione di responsabilità;

Dichiarata la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n° 190;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto all'Atto Aziendale dell'ASL Napoli 3 Sud, Delibera n. 372 del 31/05/2017

VISTI :

- 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;
- 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;
 - 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*";

- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente 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;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010, con cui il Presidente della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- le deliberazioni del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013, con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della regione Campania;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario ad acta il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario ad acta il dott. Claudio D'Amario;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017 con la quale, all'esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall'incarico commissariale, il Presidente della Regione Campania è stato nominato, quale 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.;
- la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10/07/2017, che:
 - 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 ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto vii) *“attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”*;
- Visto il Decreto Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro 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”*.

❖ **Visti i documenti e gli atti dell'Asl Napoli 3 Sud:**

- Delibera n° 859 del direttore generale 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”*;
- Delibera n° 49 del direttore generale del 31 gennaio 2017 con oggetto *“Adozione Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza”*;

- Delibera n° 372 del 31 maggio 2017 del direttore generale con oggetto “Modifica ed Integrazione deliberazione del Direttore Generale n° 246 del 5 Aprile 2017 Presa d’atto della nota regionale n° 307478 del 28 aprile 2017, osservazioni regionali- Adozione Nuovo Atto Aziendale dell’Asl Napoli 3 sud”;
- Delibera n° 62 del 29 gennaio 2016 del Commissario Straordinario con oggetto “Presa d’atto -Piano Performance 2016/17/18”;
- Delibera n° 194 del 24 marzo 2016 “Adozione Carta dei Servizi Pubblici Sanitari ASL Napoli 3 Sud”;
- Delibera n° 458 del 30 luglio 2012 “Presa atto della carta della qualità dell’ASL Napoli 3 sud”;
- Delibera n° 86 dell’8 settembre 2016 del direttore generale con oggetto “Presa d’atto ed approvazione Nuovo regolamento attività libero professionale intramoenia (A.L.P.I.) Revoca della deliberazione del Commissario Straordinario n° 419 del 14 luglio 2015;
- Delibera n° 542 del 31 ottobre 2009 del commissario straordinario con 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 858 del 8 maggio 2009.Approvazione Piano Attuativo per il contenimento dei tempi di attesa (PACTA) Asl Napoli 3 sud;
- La nota n° 103914 del 11 settembre 2017 a firma della direzione strategica con oggetto “Decreto C.A. n° 34 dell’8 agosto 2017 “**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*).”- Trasmissione cronoprogramma. (All. n° 3).
- La Delibera n. 669 del 26/09/2017 “Presa d’atto del Decreto Commissario ad Acta n. 34 del 08/08/2017- Nomina del Referente Aziendale Unico per le Liste di Attesa dell’attività istituzionale e dell’attività libero professionale intra-moenia.

PREMESSO:

- Che il problema della gestione delle liste e dei tempi d’attesa è diffuso in tutti sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie e che il tempo di attesa dipende da molteplici cause che interagiscono tra di loro, alcune delle quali assumono naturalmente un maggior peso e sono quindi considerate rilevanti nelle diverse strategie con cui il problema viene affrontato;
- Che nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) l’erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è considerata una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- che la trasparenza, il governo e la gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell’attività libero professionale *intra moenia* sono argomenti specificamente richiamati anche dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), già in sede di Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015) e nell’ambito del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016),

quali aree di rischio specifiche che necessitano di un elevato grado di monitoraggio ed attenzione *“in relazione anche al rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e al fatto che i comportamenti opportunistici e i rischi corruttivi in questo settore si sostanziano in disparità di trattamento nei confronti dell’utente finale”*;

VISTI:

- Il D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed in particolare l’art. 15-*quinquies*, che fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;
- Il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l’Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;
- la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell’ambito dell’attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest’ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell’organizzazione dei servizi resi nell’ambito dell’attività istituzionale;
- l’Intesa del 29 aprile 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni (rep. 52/CSR) ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 131/2003, sulle Linee guida nazionali del sistema CUP;
- l’Intesa del 28 ottobre 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni (rep. 189/CSR) ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 131/2003, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012;
- Il documento *“Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa”*, elaborato dall’AGENAS e dal Ministero della Salute e trasmesso alle Regioni da detto Ministero il 30 dicembre 2010, che indica come *“obbligatori, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, tutti i campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell’art. 50 della L.326/03”*;
- Il Decreto del Ministero dell’Economia e delle Finanze del 2 novembre 2011 *“Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all’articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)”*;
- Il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”*, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell’8 novembre 2012;

- l'articolo 41, comma 6, del D. Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private";
- l'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" e all'art. 21 "Attività intramoenia";
- l'Intesa del 19 febbraio 2015, ai sensi della Legge n. 120 del 3 agosto 2007 art.1 comma 4bis, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente i criteri per la verifica del programma sperimentale per lo svolgimento delle attività libero professionali intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete;

VISTI, ALTRESÌ:

- la DGRC n. 170 del 10.2.2007 concernente l'aggiornamento del Piano Regionale di contenimento sulle Liste di Attesa già adottato con precedente DGRC n. 880/2006;
- il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012 (PRGLA) adottato con DGRC n. 271/2012;
- il DCA 82/2016, avente per oggetto "Deliberazione di Giunta Regionale n. 329/2016. Presa d'atto" per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate per l'assistenza specialistica su tutto il territorio della Regione Campania;
- il DCA n. 134/2016, concernente la programmazione dei fondi vincolati "Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale, art. 1, commi 34 e 34 bis, della Legge 662/96" per l'annualità 2014, 2015 e 2016 che alla Linea Progettuale 1) prevede quale obiettivo "La creazione di un CUP regionale per la gestione delle prenotazioni e l'abbattimento delle liste di attesa";
- il DCA n. 14/2017, avente ad oggetto: "Programmi Operativi 2016 – 2018. Approvazione" che, all'Intervento 18.2, fissa specifici obiettivi per la Gestione delle liste d'attesa;

CONSIDERATO:

- Che in ordine al governo delle liste di attesa si impone l'attuazione di una serie di interventi più efficaci ed incisivi, da parte dell' Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud, fermi restando i principi e gli obiettivi di cui al PRGLA 2010-2012 approvato con DGRC n. 271/2012 che, per quanto non modificati dal DCA 34/2017 , risultano sostanzialmente confermati ed in particolare:
- Che le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato, i tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità e le 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 specialistiche e 29 di diagnostica strumentale, e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, di cui 5 in regime diurno e 10 in regime ordinario, per le quali sono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa; tutto schematicamente riportato nell'Allegato n°1 , quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- che è necessario ribadire che un equilibrato rapporto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale è stato individuato specifico elemento per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi assegnati alla direzione generale dell'Asl Napoli 3 sud ed è inoltre necessario confermare, altresì, che per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e per le 15 di ricovero ospedaliero, di cui al già citato Allegato n°1, il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, deve essere garantito al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie e che tale obiettivo costituisce elemento di valutazione dell'attività del Direttore Generale;

PROPONGONO AL DIRETTORE GENERALE

- Di prendere atto del 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 "pubblicato sul sito istituzionale sul link Servizi per il cittadino/Liste di Attesa. Pubblicato sul BURC n° 66 del 4 settembre 2017.

- Di adottare il Programma Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di attesa (All. n° 2 del presente documento) adeguato alle specifiche Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018, riportate nell'Allegato B del DCA 34/2017, finalizzate all'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa con particolare riferimento, nella fase di primo avvio, alle 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale ed alle 15 prestazioni di ricovero ospedaliero (di cui all'Allegato n°1), oggetto di specifico monitoraggio, in virtù di quanto già disposto dal PRGLA 2010-2012;

- Di individuare, quale obiettivo di valutazione della performance aziendale, che per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e le 15 di ricovero ospedaliero, di cui al già citato Allegato n°1, sia garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie;

- Di prevedere, presso la Direzione Sanitaria Aziendale al fine di rendere più omogenee, incisive ed efficaci le azioni aziendali e di governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, un Coordinamento aziendale che attiverà a suo volta Comitati Tecnici specifici per linee di attività secondo il nuovo Programma Attuativo dell'Asl Napoli 3Sud,;

- Di individuare, così come indicato nel DCA 34/2017 che le risorse relative all'applicazione dell'art. 2, comma 1, lettera e), secondo periodo, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, siano destinate in via esclusiva e vincolata, dalle competenti Aziende Sanitarie che sono tenute a trattenerle, al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle azioni previste nel Piano allegato (n°2);

- Di prendere atto che l'efficace governo delle liste di attesa è richiamato più volte nell'ambito del Decreto del Commissario *ad acta* n. 134/2016 di approvazione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge n. 662/1996, per gli anni 2014, 2015 e 2016, motivo per cui l'Asl Napoli 3 sud è tenuta a perseguire le richiamate linee progettuali utilizzando le relative risorse finanziarie vincolate anche per il perseguimento degli obiettivi e la realizzazione delle azioni previste dal Piano allegato (aal.n°2);
- Di evidenziare che, nel DCA 34/2017, si decide che eventuali ulteriori risorse finanziarie potranno essere attribuite alle Aziende Sanitarie, sulla base della favorevole istruttoria svolta dal Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLA), al fine di coprire specifici investimenti di tipo organizzativo e strumentale, volti al superamento definitivo e duraturo delle criticità rilevate.
- Di **individuare**, quali componenti del Coordinamento Aziendale per l'attuazione del Programma Attuativo Aziendale delle Linee Guida allegate al DCA 34/2017 :
 - Il Referente Unico Aziendale per le liste di attesa, Dr.ssa Annunziata Tavella, già coordinatrice dal 2014, nominata ai sensi del DCA n° 34 del 2017;
 - Direttore UOC Relazioni con il Pubblico (Responsabile Trasparenza) Dr.ssa Angela Improta o Suo delegato;
 - Direttore UOC Risk Management Dr.ssa Edvige Cascone o Suo delegato;
 - Direttore UOC G.O.T.S.I. Ing. Bruno Cavalcanti o Suo delegato;
 - Direttore Distretto Socio Sanitario n°51 Dr. Pasquale Annunziata o Suo delegato;
 - Direttore Assistenza Distrettuale Dr. Primo Sergianni o Suo delegato;
 - Direttore Medico di Presidio P.O. di Nola Dr. Andrea De Stefano o Suo Delegato;
 - Direttore UOC Controllo di Gestione Dr.ssa Antonella de Stefano o Suo delegato;
 - Dirigente UOSD A.L.P.I. Dr. Maurizio Di Gennaro

Il Referente Unico Liste di Attesa
f.to dr.ssa Annunziata Tavella

Il Direttore UOC Relazioni con il Pubblico
f.to dr.ssa Angela Improta

IL DIRETTORE GENERALE

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19 Luglio 2016.

Preso atto della dichiarazione resa dai dirigenti proponenti con la sotto iscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stes-

so atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy e della conformità della presente all'Atto Aziendale dell'Asl Napoli 3 sud approvato con DCA 39/2017.

Sentito il parere favorevole espresso del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario
f.to dr. Luigi Caterino

Il Direttore Amministrativo
f.to dr. Domenico Concilio

DELIBERA

- Di **prendere atto** del 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 "pubblicato sul sito istituzionale sul link Servizi per il cittadino Liste di Attesa. Pubblicato sul BURC n° 66 del 4 settembre 2017.
- Di **adottare** il Programma Attuativo Aziendale per il governo delle Liste di attesa (All. n° 2 del presente documento) adeguato alle specifiche Linee di indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa – obiettivi per gli anni 2017 e 2018, riportate nell'Allegato B del DCA 34/2017, finalizzate all'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa con particolare riferimento, nella fase di primo avvio, alle 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale ed alle 15 prestazioni di ricovero ospedaliero (di cui all'Allegato n°1), oggetto di specifico monitoraggio, in virtù di quanto già disposto dal PRGLA 2010-2012;
- Di **individuare**, quale obiettivo di valutazione della performance aziendale, che per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e le 15 di ricovero ospedaliero, di cui al già citato Allegato n°1, sia garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie;
- Di **prevedere**, presso la Direzione Sanitaria Aziendale al fine di rendere più omogenee, incisive ed efficaci le azioni aziendali e di governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, un Coordinamento aziendale che attiverà a suo volta Comitati Tecnici specifici per linee di attività secondo il nuovo Programma Attuativo dell'Asl Napoli 3Sud
- Di **individuare**, quali componenti del Coordinamento Aziendale per l'attuazione del Programma Attuativo Aziendale delle Linee Guida allegate al DCA 34/2017 :

Il Referente Unico Aziendale per le liste di attesa, Dr.ssa Annunziata Tavella, già coordinatrice dal 2014, nominata ai sensi del DCA n° 34 del 2017;

Direttore UOC Relazioni con il Pubblico (Responsabile Trasparenza) Dr.ssa Angela Improta o Suo delegato;

Direttore UOC Risk Management Dr.ssa Edvige Cascone o Suo delegato;

Direttore UOC G.O.T.S.I. Ing. Bruno Cavalcanti o Suo delegato;

Direttore Distretto Socio Sanitario n°51 Dr. Pasquale Annunziata o Suo delegato;

Direttore Assistenza Distrettuale Dr. Primo Sergianni o Suo delegato;

Direttore Medico di Presidio P.O. di Nola Dr. Andrea De Stefano o Suo Delegato;

Direttore UOC Controllo di Gestione Dr.ssa Antonella de Stefano o Suo delegato;

Dirigente UOSD A.L.P.I. Dr. Maurizio Di Gennaro;

- Di **dare mandato** al succitato coordinamento aziendale di proporre gruppi tecnici per gli specifici obiettivi, da approvare con documento di questa Direzione Generale, tra i tavoli tecnici è fondamentale prevedere un tavolo costante con i rappresentanti dei cittadini ed un tavolo tecnico di definizione di protocolli tecnici operativi tra il Coordinamento e tutte le attività garantite in ALPI;
- Di **stabilire**, così come nel DCA 34/2017 che le risorse relative all'applicazione dell'art. 2, comma 1, lettera e), secondo periodo, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, convertito con modificazioni dalla Legge n. 189 dell'8 novembre 2012, siano destinate in via esclusiva e vincolata, dalle competenti Aziende Sanitarie che sono tenute a trattenerle, al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle azioni previste dal presente provvedimento;
- Di **prendere atto** che l'efficace governo delle liste di attesa è richiamato più volte nell'ambito del Decreto del Commissario *ad acta* n. 134/2016 di approvazione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della Legge n. 662/1996, per gli anni 2014, 2015 e 2016, motivo per cui l'Asl Napoli 3 sud è tenuta a perseguire le richiamate linee progettuali utilizzando le relative risorse finanziarie vincolate anche per il perseguimento degli obiettivi e la realizzazione delle azioni previste dal presente provvedimento;
- Di **evidenziare** che, nel DCA 34/2017, si decide che eventuali ulteriori risorse finanziarie potranno essere attribuite alle Aziende Sanitarie, sulla base della favorevole istruttoria svolta dal Comitato Tecnico Regionale per le Liste di attesa (CTRLA), al fine di coprire specifici investimenti di tipo organizzativo e strumentale, volti al superamento definitivo e duraturo delle criticità rilevate;
- Di **prevedere** un supporto tecnico amministrativo garantito dall'attuale UOC Gabinetto ed successivamente dalla UOC Affari Istituzionali e Segreteria Generale, atteso che presso la direzione sanitaria aziendale è prevista l'I.P.A.S. Governo liste di attesa ai sensi dell'Atto aziendale dell'ASL Napoli 3 sud di cui al DCA 39/2017 ;
- Di **dare mandato** alla dr.ssa Annunziata Tavella di predisporre regolamento organizzativo del Coordinamento succitato entro 60 giorni dall'adozione del presente deliberato.

Il Direttore UOC Relazioni con il Pubblico sarà responsabile in via esclusiva della comunicazione istituzionale della presente deliberazione;

La presente deliberazione viene resa, data l'urgenza immediatamente esecutiva, la dr.ssa Annunziata Tavella ne curerà tutti i consequenziali adempimenti anche ai fini della trasparenza amministrativa.

Il Direttore Generale

f.to dr.ssa Antonietta Costantini

ALLEGATO n° 1

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO PER LE QUALI IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA COSTITUISCE OBIETTIVO DI VALUTAZIONE DEI DIRETTORI GENERALI DELLE AZIENDE SANITARIE DEL S.S.R.

(Come da PNGLA 2010-2012)

A) PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

VISITE SPECIALISTICHE

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore | Codice |
|----|-----------------------------|---------------------|--------|
| 1. | Visita cardiologia | 89.7 | 08 |
| 2. | Visita chirurgia vascolare | 89.7 | 14 |
| 3 | Visita endocrinologia | 89.7 | 19 |
| 4 | Visita neurologica | 89.13 | 32 |
| 5 | Visita oculistica | 95.02 | 34 |
| 6 | Visita ortopedica | 89.7 | 36 |
| 7 | Visita ginecologica | 89.26 | 37 |
| 8 | Visita otorinolaringoiatria | 89.7 | 38 |
| 9 | Visita urologia | 89.7 | 43 |
| 10 | Visita dermatologica | 89.7 | 52 |
| 11 | Visita fisiatrice | 89.7 | 56 |
| 12 | Visita gastroenterologica | 89.7 | 58 |
| 13 | Visita oncologica | 89.7 | 64 |
| 14 | Visita pneumologica | 89.7 | 68 |

PRESTAZIONI STRUMENTALI

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore |
|----|-----------------------------------------------------|---------------------|
| 15 | Mammografia | 87.37.1 - 87.37.2 |
| 16 | TC senza e con contrasto Torace | 87.41 - 87.41.1 |
| 17 | TC senza e con contrasto Addome superiore | 88.01.2 - 88.01.1 |
| 18 | TC senza e con contrasto Addome inferiore | 88.01.4 - 88.01.3 |
| 19 | TC senza e con contrasto Addome completo | 88.01.6 - 88.01.5 |
| 20 | TC senza e con contrasto Capo | 87.03 - 87.03.1 |
| 21 | TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale | 88.38.2 - 88.38.1 |
| 22 | TC senza e con contrasto Bacino | 88.38.5 |
| 23 | RMN Cervello e tronco encefalico | 88.91.1 - 88.91.2 |
| 24 | RMN Pelvi, prostata e vescica | 88.95.4 - 88.95.5 |
| 25 | RMN Muscoloscheletrica | 88.94.1 - 88.94.2 |
| 26 | RMN Colonna vertebrale | 88.93 - 88.93.1 |
| 27 | Ecografia Capo e collo | 88.71.4 |
| 28 | Ecocolordoppler cardiaca | 88.72.3 |

| | | |
|----|------------------------------------------|-----------------------------|
| 29 | Ecocolordoppler dei tronchi sovra ortici | 88 .73.5 |
| 30 | Ecocolordoppler dei vasi periferici | 88 .77 .2 |
| 31 | Ecografia Addome | 88 .74.1- 88.75.1 – 88.76.1 |
| 32 | Ecografia Mammella | 88 .73.1 - 88.73.2 |
| 33 | Ecografia Ostetrica-Ginecologica | 88.78 – 88.78.2 |

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

| N. | Prestazione | Codice Nomenclatore |
|----|------------------------------------------|-------------------------|
| 34 | Colonscopia | 45 .23 - 45 .25 - 45.42 |
| 35 | Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile | 45 .24 |
| 36 | Esofagogastroduodenoscopia | 45 .13 - 45 .16 |
| 37 | Elettrocardiogramma | 89 .52 |
| 38 | Elettrocardiogramma dinamico (Holter) | 89 .50 |
| 39 | Elettrocardiogramma da sforzo | 89 .41 - 89 .43 |
| 40 | Audiometria | 95 .41 .1 |
| 41 | Spirometria | 89 .37 .1 - 89.37.2 |
| 42 | Fondo Oculare | 95 .09.1 |
| 43 | Elettromiografia | 93.08.1 |

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN la classificazione delle classi di priorità è la seguente:

- **U (Urgente)**, da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**;
- **B (Breve)**, da eseguire **entro 10 giorni**;
- **D (Differibile)**, da eseguire **entro 30 giorni** per le visite o **60 giorni** per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)**, da eseguire entro un arco temporale massimo di **180 giorni**.

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

- **Classe U**, prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
- **Classe B**, prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
- **Classe D**, prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione disabilità;
- **Classe P**, prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

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

La scelta dell'utente nei confronti di una specifica struttura erogatrice presso cui vi sia disponibilità, comporta la decadenza dal diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa definito in rapporto alla priorità richiesta.

Per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale sopra riportate le classi di priorità ed i relativi tempi di attesa, così come per tutte le altre prestazioni ambulatoriali, sono quelli della sottostante tabella.

| Prestazioni ambulatoriali (Visite e prestazioni diagnostiche-terapeutiche- Riabilitative) | Classi di priorità | Tempi Massimi di attesa | Si riferiscono alle prime visite/accertamenti - sono esclusi i controlli e gli screening |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tutte le Prestazioni | U | 72 Ore | Priorità della ricetta del SSN |
| Visite | B | 10 Gg | |
| Prestazioni Strumentali | B | 10 Gg | |
| Visite (*) | D | 30 Gg | |
| Prestazioni strumentali | D | 60 Gg | |
| Tutte le prestazioni | P | 180 Gg | |

(*) Il tempo di attesa per la visita fisiatrica con la classe D è di 30 giorni come per tutte le altre visite.

B) PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

| N. | Prestazione | Codice intervento | Codice diagnosi |
|----|-----------------------------------|-----------------------|-----------------|
| 44 | Chemioterapia (1) | 99.25 | V58.1 |
| 45 | Coronarografia | 88.55 - 88.56 - 88.57 | |
| 46 | Biopsia percutanea del fegato (1) | 50.11 | |
| 47 | Emorroidectomia | | |
| 48 | Riparazione ernia inguinale (1) | 53.0-53.10 | |

(1) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio verrà svolto in tale setting assistenziale.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

| N. | Prestazione (2) | Codice intervento | Codice diagnosi |
|----|------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
| 49 | Interventi chirurgici tumore Mammella | Categoria 85.4 | Categoria 174 |
| 50 | Interventi chirurgici tumore Prostata | 60.5 | 185 |
| 51 | Interventi chirurgici tumore colon retto | 45 .7x - 45.8 ; 48.5 - 48.6 | Categorie 153 - 154 |
| 52 | Interventi chirurgici tumori dell'utero | Da 68.3 a 68 .9 | Categoria 182 |

| | | |
|----|------------------------------------------|---------------------------|
| 53 | By pass aortocoronarico | 36 .10 |
| 54 | Angioplastica Coronarica (PTCA) | Categoria 36.0 |
| 55 | Endoarteriectomia carotidea | 38 .12 |
| 56 | Intervento protesi d'anca | 81 .51 - 81 .52 - 81 .53 |
| 57 | Interventi chirurgici tumore del Polmone | 32 .3 - 32.4 - 32.5 -32.9 |
| 58 | Tonsillectomia | 28 .2-28.3 |

(2) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente o esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, il monitoraggio verrà svolto in tale setting assistenziale.

Per tutte le prestazioni di ricovero garantite dal SSN, ivi comprese quelle sopra riportate, le classi di priorità ed i relativi tempi di attesa sono quelli della sottostante tabella.

| | |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente o che possono recare grave pregiudizio alla prognosi |
| B | Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che non presentano intenso dolore o gravi disfunzioni o gravi disabilità e che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa diventare grave pregiudizio alla prognosi |
| C | Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità e che non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere pregiudizio per la prognosi |
| D | Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici senza dolore, disfunzione o disabilità. Questi ricoveri debbono essere effettuati comunque entro almeno 12 mesi |



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

“Piano d’intervento per l’efficace governo dei tempi e delle liste di attesa”

Anni 2017-2018

Direttore Generale
Dr.ssa Antonietta Costantini

A cura del referente Aziendale Unico per le liste di attesa
delle attività istituzionali e dell’attività libero professionale
Dr.ssa Annunziata Tavella

Linee di indirizzo aziendali per la riduzione dei Tempi di Attesa



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

Sommario

Premessa

Art.1 - Analisi del Contesto Asl Napoli 3 sud

Art. 2 - Organizzazione per ambiti territoriali

Art.2.1 - Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di Specialistica ambulatoriale di primo accesso in maniera uniforme su tutta L'Asl Na 3 Sud - Percorsi di Garanzia

Art. 3 - Riorganizzazione del Centro Unico di Prenotazione (C.U.P.)

Art. 3.1 - Modifiche Agende C.U.P.

Art. 3.2 - Indicazione della classe di priorità e del quesito diagnostico da parte del medico prescrittore.

Art.3.3 - Gestione delle Agende di Prenotazione

Art. 4 - Implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici

Art. 5 - Appropriatezza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

Art. 6 - Miglioramento dell'accessibilità al C.U.P.

Art. 7 - Monitoraggio e Valutazione Performance del rispetto dei tempi massimi di attesa

Art. 8 - Equilibrio tra i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli relativi all'attività libero professionale

Art. 9 - Le liste di Attesa per l'accesso alle prestazioni riabilitative erogate dai centri accreditati.

Art.10 - Comunicazione e Trasparenza

Art. 11 - Piano Finanziario



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

Premessa

Con delibera 669 del 26/09/2017 è stato individuato un Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

I Programmi Attuativi Aziendali (PAA) adottati ai sensi della DGRC n. 271/2012 già prevedevano l'individuazione di un Referente Aziendale Unico per le liste di attesa, ma nella realtà applicativa, nella ASL Napoli 3 Sud, come in altre Aziende Sanitarie, il Referente Aziendale Liste di Attesa effettuava il monitoraggio delle liste di attesa esclusivamente delle attività istituzionali.

Al fine di realizzare un più agevole ed immediato confronto tra i tempi di attesa dell'attività istituzionale e quelli dell'attività libero professionale, nonché di verificare che tra gli stessi si mantenga nel tempo un rapporto equilibrato, si è ritenuto necessario che il Referente Aziendale Unico per le liste di attesa si occupi di entrambe le tipologie di attività.

Atteso che per motivi organizzativi si è ritenuto opportuno mantenere una responsabilità specifica e separata a presidio degli aspetti regolamentari, tecnici ed attuativi dell'attività libero professionale, la ASL Napoli 3 Sud ha affidato, per quanto concerne l'attività libero professionale, al Referente Aziendale Unico per le liste di attesa esclusivamente il monitoraggio e controllo dei tempi di attesa.

Obiettivo: nomina del Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale.

Tempi: già nominato ai sensi del DCA n. 34/17 con Delibera 669 26/09/2017 .

Art.1 - Analisi del Contesto Asl Napoli 3 Sud

1.2 Dati Socio demografici ed epidemiologici

L'Asl Napoli 3 Sud si estende su un territorio di circa 620 Km² 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 in quiescenza 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 cinta suburbana di Napoli.

1.2.1 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.

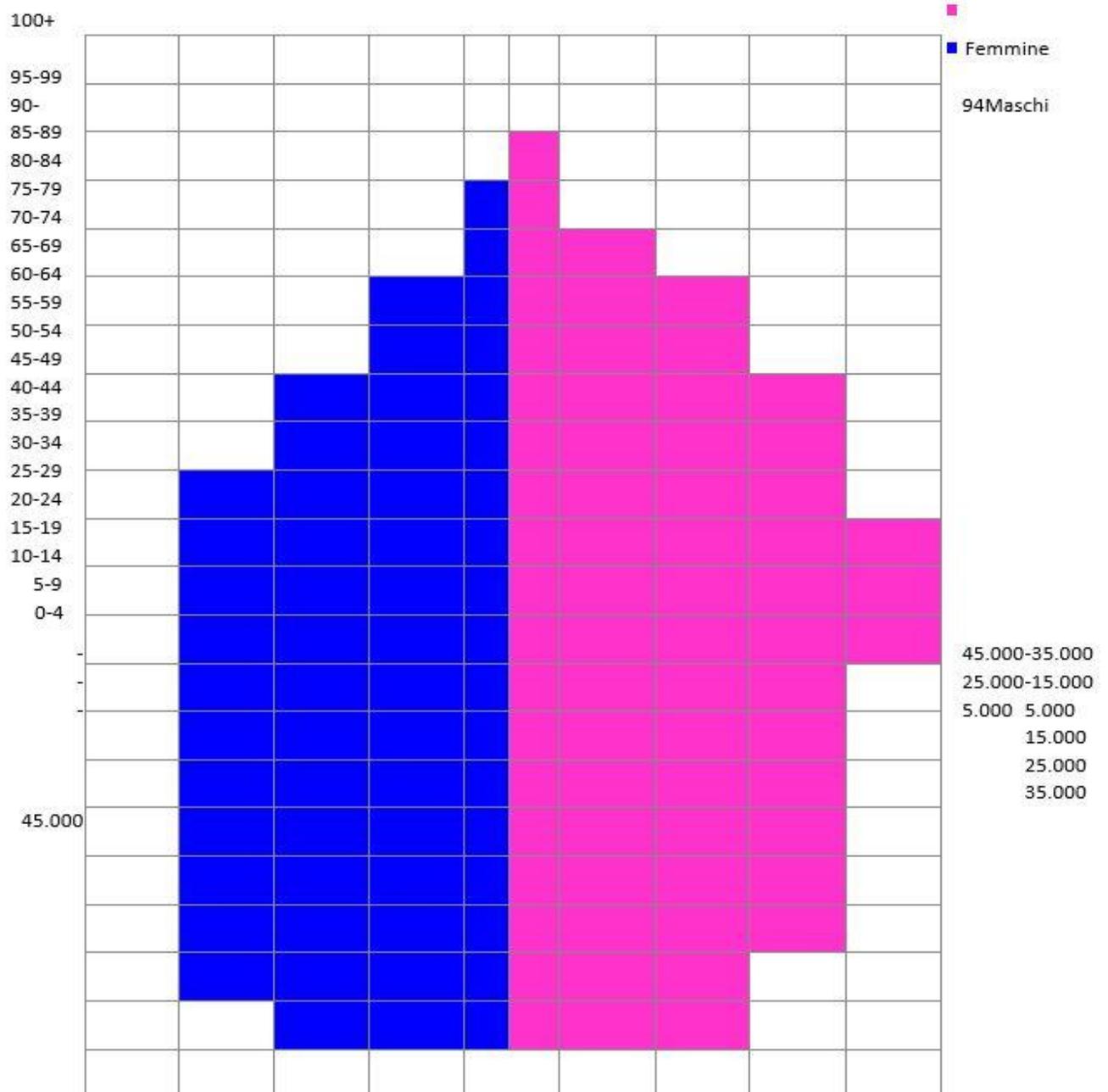
Le tabelle di seguito riportate riassumono tutti gli indicatori ed i parametri calcolati per distretto sulla base dei dati dei dati forniti dall'ISTAT <http://www.tuttitalia.it/statistiche/>

1.2.2 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 (≥ 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 |

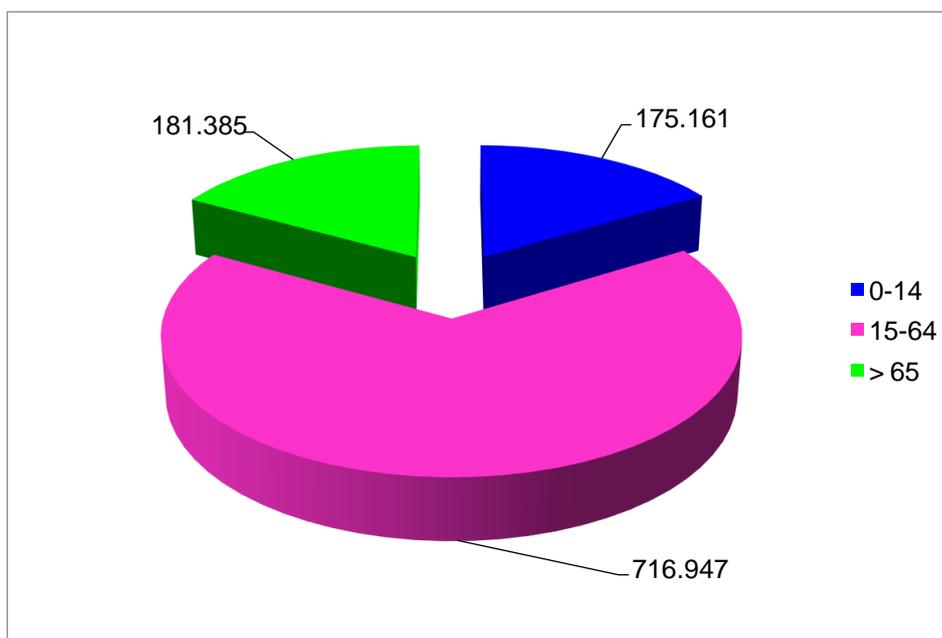
| | | | | | | |
|---------------|----------------|--------------|----------------|--------------|------------------|---------------|
| 60-64 | 28.742 | 2,68 | 31.136 | 2,90 | 59.878 | 5,58 |
| 65-69 | 27.870 | 2,60 | 30.467 | 2,84 | 58.337 | 5,43 |
| 70-74 | 19.801 | 1,84 | 23.065 | 2,15 | 42.866 | 3,99 |
| 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 |

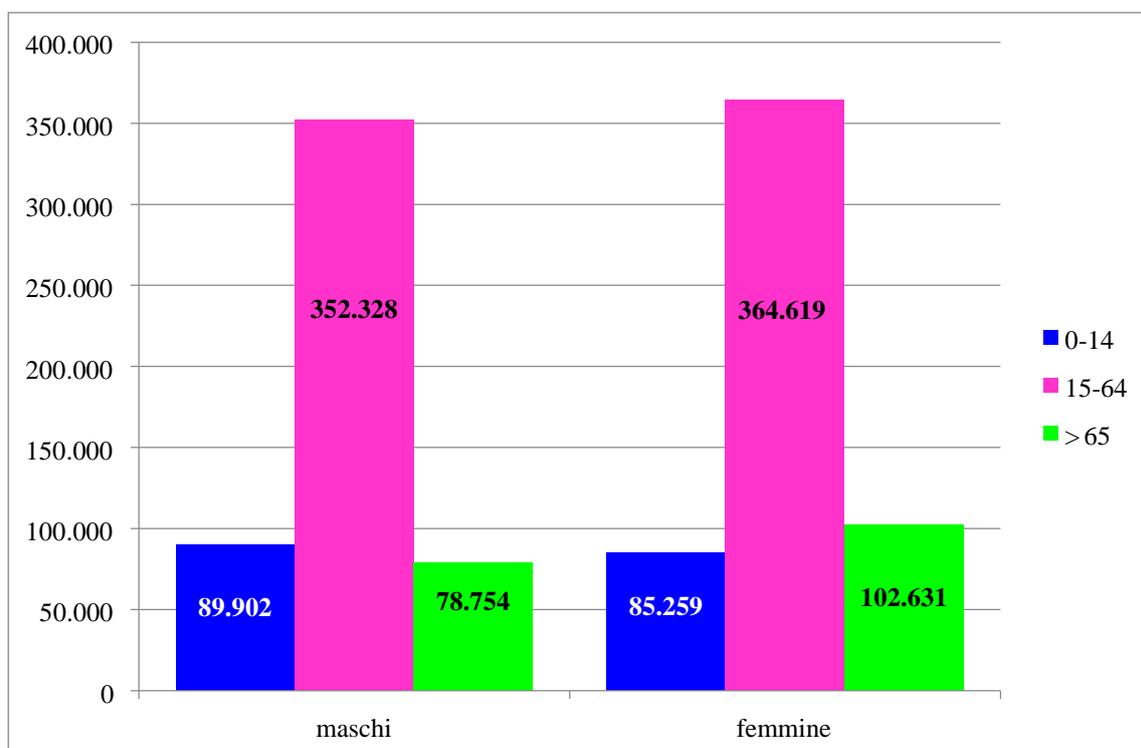


1.2.3 Distribuzione per fasce e sesso

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 NA3 Sud | 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.

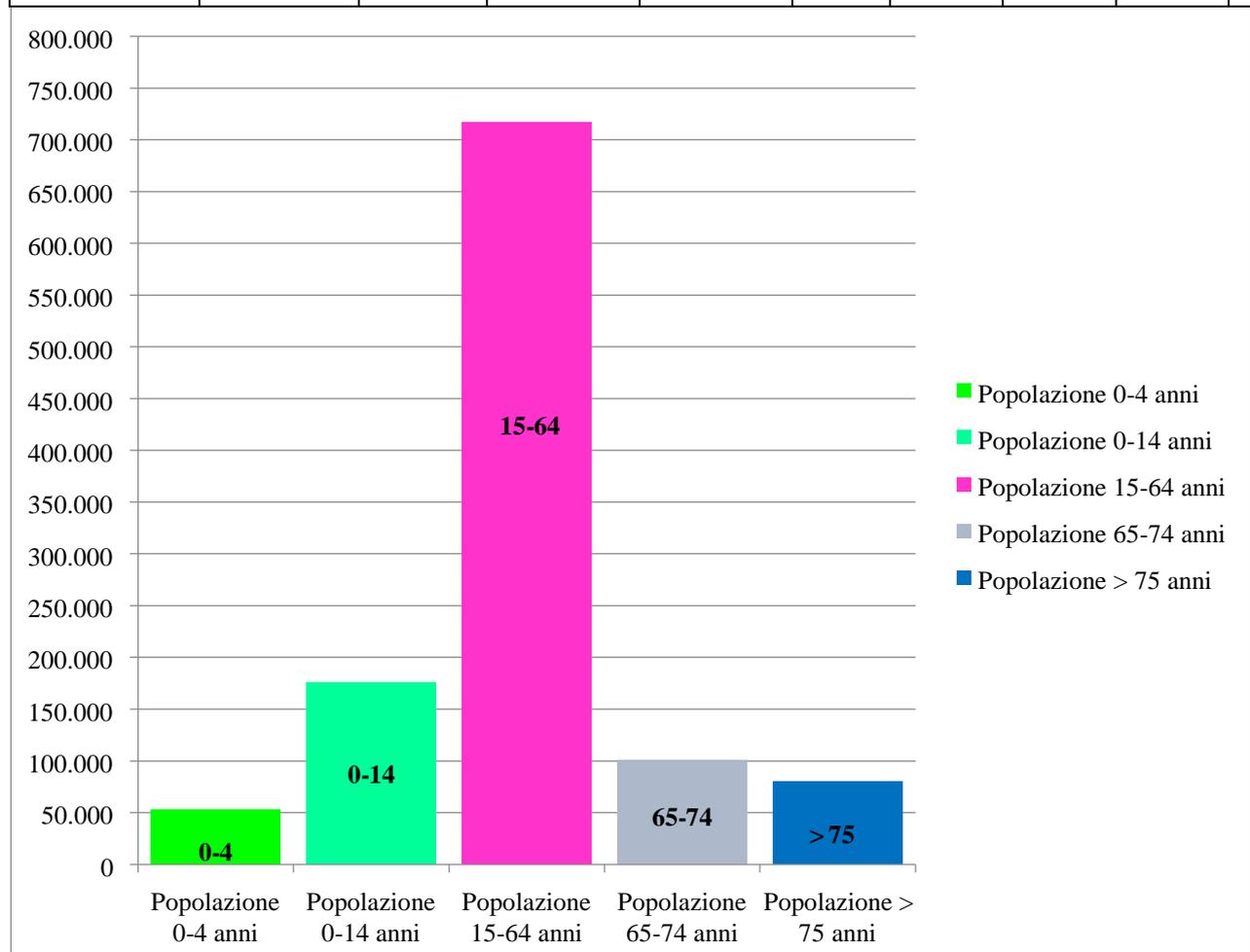
1.2.4 Tabella degli indici per Distretto

| Distretto | popolazione Totale 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 | 10.68 0 | 42.40 2 | 4.995 | 3.042 |
| Distretto 51 | 67.837 | 109,09 | 25,48 | 48,84 | 3.326 | 10.64 6 | 45.57 7 | 6.929 | 4.685 |
| Distretto 52 | 129.916 | 78,11 | 19,07 | 43,49 | 6.797 | 22.10 6 | 90.54 2 | 9.595 | 7.673 |
| Distretto 53 | 66.681 | 114,99 | 28,69 | 53,64 | 3.06 2 | 10.8 28 | 43.40 2 | 6.687 | 5.76 4 |
| Distretto 54 | 55.036 | 145,38 | 33,81 | 57,07 | 2.37 9 | 8.14 9 | 35.04 0 | 7.037 | 4.81 0 |
| Distretto 55 | 53.972 | 104,53 | 26,39 | 51,65 | 2.68 8 | 8.98 7 | 35.59 1 | 5.512 | 3.88 2 |
| Distretto 56 | 90.665 | 107,69 | 27,68 | 53,38 | 4.53 0 | 15.1 93 | 59.11 0 | 9.122 | 7.24 0 |
| 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 |

1.2.5 Tabella degli indici Asl Napoli 3 Sud

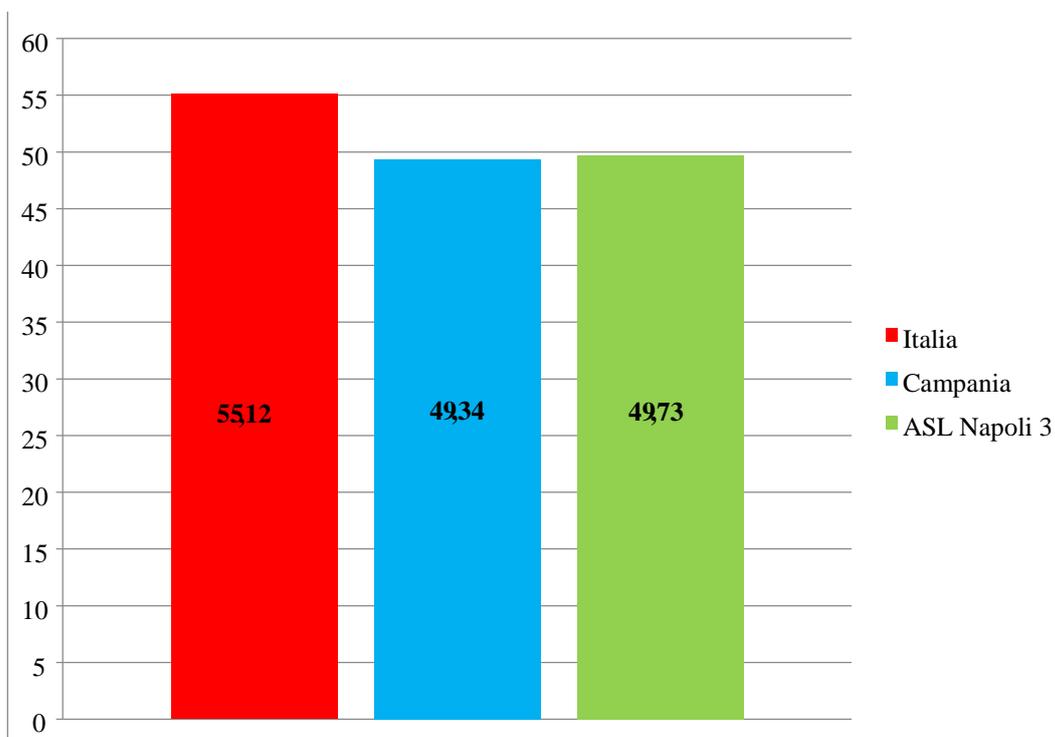
| | Popolazione Totale al 01/01/2015 | Indice di Vecchiaia | Indice di dipendenza anziani | Indice di dipendenza strutturale | Popolazione | | | | |
|------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------|------------|------------|-----------|
| | | | | | 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 |



1.2.6 Raffronto con dati Nazionali e Regionali

| | Popolazione Totale al 01/01/2015 | Indice di Vecchiaia | Indice di dipendenza anziani | Indice di dipendenza strutturale | Popolazione | | |
|------------------|----------------------------------|---------------------|------------------------------|----------------------------------|-------------|------------|------------|
| | | | | | 0-14 anni | 15-64 anni | > 65 |
| Italia | 60.795.612 | 157,70 | 33,73 | 55,12 | 8.383.122 | 39.193.416 | 13.219.074 |
| Campania | 5.861.529 | 113,40 | 26,22 | 49,34 | 907.340 | 3.925.061 | 1.029.128 |
| ASL Napoli 3 Sud | 1.073.493 | 103,55 | 25,30 | 49,73 | 175.161 | 716.947 | 181.385 |

1.2.7 Indice di dipendenza strutturale

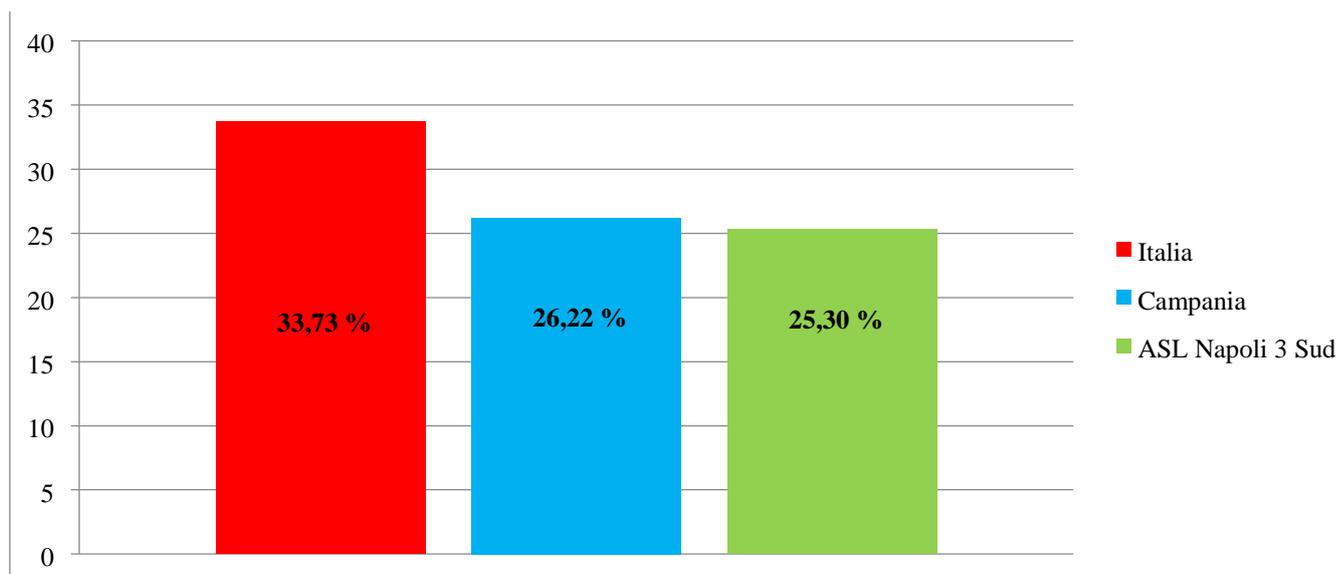


1.2.8 Indice di vecchiaia



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 - Brusciano, 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).

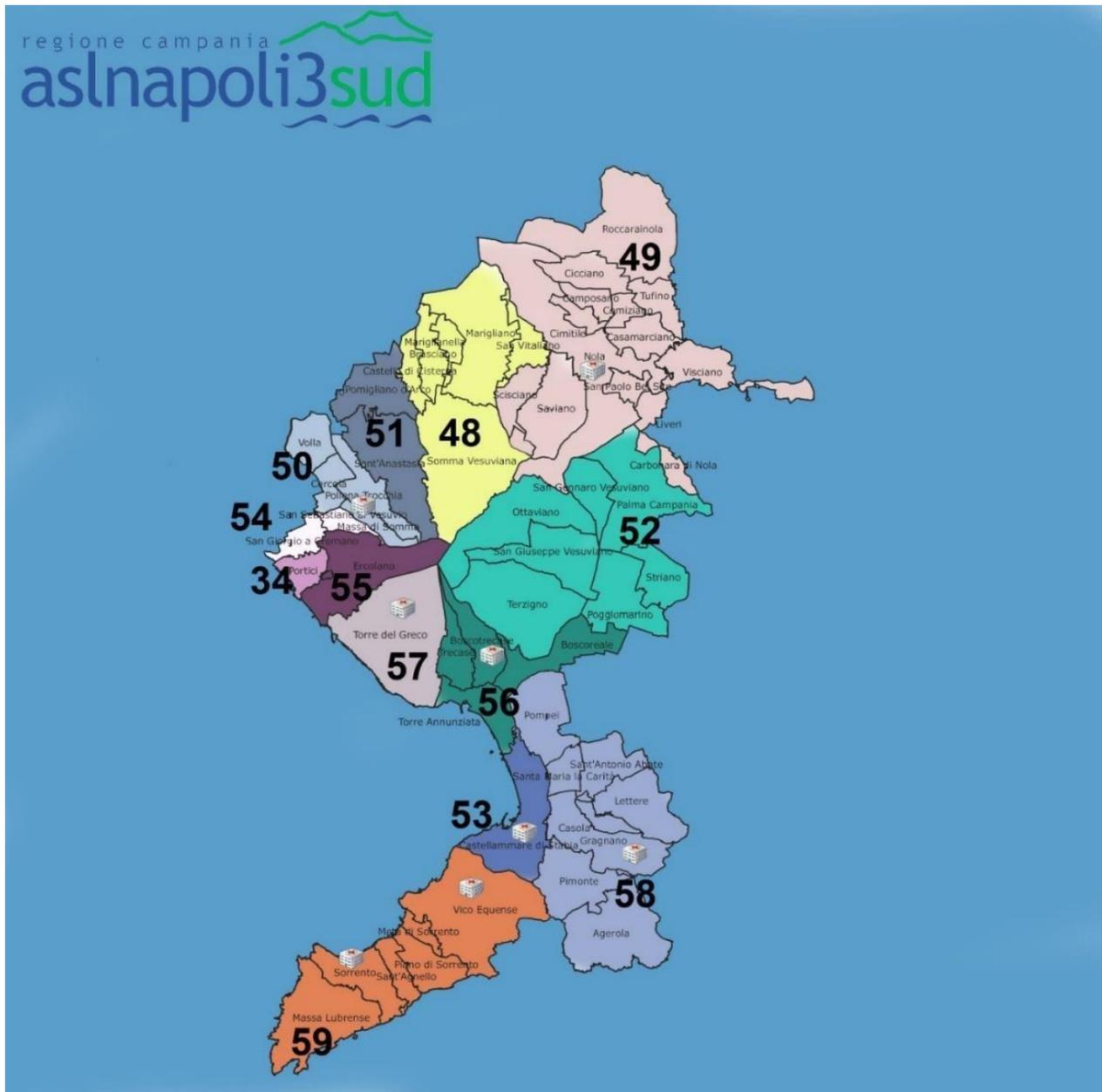
Distretto 50 – Cercola, Massa di Somma, Pollena Trocchia, Volla. (Ambito territoriale n. 24).

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 - Boscoreale, 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'Agnello, 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 |

Art. 2 - Organizzazione per ambiti territoriali

Art. 2.1 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: Ambiti e Percorsi di Garanzia

(APG)

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 suddividerà il proprio territorio di pertinenza in 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.

Il Gruppo di lavoro aziendale Adempimenti DCA 34/17 provvederà ad individuarne il numero e la composizione, a sottoporlo all'approvazione della Commissione “Liste di Attesa” e a proporle l'adozione alla Direzione Generale.

Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, se non erogate da nessuna struttura sanitaria aziendale o non garantibili nel rispetto dei tempi massimi, ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti, la ASL definirà specifici



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

accordi con altre strutture sanitarie extra aziendali, preferibilmente presenti nel territorio o, al massimo in aree limitrofe (cd. "Percorsi di Garanzia").

In prima istanza, la ASL darà priorità all'attivazione degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) aventi ad oggetto le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'Allegato A), rispetto alle quali sia stata indicata dal medico prescrittore la classe di priorità B (Breve, entro 10 giorni) o D (Differibile, entro 30/60 giorni) qualora con le sole strutture aziendali non sia possibile garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti.

Laddove si rivelerà necessario, la A.S.L. valuterà l'opportunità di attivare Percorsi di Garanzia, oltre che con le altre Aziende Sanitarie insistenti nel medesimo ambito territoriale, anche con gli erogatori privati accreditati insistenti negli Ambiti di Garanzia di riferimento, vincolandoli comunque al rispetto dei limiti di spesa e delle condizioni previste dai contratti stipulati e sottoscritti da entrambe le parti per l'esercizio finanziario in corso.

Nel caso di questa ultima eventualità si provvederà altresì all'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale.

Gli Ambiti di Garanzia verranno 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. A tal fine verrà presa in esame l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

A tale scopo, il sistema CUP aziendale verrà essere strutturato in maniera tale da proporre, 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. Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno dell'Ambito di Garanzia o erogabile attraverso specifici Percorsi di Garanzia, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi. Pertanto, nella fase di prenotazione, dovrà essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia".

Le A.S.L. assicurerà la massima diffusione, tra i propri assistiti, dell'informazione relativa all'attivazione di "Ambiti di Garanzia" e di "Percorsi di Garanzia", utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (sito *web* aziendale, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.).

Obiettivo: attivazione, in prima istanza, degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) aventi ad oggetto le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'Allegato A), rispetto alle quali sia stata indicata dal medico prescrittore la classe di priorità B (Breve, entro 10 giorni) o D (Differibile, entro 30/60 giorni).

Tempi: entro Marzo 2018.

Art. 3 – Riorganizzazione del Centro unico di Prenotazione

Art. 3.1 Modifica Agende CUP

Art. 3.2 Indicazione della classe di priorità e del quesito diagnostico da parte del medico prescrittore

Atteso

Che l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta, sulla base di criteri clinici condivisi, costituisce elemento essenziale ed imprescindibile per l'efficace governo dei tempi e delle liste di attesa,

che già la DGRC n. 271/2012 aveva previsto, in coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2010-2012, che le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la cd. biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prime visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

che la DGRC n. 271/2012 aveva altresì disposto l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni di prestazioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa.

che tali indicazioni non sono state applicate in maniera pedissequa.

che il recente passaggio alla ricetta dematerializzata, di cui al DM 2/11/2011, ha reso obbligatori il campo del quesito diagnostico per tutte le prestazioni ed i campi della tipologia di accesso e delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali di cui all'Allegato A.

ai sensi del disposto del DCA 34/17 la A.S.L. Napoli 3 Sud, è impegnata a promuovere e divulgare tali pratiche presso i medici prescrittori, verificandone l'effettivo e diffuso rispetto anche sulle ricette rosse, in prima istanza, quantomeno sulle prescrizioni delle 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui all'Allegato A).

L'utilizzo nella pratica prescrittiva dell'indicazione del grado di urgenza della prestazione richiesta, oltre alla segnalazione del quesito diagnostico, consentirà ai sistemi di prenotazione di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate anch'esse per classi di priorità.

Obiettivo: indicazione su tutte le ricette del SSN della classe di priorità e del quesito diagnostico.

Tempi: i) entro un mese per le prescrizioni delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui all'Allegato A);

ii) entro dodici mesi, per tutte le altre prescrizioni.

Art. 3.3 Gestione delle Agende di Prenotazione

Per l'efficace governo e monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa non si può prescindere dalla gestione informatizzata e trasparente di tutte le agende di prenotazione, che devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva, anche dal CUP integrato regionale.

In particolare, la A.S.L. Napoli 3 Sud garantisce che le agende di prenotazione siano organizzate secondo gli indirizzi esposti di seguito:

- tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
- tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
- per quanto riguarda, nello specifico, le agende di prenotazione dell'attività libero professionale, pur dovendo essere garantita – come si è detto – la piena informatizzazione e visibilità delle stesse da parte del CUP aziendale, la relativa gestione, per motivi organizzativi, resterà in capo ai singoli professionisti;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i “primi accessi” dagli “accessi successivi”;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere organizzate per classi di priorità e, nel caso delle AA.SS.LL., devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all'interno degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG), come definiti più avanti nel presente documento;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai “primi accessi”, devono essere opportunamente “semplificate”, con l'eliminazione delle agende ultraspecialistiche eventualmente esistenti; in generale, occorre evidenziare che, per ottimizzare la capacità produttiva, la sezione di tali agende relativa ai “primi accessi”, organizzata per codice di priorità, deve essere strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l'organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari. Le prestazioni ultraspecialistiche, da intendersi di “accesso successivo”, saranno erogate con presa in carico diretta da parte dello specialista;
- tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*) devono essere organizzate per classi di priorità.

La mancata presentazione degli utenti per prestazioni già prenotate costituisce un fenomeno molto significativo, che assume dimensioni tanto più rilevanti quanto più lungo è il tempo di attesa

annunciato. Per questo motivo, nella gestione delle agende di prenotazione la A.S.L. Napoli 3 Sud provvederà ad organizzare le attività di:

- *overbooking*;
- *recall*;
- gestione delle disdette.

Si provvederà, al riguardo delle disdette, ad applicare la normativa nazionale concernente le mancate presentazioni non comunicate per tempo e le eventuali sanzioni, in particolare, l'art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998.

Obiettivo: gestione delle agende di prenotazione secondo le presenti Linee di indirizzo

- Tempi:** i) entro tre mesi, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all'Allegato A);
ii) entro sei mesi, per le 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui sempre all'Allegato A);
iii) entro diciotto mesi, per tutte le altre prestazioni sanitarie.

Art. 4 - Implementazione PDTA

Atteso che nella ASL Napoli 3 Sud sono già attivi i seguenti PDTA :

Carcinoma del colon retto
Piede diabetico
Gestione paziente diabetico territoriale
Frattura del femore

Sono programmati i seguenti PDTA
Gestione paziente diabetico- integrazione ospedale territorio
Gestione scompenso cardiaco
Gestione infarto del miocardio

Art. 5 - Appropriatelyzza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

La variabilità dei comportamenti prescrittivi assume un ruolo importante nella gestione delle liste di attesa, in quanto risulta direttamente correlata alla formazione della domanda di prestazioni.

Al fine di rendere più agevole e di conseguenza più incisiva l'azione di controllo degli attori deputati a tale compito, l'Azienda valuterà la possibilità di adottare strumenti efficaci per le attività di analisi dell'appropriatezza prescrittiva .

Fermi restando i controlli già operati in Azienda a diversi livelli di responsabilità, Distrettuali o di UOC Aziendali, per il rispetto dell'appropriatezza indicati dalla normativa nazionale e regionale, per i controlli dell'appropriatezza richiesti dal DCA 34/17 sarebbe opportuno che la Regione ne definisse i criteri.

Chiariti i quali uno strumento informatico potrebbe essere acquisito in maniera molto rapida implementando la piattaforma di datawarehouse, già utilizzata in Azienda, attraverso l'acquisizione dei flussi analitici delle impegnative prenotate/accettate ed l'elaborazione degli stessi secondo modelli utili alle analisi di benchmark

Obiettivo: valutazione periodica dell'appropriatezza nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (di cui all'Allegato A).

Tempi: da definire

Art. 6 - Miglioramento dell'accessibilità al C.U.P.

I sistemi CUP aziendali, già rivisti ed aggiornati in coerenza con le Linee guida nazionali del sistema CUP, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (rep. 52/CSR) ed alla DGRC n. 484/2011 di recepimento, devono essere organizzati in modo tale da avere piena visibilità di tutte le agende di prenotazione dell'attività istituzionale e di quella libero professionale, così come ristrutturate e riorganizzate secondo le linee di indirizzo esposte al punto D del DCA 34/17.

Al fine di rendere l'accesso alle prenotazioni delle prestazioni, da parte degli utenti, sempre più semplice, immediato e fruibile, la ASL Napoli 3 Sud provvederà , eventualmente anche in modalità condivisa e federata, a rendere i sistemi CUP aziendali accessibili implementando la gamma di canali.

Attualmente è possibile prenotare:

- Presso gli sportelli dedicati sia distrettuali che ospedalieri;
- Presso le farmacie convenzionate;
- A mezzo telefono;
- Sul sito web aziendale, previa acquisizione di credenziali

In aggiunta a ciò, la ASL si impegnerà a rendere i sistemi CUP aziendali interfacciabili con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, affinché questi ultimi possano effettuare la prenotazione contestualmente alla prescrizione della prestazione, nonché con i CC.AA.

I canali di prenotazione verranno ulteriormente incrementati avvalendosi, ad esempio, del servizio offerto dall'app. mobile. L'adozione di applicazioni per smartphone, previo SPID o credenziali, avrebbe quale ricaduta positiva quella di rendere autonomi i cittadini nell'accesso alle disponibilità CUP e alla relativa prenotazione.

Il Servizio Informatico aziendale curerà che il percorso operativo offerto dall'app venga configurato in maniera tale da essere il più possibile semplificato e rapido, così da garantire la massima utilizzazione da parte dei cittadini.

Contestualmente verrà individuato un percorso di condivisione con le Aziende Sanitarie della Provincia per garantire l'accessibilità ai rispettivi sistemi CUP delle agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" da tutti i sistemi CUP delle Aziende Sanitarie della Provincia di Napoli.

Tale obiettivo potrà essere realizzato con specifici servizi web che saranno esposti dall'infrastruttura CED del Servizio Tecnologie Informatiche ed invocabili da altri sistemi dotati di architettura orientata ai servizi (SOA) , secondo modalità di accesso sicuro.

I servizi web da realizzare potranno essere disponibili oltre che alle piattaforme CUP di altre ASL della Provincia anche alle piattaforme adottate da MMG, PLS e C.A.

La realizzazione delle ulteriori modifiche per il futuro interfacciamento con il CUP regionale atterrà ad uno step successivo

Obiettivo: adeguamento dei sistemi CUP aziendali ed attivazione del CUP integrato regionale.

Tempi: i) entro sei mesi per l'ampliamento, anche in modalità condivisa e federata, della gamma dei canali di accesso ai sistemi CUP aziendali;

ii) entro dodici mesi, per l'accessibilità di tutte le agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'Allegato A), da parte di tutti i sistemi

CUP aziendali delle Aziende Sanitarie (AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) aventi punti di offerta nella medesima Provincia;

iii) entro diciotto mesi, per il collegamento dei sistemi CUP aziendali con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

iv) a partire da diciotto mesi, per l'attivazione del CUP integrato regionale.

Art. 7 - Monitoraggio e Valutazione Performance del rispetto dei tempi massimi di attesa. Monitoraggio del rispetto dei tempi massimi di attesa

da garantire per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” e di ricovero programmato. Azioni conseguenti.

Il governo delle liste di attesa, per essere efficace, necessita che la ASL sia in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell’offerta fornita. Risultata, perciò, necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d’attesa. Fermi restando i modelli di monitoraggio attualmente in uso, nonché l’attività di alimentazione dei flussi informativi necessari per garantire l’assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale, l’ ASL è tenuta a calcolare almeno mensilmente, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” e per le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, indici di *performance* per ciascuna prestazione in funzione della rispettiva classe di priorità, ponendo al numeratore il numero di prestazioni prenotate/erogate nel periodo di riferimento entro i giorni massimi previsti per la specifica classe di priorità segnalata ed al denominatore il numero totale di prestazioni prenotate/erogate nello stesso periodo aventi la medesima classe di priorità. A tal fine si avvarrà di Datawarehouse sia per l’analisi aggregata dei dati prenotativi, sia per la produzione di report analitici per particolari casi.

L’Azienda provvederà a pubblicare mensilmente, nell’apposita sezione dedicata alle liste di attesa del proprio sito *web*, i dati del monitoraggio effettuato attraverso gli indici di *performance*, come sopra definiti.

Attraverso il monitoraggio e l’analisi dei dati, si avrà l’opportunità di conoscere, comprendere e gestire le cause che determinano l’allungamento dei tempi di attesa e la possibilità di individuare le azioni di miglioramento.

Obiettivo: garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità (e riportati nell’Allegato A), al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali.

Tempi:

- entro sei mesi dalla pubblicazione del presente documento, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di “primo accesso” (di cui all’Allegato A);
- entro dodici mesi, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto alle 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui sempre all’Allegato A);
- a partire da diciotto mesi dalla pubblicazione del presente documento, per il raggiungimento dell’indice di *performance* pari ad almeno il 90% rispetto a tutte le altre prestazioni.

Art. 8 - Equilibrio tra i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito delle attività istituzionali e quelli relativi all'attività libero professionale. Equilibrio tra i tempi di attesa per le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dell'attività istituzionale e quelli relativi all'attività libero professionale.

Così come ribadito dal DCA 34/17, nonché stabilito dalla vigente normativa nazionale e regionale, le Aziende Sanitarie devono regolamentare i volumi di attività ed i tempi di attesa, affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale e che non sia in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali.

L'ASL NA 3 sud atteso che attualmente provvede, per ciascuna branca/disciplina, alla distinzione dei volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione, predisporrà un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, al fine di renderne immediatamente fruibile il confronto.

In presenza di liste d'attesa che esorbitano in maniera sistematica e continuativa i tempi massimi previsti dalla normativa regionale vigente, l'Azienda dovrà ridefinire i volumi concordati di attività libero professionale fino al ristabilimento del diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti per l'attività istituzionale.

Obiettivo: l'ASL dovrà esercitare un costante controllo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in regime istituzionale versus i tempi di attesa delle stesse prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria.

Tempi: l'obiettivo va realizzato fin da subito in maniera progressiva e costante per l'intero orizzonte temporale di riferimento, in modo tale che nelle unità operative nelle quali si dovessero registrare significativi squilibri, vale a dire ove non si dovessero assicurare le prestazioni rese in regime istituzionali nei tempi massimi previsti dalla normativa, il disallineamento sia ridotto di almeno il 70% anche ricorrendo al blocco della libera professione .

Art. 9 - La Comunicazione Istituzionale, Trasparenza, Prevenzione della Corruzione e Liste di Attesa

Le attività di comunicazione e trasparenza delle informazioni sull'offerta delle prestazioni sanitarie territoriali, sulle corrispondenti modalità di accesso e soprattutto sui tempi di attesa delle singole prestazioni e nei singoli punti di erogazione, sono attualmente già fruibili attraverso il portale web aziendale.

Analogamente tale attività dovrà essere implementata per le prestazioni ospedaliere, intervenendo prioritariamente sulla pubblicazione delle agende informatizzate per le *15 prestazioni indice*

Obiettivo: garantire la massima trasparenza dei tempi di attesa per le diverse prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dell'attività istituzionale ed in quella libero professionale, oltre che per le prestazioni territoriali, anche per quelle di pertinenza ospedaliera.

Tempi: entro tre mesi dalla adozione del presente piano e per tutto il periodo di riferimento.

La lunghezza dei tempi di attesa costituisce una delle problematiche più diffuse nel SSN che si impegna ad assicurare l'universalità di accesso delle prestazioni sanitarie e rappresentano un esplicito indicatore di efficienza e qualità percepita dal cittadino/utente.

La lunghezza dei tempi di attesa rappresenta una "componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza", in quanto in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie o la condizione di vita sociale dei cittadini, in quanto evento fortemente critico, che può limitarne la garanzia di equità d'accesso e la fruizione dei livelli essenziali.

La specificità e la complessità che riguardano i tempi di attesa sono molteplici. Il cittadino che necessita di una prestazione, a seguito di un'appropriata prescrizione del medico di famiglia e dello specialista, deve essere a conoscenza con certezza presso quale struttura e in quali tempi troverà risposta.

L'azienda è consapevole che i cittadini più deboli e svantaggiati sono i principali destinatari del SSN e quelli che possono trarre maggior vantaggio dai suoi servizi, mentre sono spesso tra coloro che meno ricorrono alle prestazioni.

Essa, pertanto, è impiegata a modulare e orientare l'offerta dei suoi servizi proprio per accrescerne le opportunità di fruizione di questa fascia di cittadini, anche prevedendo per essi percorsi agevolati e protetti per l'accesso alle prestazioni.

E' quindi necessario approfondire e chiarire con forza che i Contenuti della comunicazione ritenuti essenziali al fine di garantire Equità e Trasparenza all'assistito ed assunti quali standard (impegno formale) nel Piano Performance 2017/18/19.

A) L'assistito al momento della prescrizione, deve essere informato circa:

- 1) La scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri, che possa essere modificata in fase di accettazione;
- 2) Per quali prestazioni è obbligatoria la prescrizione;
- 3) Le modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta dell'utente (istituzionale, libero – professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- 4) Tempi massimi garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione.

B) L'assistito, al momento della prenotazione, deve essere informato circa:

- 1) La libertà di scelta, per le prenotazioni in regime istituzionale, della:
 - Data di prenotazione tra un insieme di date disponibili per la prescrizione richiesta;
 - Ambito territoriale/Struttura erogatrice tra quelle disponibili per la prestazione richiesta;
- 2) Dove si trova l'elenco aggiornato degli ambiti territoriali con le relative strutture erogatrici che sono obbligate ad assicurare il rispetto del tempo massimo e per quali prestazioni (es. siti web, farmacie, ambulatori, applicazioni telefoniche, totem, Urp etc.);
- 3) Il tempo massimo (espresso in giorni) stabilito dall'azienda/regione relativo alla prestazione richiesta ed alla classe di priorità;
- 4) La possibilità di modificare o annullare la prenotazione;
- 5) Le modalità disponibili per richiedere la modifica o l'annullamento della prenotazione (es. mediante telefono, sportelli CUP);
- 6) L'obbligo dell'assistito di comunicare l'annullamento della prenotazione utilizzando una delle modalità di cui al punto 5;
- 7) La precisazione che la data di prenotazione è la data prevista per l'erogazione della prestazione e non la data effettiva dell'erogazione della prestazione. Qualora la data di prenotazione non coincida con la data effettiva dell'erogazione della prestazione, quest'ultima dovrà essere comunicata tempestivamente all'assistito;
- 8) In caso di superamento del tempo massimo l'assistito dovrà essere informato,
 - sulle motivazioni che hanno determinato il superamento del tempo massimo;
 - che gli è garantita comunque la prestazione senza ulteriori oneri economici;
 - chi è il responsabile del procedimento (nominativo e telefono);

C) L'assistito, ad avvenuta prenotazione dovrà ricevere:

Notifica scritta del tempo massimo relativo alla prenotazione nelle strutture erogatrici individuate dall'Azienda, il tipo di prestazione, il codice associato, l'Unità Operativa che rilascia la prestazione e il responsabile dell'Unità Operativa.

- Prestazioni traccianti erogate presso strutture pubbliche

L'elenco prevede il codice regionale della struttura, la struttura, la branca, il codice Istat, la descrizione della prestazione e il tempo di attesa.

➤ **Le informazioni obbligatorie sono:**

- Tipologia di prestazioni erogate dall'Azienda;
- Informazioni utili per l'accesso alle strutture sanitarie;
- Modalità di accesso alle informazioni;
- I tempi di attesa massimi, garantiti a seconda della classe di priorità e del tipo di prestazione;
- Quali sono i tempi massimi aziendali in base alle classi di priorità ed alle prestazioni richieste;

- Cosa sono le classi di priorità;
- Giorni ed orari di prenotazione presso ciascuna struttura erogatrice;
- Informativa sui tempi e liste di attesa per assistito (la scelta della classe di priorità effettuata e la possibilità, limitatamente ai ricoveri che possa essere modificata in fase di accettazione;
- Prestazioni per le quali è obbligatoria la prenotazione;
- Prestazioni per le quali è obbligatoria la prescrizione;
- Modalità di accesso alla prenotazione nel rispetto della libera scelta del cittadino (istituzionale e libero – professionale) e caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni;
- Meccanismi di tutela e partecipazione;
- a) Gestione reclami aziendali;
- b) Rapporto con il Comitato Partecipativo e consultivo dell'Asl Napoli 3 Sud;
- Modalità di monitoraggio e valutazione per il miglioramento della qualità;
- Avvio di processi di miglioramento continuo della qualità partendo dall'analisi dei fattori di non qualità evidenziati dalla qualità percepita e dai reclami pervenuti (MCQ)
- Punti di prenotazione;
- Punti di pagamento;
- Commissione aziendale, componenti, verbali, atti;
- Tutto su ticket;
- FAQ.

Art 9.2 Sportelli informativi

Le UU.OO. Relazioni con il Pubblico (URP), per il loro specifico ruolo di interfaccia tra cittadini e strutture di erogazione sono considerati gli operatori di front-office per la gestione dei conflitti e/o delle informazioni territoriali.

Il piano della trasparenza Aziendale deve promuovere l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'Azienda Sanitaria.

Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni riguardo il sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza e della prevenzione della corruzione.

Art.9.3 Comunicazione Istituzionale

L'Azienda Sanitaria Locale attualmente sul sito istituzionale www.aslnapoli3sud/servizi per il cittadino/liste di attesa pubblica:

- Elenco Prestazioni erogate prenotabili tramite il sistema C.U.P.
- Elenco Prestazioni traccianti erogate presso strutture pubbliche dell'Asl Na 3 Sud

- Tempi di attesa prestazioni specialistiche
- ALPI

Nella Carta dei servizi pubblici adottata con delibera n° 194 del 24 marzo 2016 è stata inserito, quale standard aziendale, l'obbligo di pubblicare sui singoli link di struttura (Ospedali, Distretti Sanitari e Dipartimenti):

Sezione PRESTAZIONI SANITARIE

Prestazioni sanitarie, ambulatoriali e (di ricovero se ospedale), erogate (Costi Ticket – Tempi di Attesa – Dove e quando e come si prenota) divise per unità operative con nomi e cognomi dei direttori delle UUOCC e dei medici che operano nei reparti e nei servizi.

Sezione ALPI

Tutte le informazioni circa l'erogazione delle prestazioni erogate in attività libera professionale attività intramoenia (Nome e Cognome del Professionista, autorizzazione, tariffa, modalità di pagamento, luogo ed indirizzo, orari di offerta delle prestazioni, tempo di attesa).

Tale obbligo è inserito tra gli obiettivi di performance e quindi collegato al salario di risultato, già dal 2014.

9.4 Prevenzione della Corruzione e gestione delle Liste di attesa per prestazioni pubbliche e rese in regime ALPI.

Il Piano Nazionale della Prevenzione della Corruzione vigente per quanto riguarda il sistema sanitario evidenzia la gestione delle liste di attesa una delle aree a più alto rischio corruttivo.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Asl Napoli 3 sud adottato con delibera 2017/18 evidenzia che la gestione del rischio corruttivo non è una scienza esatta, ma è un'analisi di tipo empirico (che si fonda sull'osservazione delle esperienze) e deduttivo (ad una determinata causa non è associato un solo effetto, ma si giunge ad ipotizzare tale effetto dopo un procedimento razionale che fa derivare una certa conclusione da premesse più generiche).

- La metodologia della gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi;
- Nel 2017 L'Azienda Sanitaria Locale 3 Sud, si impegna, una volta individuati i rischi di malagestio per struttura, a prevedere specifiche azioni d'intervento, ed in via prioritaria nelle strutture dove è prevista la rotazione degli incarichi;
- Le azioni sono inserite nel Piano della performance 2017/Declinazione degli obiettivi.

➤ Mappatura dei Processi correlati alla gestione delle liste di attesa Asl Napoli 3 Sud. Anno 2017

Per processo si intende un insieme di attività interrelate e sequenziali che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno (dipendenti, altri servizi etc.) o esterno all'amministrazione (cittadini, istituzioni, fornitori etc.);

La mappatura dei processi di gestione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio;

- la mappatura dei processi deve essere garantita in tutte le strutture aziendali ed entra obbligatoriamente nel Piano della Performance anno 2017, nella scheda Performance 03, allegata al Piano della Performance;
- l'attività di mappatura è supportata da percorsi di formazioni concordati tra il R.P.C. e l'UOC Formazione ed aggiornamento Professionale.

E' stato proprio all'interno del corso di formazione per la Prevenzione della Corruzione 2017 che sono state affrontate, utilizzando la metodologia dell'analisi dei processi, la problematica Liste di attesa ed A.L.P.I.

La trasparenza è uno degli strumenti alla base della prevenzione della corruzione.

L'art.41 comma 6 del D.Lgs.33/2013 e s.m.i. prevede che le aziende sanitarie, le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenute ad indicare nel proprio sito, in un'apposita sezione **liste di attesa** i tempi di attesa previsti ed i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Come si vede nel decreto non si parla di prestazioni traccianti, ma di tutte le prestazioni erogate, e non solo dell'Asl ma anche del privato accreditato. Infatti lo stesso art.41 succitato prevede al comma 5 che le regioni includano il rispetto di obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente fra i requisiti necessari all'accreditamento delle strutture sanitarie.

L'Azienda sanitaria Locale Napoli 3 sud è fortemente impegnata sulla problematica delle liste di attesa delle prestazioni riabilitative erogate dai centri accreditati, analisi partita proprio dalle segnalazioni dei cittadini.

Per il primo anno saranno presentati i risultati del monitoraggio dei tempi di attesa dei privati e le azioni correttive aziendali ai fini di produrre un effettivo governo unico delle liste di attesa in primis sull'area della riabilitazione poiché è nella stessa che si producono i maggiori disservizi.



Sede Legale
Via Marconi ,66 Torre del Greco (Na)

Art. 10 - Piano Finanziario

Il DCA 34/2017 sancisce che le risorse finanziarie utili ai fini del raggiungimento degli obiettivi individuati nel presente Piano Attuativo siano individuate nelle risorse assegnate alla ASL Napoli 3 sud dal Decreto Commissario ad acta della regione Campania n° 134 del 2016 di approvazione delle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, commi 34 e 34 bis, della legge n° 662/1996 per gli anni 2014,2015 e 2016.

Nell'Asl Napoli 3 sud è individuata la funzione di Coordinatore di tutte le attività progettuali, sarà cura di quest'ultimo verificare la coerenza tra i progetti approvati dalla Regione Campania con Decreto Dirigenziale DG04 n°75/2017 e gli obiettivi del presente piano attuativo.

Letto, confermato e sottoscritto.

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE SUPPLENTE
f.to sig.ra Giovanna Raiola

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 07 Novembre 2017 A:

| | | | | |
|---|------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| x | DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA | | U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET. | |
| x | DIRETTORE AMMINISTRATIVO D'AZIEN | | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL. | |
| x | COLLEGIO SINDACALE | | U.O.C. PATOLOGIA CLINICA | |
| | U.O.C. GABINETTO | | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE | |
| | U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE | | U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN | |
| | U.O.C. AFFARI GENERALI | | U.O.C. PSICOL.INTEG.DONNA E BAMB. | DISTRETTO N. 52 |
| | U.O.C. AFFARI LEGALI | x | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO | DISTRETTO N. 53 |
| | U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV. | | U.O.C. RISK MANAGEMENT | DISTRETTO N. 54 |
| | U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE | | U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA | DISTRETTO N. 55 |
| | U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA | | U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA | DISTRETTO N. 56 |
| | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A | | COORD.TO COMITATO ETICO | DISTRETTO N. 57 |
| | U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B | | COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA | DISTRETTO N. 58 |
| | U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA | | COORD.TO PROGETTI FONDI | DISTRETTO N. 59 |
| | U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA | | COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND | OO.RR. AREA NOLANA |
| | U.O.C. FASCE DEBOLI | | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO | OO.RR. AREA STABIESE |
| | U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF. | | DIPARTIMENTO PREVENZIONE | OO.RR. GOLFO VESUVIANO |
| | U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN | | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE | OO.RR. PENISOLA SORRENTINA |
| | U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE | | DISTRETTO N. 34 | U.O.S. A.L.P.I. |
| | U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.OSP. | | DISTRETTO N. 48 | x REFERENTE UNICO LISTE DI ATTESA |
| | U.O.C. GEST.TECN.PATR.IMMOB.TER. | | DISTRETTO N. 49 | |
| | U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM. | | DISTRETTO N. 50 | |
| | U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL. | | DISTRETTO N. 51 | |