



Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro  
Via Comunale del Principe 13/a - 80145 Napoli

Delibera n° 1092 del 9 LUG. 2013

**OGGETTO:**

**Programma Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa**

**Struttura Proponente: Centro Unico Prenotazioni**

**Il Direttore Struttura Dr. Antonio Stellato**

**Provvedimento:**  **Immediatamente esecutivo**  
 **Ad ordinaria esecutività**  
 **Soggetto a controllo**

**Il Direttore Struttura Centro Unico di Prenotazioni**

**PREMESSA**

**Premesso:**

- che con la Deliberazione del Commissario Straordinario della ASL Napoli 1 Centro n° 1347 del 18 luglio 2012 avente ad oggetto "Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa" è stato adottato il Programma aziendale per il governo delle liste di attesa sulla base delle indicazioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n° 271 del 12 giugno 2012;
- che nella citata deliberazione aziendale erano previsti appositi provvedimenti necessari a consentire per la piena attuazione del programma

**Considerato:**

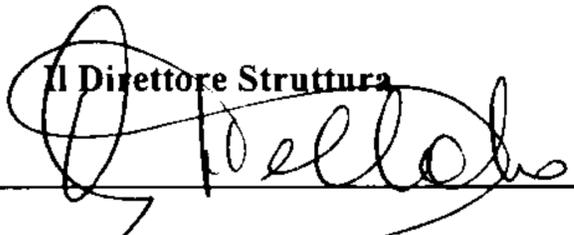
Necessario integrare il Programma Aziendale per il governo delle liste di attesa con le ulteriori procedure riguardanti:

- Classificazione delle priorità dei ricoveri
- Pubblicazione delle liste dei ricoveri
- Registro unificato aziendale per i ricoveri ospedalieri
- Percorso di preospedalizzazione
- Monitoraggio dei PDT
- Priorità di accesso alle prestazioni diagnostiche e monitoraggio
- Procedure per la ALPI
- Registro delle sospensioni

Tanto premesso

### PROPONE

- Di pubblicare il testo integrato del **Programma Aziendale per il governo delle liste di attesa** che sostituisce il precedente allegato alla Deliberazione del Commissario Straordinario n° 1347/2012 ed è parte costitutiva del presente provvedimento.
- Di impegnare tutte le articolazioni aziendali, i Dipartimenti, i Servizi e i Presidi, ciascuno per i propri compiti istituzionali alla massima collaborazione per garantire il rispetto di quanto riportato nel Programma;

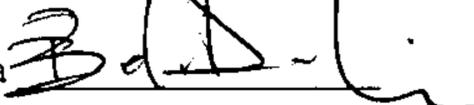
**Il Direttore Struttura**  
  
\_\_\_\_\_

**Parere del Direttore Amministrativo  
Dr. Daniele Baldi**

FAVOREVOLE     NON FAVOREVOLE

Data: \_\_\_\_\_

Firma



**IL DIRETTORE SANITARIO**

*Dott.ssa Antonella Guida*



### IL DIRETTORE GENERALE

In virtù dei poteri conferiti con DGRC n. 397 del 31.07.2012;

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal responsabile della Struttura, richiamata nelle premesse, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa a mezzo della sottoscrizione apposta dal Dirigente medesimo;

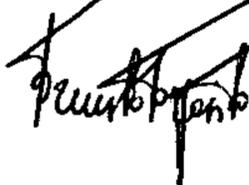
Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, come da relativa espressa sottoscrizione;

## DELIBERA

- Di pubblicare il testo integrato del **Programma Aziendale per il governo delle liste di attesa** che sostituisce il precedente allegato alla Deliberazione del Commissario Straordinario n° 1347/2012 ed è parte costitutiva del presente provvedimento.
- Di impegnare tutte le articolazioni aziendali, i Dipartimenti, i Servizi e i Presidi, ciascuno per i propri compiti istituzionali alla massima collaborazione per garantire il rispetto di quanto riportato nel Programma;
- Di rendere il presente provvedimento, stante l'urgenza, provvisoriamente eseguibile, nelle more della decorrenza dei termini di pubblicazione, decorsi i quali diviene esecutivo in via definitiva;
- Di trasmettere copia del presente atto:
  - all'Area Generale di Coordinamento Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali delle AA.SS.LL. della Regione Campania
  - al Collegio dei Sindaci
  - alla Direzione Sanitaria Aziendale
  - al Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle cure
  - al Dipartimento Assistenza Ospedaliera
  - alla SC Programmazione e Pianificazione Aziendale
  - alla SC Controllo Qualità
  
  - al Dipartimento Amministrativo
  - al Dipartimento Sistemi informativi e delle Comunicazioni e delle Tecnologie
  - al Dipartimento Affari generali e Gestione delle Risorse Umane

IL DIRETTORE GENERALE

*Dr. Ernesto Esposito*





*Azienda Sanitaria Locale  
Napoli 1 Centro*

*Direzione Generale*

*Programma Aziendale  
ASL Napoli1 Centro  
per il governo delle liste di attesa*

*testo integrato*

## INDICE

	<i>pagina</i>
<b>Quadro normativo nazionale</b>	<b>3</b>
<b>Quadro normativo regionale</b>	<b>4</b>
<b>Quadro normativo aziendale</b>	<b>5</b>
<b>Premessa</b>	<b>6</b>
<b>Individuazione della struttura e del responsabile del programma</b>	<b>7</b>
<b>Linee generali di intervento</b>	
<b>Classi di priorità</b>	<b>8</b>
<b>Classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali</b>	<b>8</b>
<b>Classi di priorità delle prestazioni di ricovero</b>	<b>9</b>
<b>Ambiti territoriali di garanzia</b>	<b>10</b>
<b>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva</b>	<b>11</b>
<b>Indicazione della classe di priorità e monitoraggio</b>	<b>11</b>
<b>Obbligo di apposizione del quesito diagnostico e monitoraggio</b>	<b>13</b>
<b>Differenziazione tra prime visite e controlli e monitoraggio</b>	<b>14</b>
<b>Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici</b>	<b>15</b>
<b>Sistema CUP</b>	<b>16</b>
<b>Iniziativa ICT</b>	<b>17</b>
<b>Promozione della comunicazione</b>	<b>17</b>
<b>Razionalizzazione dell'offerta</b>	<b>19</b>
<b>Regolamentazione delle sospensioni e monitoraggio</b>	<b>19</b>
<b>Prestazioni garantite</b>	<b>20</b>
<b>Fissazione dei tempi massimi per le prestazioni ambulatoriali</b>	<b>21</b>
<b>Fissazione dei tempi massimi per le prestazioni in regime di ricovero</b>	<b>23</b>
<b>Procedure in caso di superamento dei tempi massimi</b>	<b>24</b>
<b>Attività libero-professionale</b>	<b>24</b>
<b>Procedure di ricovero</b>	<b>26</b>
<b>Agende dei ricoveri</b>	<b>26</b>
<b>Procedure di PreOspedalizzazione</b>	<b>29</b>
<b>Attività di monitoraggio</b>	<b>33</b>
<b>Monitoraggio dei ricoveri e aggiornamento della SDO</b>	<b>33</b>
<b>Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa</b>	<b>34</b>
<b>Monitoraggio ex post dei tempi di attesa</b>	<b>34</b>
<b>Allegato 1 : Monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi</b>	<b>36</b>
<b>Allegato 2 : Priorità nelle prestazioni ambulatoriali linee guida</b>	<b>39</b>
<b>Allegato 3 : Collegamento al CUP e tracciabilità delle prestazioni rese in ALPI</b>	<b>83</b>

## QUADRO NORMATIVO NAZIONALE

- **Legge 23.12.94 n. 724** “ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 3, comma 8;
- **D.P.C.M. 19.05.95** “Carta dei Servizi pubblici sanitari”;
- **Legge 23,12.96 n. 662** “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”-articolo 1, comma 34;
- **Legge 27.12.97 n. 449** “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 33, comma 1;
- **D.Lds 29.04.98 n. 124** “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell’art.59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”-articolo 3, commi10-15;
- **D.P.R. 23.07.98** “Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;”
- **D.Lgs.19.06.99 n. 229** “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419”-articolo 15 quinquies, comma 3;
- **DPCM 27.03.00** “Atto di indirizzo e coordinamento concer4nente l’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale”;
- **Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001**
- **DPCM 29.11.2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- **Accordo Stato Regioni 14.02.2002** “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- **DPCM 16.04.02** “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa”;
- **Accordo Stato Regioni 11.07.2002** “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- **Legge 27.12.2002 n. 289** “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”-articolo52, comma 4;
- **DPR 23.05.2003** ”Piano sanitario 2003-2005”;
- **Accordo Stato Regioni 24.07.2003** “Accordo tra il Ministero della Salute,le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;

- **Legge 23.12.05 n. 266** “ Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”-articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- **Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006** “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;
- **D.M. 8 luglio 2012 n.135** “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000 n.380”
- **Accordo Conferenza Stato Regioni del 29 aprile 2010** “Linee Guida nazionali del sistema CUP”
- **Intesa Stato Regioni del 18 novembre 2010** sull’attività libero professionale di dirigenti medici, sanitari e veterinari
- **Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012** “Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012
- **D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012**

#### **QUADRO NORMATIVO REGIONALE**

- **D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001**, con la quale con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori(Legge 425/96);
- **D.G.R. n. 3513 del 20.07.01**, con tale delibera la Regione Campania, in applicazione dell’articolo 3 del D.Lgs n. 124/98, ha inteso adottare provvedimenti urgenti per il miglioramento dell’appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- **D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001**, con la quale la regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell’attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l’attività libero professionale, la comunicazione, l’informazione e il monitoraggio;
- **D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002**, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
- **D.G.R. n.2079 del 13.06.2003**, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del 16.11.2001;
- **D.G.R.C. n. 3142/03**, con la quale la regione ha approvato “Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari”, con specifico riferimento

al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.

- **Circolare n. 1 del 19/07/2005 “Liste di Attesa”** con cui vengono disciplinati criteri e modalità, invece, per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- **DGRC 1168 del 2005** “ Linee di indirizzo per l’organizzazione dell’attività diabetologica e percorso assistenziale per il paziente diabetico “
- **DGRC n.236 del 21.03.2005** “ I percorsi terapeutici per la NAD.
- **DGRC 1280 del 7/10/2005** “I percorsi diagnostici e terapeutici per la dislipidemia familiare”
- **Nota circolare prot. n. 216050 del 28.03.06**, in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l’A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile “data di prenotazione da compilare sulle SDO.
- **Legge n. 1 del 02/03/06** recante “ Disposizioni per l’effettivo esercizio del diritto alla salute”, nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.
- **Delibera 170/2007 ed adozione PACTA aziendali**
- **Delibera Giunta Regionale 484 del 4/10/2011** “Adempimenti Piano Regionale di Governo Liste di Attesa: recepimento delle Linee Guida Nazionali del Sistema CUP; costituzione della Commissione Tecnica Operativa
- **Delibera Giunta Regionale 271 del 12/6/2012** “Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2012 – 2012”

## **QUADRO NORMATIVO AZIENDALE**

- **Linee guida liste di attesa ASLNA1 prot. 6925 del 18/11/2004**
- **Deliberazione n° 986 del 28.10.09** di adozione della DGRC 170/2007
- **Deliberazione 1317 del 28.12.2009** “Progettualità per l’uso di risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del piano sanitario nazionale anni 2006 e 2007 - adozione progetto aziendale di miglioramento delle liste di attesa, della loro gestione, della comunicazione e informazione agli utenti”
- **Deliberazione n° 1347 del 18.7.2012** “Piano aziendale per il governo delle liste di attesa”
- **Deliberazione n° 75 del 17/9/2012** di integrazione della Deliberazione n°1347/2012

## PREMESSA

Il Servizio Sanitario Nazionale assicura i Livelli Essenziali di Assistenza nel rispetto "dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse" (D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni).

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (DPCM 16 aprile 2002, "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa").

A livello regionale, la DGR 170/2007 ha introdotto importanti elementi di novità con l'obbligo da parte delle Aziende Sanitarie dell'adozione dei Piani Attuativi Aziendali per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PACTA).

Con l'adozione del Nuovo Piano Regionale Di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (DGR 271/2012) l'amministrazione regionale ha posto l'accento sulla promozione della capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Storicamente le liste di attesa sono un problema complesso e di difficile approccio.

L'aumento dell'offerta tout court infatti solo nel brevissimo periodo attenua o risolve il problema del tempo di attesa, mentre nel medio o lungo termine può sortire l'effetto contrario a causa di un incremento di domanda inappropriata indotto dallo stesso incremento di offerta.

L'intervento sulla riduzione dei tempi di attesa, per poter avere una qualche efficacia, deve, quindi, necessariamente, contemplare differenti aspetti. Il primo è quello della verifica dell'appropriatezza ed in questo senso il piano aziendale sui tempi di attesa deve affiancarsi al piano dei controlli. L'altro è quello della migliore organizzazione e gestione dell'offerta da parte delle strutture, anche questa regolamentata e verificata con opportuni controlli e indicatori di produttività.

Altro strumento utile al contenimento dei tempi di attesa è rappresentato dallo sviluppo del Centro Unico Prenotazioni (CUP), nel cui sistema viene ad essere ricompresa anche la gestione dell'attività libero-professionale.

Il presente Programma Attuativo, confermando l'impronta di cui al PACTA derivato dalla citata Delibera GRC n° 170/2007 e approvato con la Deliberazione n° 986 del 28.10.09, apporta le modifiche approvate nella Intesa Stato Regioni del 28 ottobre 2012 ed esplicitate con la Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n° 271/2012 e **costituisce il testo integrato del programma approvato con la Deliberazione n° 1347/2012.**

## **INDIVIDUAZIONE DELLA STRUTTURA E DEL RESPONSABILE DEL PROGRAMMA**

In conformità a quanto previsto dalla DGRC 170/2007 e confermato dalla DGRC 271/2012 la ASL Napoli 1 Centro ha provveduto con le Deliberazioni n° 1347/2012 e 75/2012:

- 1) A nominare il Direttore del CUP quale Referente Aziendale Unico per le liste di attesa. Egli dovrà coordinare e sovrintendere a tutte le attività connesse con la gestione delle liste d'attesa, e costituisce l'interfaccia unica dell'Azienda Sanitaria Napoli 1 Centro verso la Regione partecipando ai tavoli regionali.
- 2) A costituire una Commissione di esperti che dovrà affiancare il Referente Aziendale Unico per le liste di attesa formata da :
  - a. Delegati dal Direttore del Dipartimento Assistenza Ospedaliera
  - b. Delegato dal Direttore del Dipartimento Assistenza Primaria e Continuità delle cure
  - c. Delegato dal Direttore del CUP
  - d. Delegato dal Direttore del Dipartimento Affari Generali e Gestione delle Risorse Umane
  - e. Delegato dal Direttore del Dipartimento Sistemi Informativi e delle Comunicazioni e delle Tecnologie

La suddetta Commissione, utilizzando la metodologia proprio del governo clinico, orienta l'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 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.
- Indirizzi applicativi inerenti gli aspetti organizzativo-gestionali, di natura informativo-semantica e indicatori di performance dei Centri di Prenotazione, in accordo a quanto previsto al paragrafo 6 del Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2010-2012.

Le eventuali iniziative e strategie innovative saranno proposte dalla Commissione di esperti alla Direzione aziendale.

# LINEE GENERALI DI INTERVENTO

## CLASSI DI PRIORITÀ

Le classi di priorità devono essere applicate a **tutte** le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN. Pertanto, si rende obbligatoria da parte dei medici prescrittori la 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.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una diversa tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio in merito sui prescrittori da parte delle Aziende Sanitarie. La classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre, pertanto deve essere erogata nell'arco temporale di 180 giorni. Inoltre, nel caso in cui il medico non provveda all'indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, fermo restando l'obbligo del prescrittore di applicare con rigore le indicazioni cliniche espresse nei provvedimenti normativi di riferimento.

## CLASSI DI PRIORITÀ DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

La classificazione delle classi di priorità per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, in conformità a quanto previsto nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 e nel PNGLA 2010-2012 è articolata come di seguito:

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

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

Le linee guida che, utilizzando criteri clinici, consentiranno al medico prescrittore l'individuazione delle classi di priorità sono riportate, per completezza, nell'allegato 2.

Il medico che fa la prescrizione su ricetta SSN 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.

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

**La scelta dell'utente nei confronti di uno specifico specialista ambulatoriale o di altra struttura presso cui non vi sia disponibilità entro il tempo massimo definito in rapporto alla priorità richiesta comporta la decadenza al diritto alla garanzia del tempo massimo di attesa.**

#### CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

(vedi anche "Procedure di Ricovero" pag. 26)

In conformità a quanto definito nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 le classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero sono le seguenti:

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

Nell'ottica del perseguimento del miglioramento in senso lato e di quello dell'appropriatezza in senso specifico, su indicazione della Commissione di esperti di cui alla Del.1347/2012, viene riconsiderata la tab. 1 inerente i livelli di priorità per ricoveri, segnatamente per quelli di tipo medico. Tale tabella, infatti, è stata elaborata per i ricoveri chirurgici e temporaneamente usata come riferimento anche per i ricoveri medici.

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

I criteri seguiti sono:

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

Alla luce di ciò la ASL Napoli 1 Centro ha previsto che nell'assegnazione delle priorità vadano considerate anche le seguenti condizioni:

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

**L'appartenenza ad una delle categorie sopra indicate non consente automaticamente il passaggio di classe ma costituisce obbligo di rivalutazione, da parte del medico, per l'assegnazione del livello di priorità.**

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

### **AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA**

La ASL Napoli 1 Centro garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra **tutte** le strutture che nell'ambito territoriale aziendale la effettuano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia dello standard di cui al punto precedente.

La ASL Napoli 1 Centro, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricerca la prima disponibilità **nell'ambito del CUP Aziendale.**

Le strutture aziendali eroganti sono pubblicate e aggiornate, in tempo reale, sul sito web aziendale.

## **PROMOZIONE DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA**

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

Tra le strategie attuabili per razionalizzare l'accesso alle prestazioni sanitarie, ai fini della riduzione dei tempi di attesa, quella che la ASL Napoli 1 Centro intende privilegiare è la differenziazione dei tempi di attesa per l'effettuazione delle prestazioni in relazione alla "classe di priorità" di appartenenza.

Tale obiettivo, perseguibile mediante l'integrazione dell'attività dei medici prescrittori con quella dei medici erogatori, è realizzato innanzitutto rendendo obbligatoria e sistematica da parte dei primi, la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, in conformità alle indicazioni definite dalla Delibera della Giunta Regionale n° 271/2012, a seconda della tipologia prestazionale, limitatamente alle prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche.

All'indicazione della classe di priorità in sede prescrittiva corrisponde una tempistica di prenotazione della prestazione e uno specifico sistema di monitoraggio. Il tempo di attesa individuato dalla classe di priorità prescritta deve essere calcolato a partire dalla data di prenotazione della prestazione.

La classificazione utilizzata dalla ASL Napoli 1 Centro, corrispondente a quella indicata dal PNGLA 2010-2012, è articolata in 4 classi:

- U = urgente; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore;
- B = breve; prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- D = differita; prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- P = programmata; prestazione da eseguire senza priorità;

Fino a diversa determinazione, la classe P rappresenta una categoria residuale rispetto alle altre; nel caso in cui il medico non provveda all'indicazione della classe di priorità per le prescrizioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, fermo restando l'obbligo del prescrittore di applicare con rigore le indicazioni cliniche espresse nei provvedimenti normativi di riferimento.

La scelta della classe di priorità effettuata dal medico prescrittore dovrà essere confermata con l'apposizione della biffatura nell'apposito spazio.

Per il monitoraggio delle classi di priorità si utilizzano i campi sotto riportati e inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 che sono da considerarsi tutti obbligatori.

**1. Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta. Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

**2. Data di erogazione della prestazione:** data riferita all'effettiva erogazione della prestazione. Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

**3. Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, oppure, nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow up). Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

- 1= primo accesso
- 0= altra tipologia di accesso

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

- U= urgente (nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore)
- B= entro 10 gg
- D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)
- P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore.

Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

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

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

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

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

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

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

L'indicazione della diagnosi non è ritenuta vincolante per le prescrizioni riferite a pazienti esenti per patologia cronica e malattia rara, in quanto condizioni documentate dal codice di esenzione.

### *Situazioni particolari:*

**MATERNITA'** - I codici di esenzione costituiti dalla lettera M seguita da un numero, pur identificando uno status, la maternità, e non una patologia, si ritengono assimilabili alle esenzioni per patologia e come tali non necessitano dell'apposizione del quesito diagnostico.

**PREVENZIONE** - Per le richieste di indagini in assistiti asintomatici per motivi genericamente preventivi, diagnosi precoce (oncologica), screening di malattia in presenza di familiarità o generica predisposizione (diabete, celiachia, dislipidemia etc.), valutazione di rischi specifici o generici (infettivo, cardiovascolare, genetico, trombofilico etc.) può essere esaustiva la motivazione di indagine clinico-diagnostica per condizioni connesse alla "prevenzione cerebrovascolare", alla "prevenzione cardiovascolare", alla "prevenzione oncologica" o alla "prevenzione metabolica";

**QUESITO DIAGNOSTICO INSITO NELLA PRESCRIZIONE** – Qualora la prestazione richiesta faccia riferimento diretto alla diagnosi (per es. test di gravidanza, rimozione tappo cerume, intervento cataratta, intervento tunnel carpale, ablazione tartaro etc.) il quesito diagnostico può essere omesso.

**ESAMI PREPARATORI AD INDAGINI RADIOLOGICHE** - Qualora vengano richiesti esami di preparazione a una successiva indagine, come quesito diagnostico bisogna riportare l'esame cui sono finalizzati (es. TAC con mezzo di contrasto) e non la patologia o il sospetto diagnostico per cui si intende effettuare la TAC con contrasto, motivazioni che andranno riportate sulla prescrizione per la TAC.

**CONTROLLO** – La dicitura "controllo" come quesito diagnostico è preferibile solo in casi particolari in cui esista una correlazione diretta tra la prescrizione richiesta e il tipo di controllo come "per controllo pace-maker" oppure "per controllo dosaggio

farmacologico” e non sono da utilizzare le diciture seguenti o simili: “controllo metabolico”, “controllo stato di salute”, “check up”...

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

**SCREENING** – La dicitura screening è da evitare in quanto le prestazioni di screening nell'ambito di campagne nazionali non necessitano di prescrizione. In riferimento alle prestazioni diagnostiche per la diagnosi precoce dei tumori previste dalla Legge Finanziaria 2001 (Legge 388/2000) sono sufficienti i codici di esenzione: D02 Pap test - D03 Mammografia - D04 Colonscopia.

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

*Ai fini della pratica attuazione di quanto sopra la ASL Napoli 1 ha notificato ai medici prescrittori la Deliberazione n°1347/2012 contemplante tali obblighi prescrittivi, e ha dato mandato alle Direzioni Distrettuali di verificarne la applicazione.*

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

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

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

#### *Indicazioni della Delibera di Giunta Regionale 271/2012*

La **prima visita** è quella in cui il problema del paziente è affrontato per la prima volta ed in cui viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di “primo accesso”.

Per **accessi successivi** devono intendersi quelli che, a fronte di un inquadramento diagnostico già concluso e di un piano terapeutico già impostato, sono finalizzati a seguire, su indicazione del medico prescrittore, l'evoluzione della patologia o l'insorgenza di complicanze.

Per quanto attiene alle prestazioni esenti per malattie croniche, la Circolare del Ministero della salute del 13 dicembre 2001 ha precisato che “Per i soggetti esenti le visite necessarie a monitorare la malattia devono intendersi quali visite di controllo identificate dal codice 89.01”, ovvero il codice utilizzato per le visite brevi o di controllo. Nella stessa Circolare si precisa che l'assistito “ha diritto alle visite specialistiche di controllo necessarie al monitoraggio della malattia e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia

esente". Ciò va interpretato nel senso che tutte le visite attinenti, direttamente od indirettamente, alla malattia per la quale vi è l'esenzione, sono da considerarsi come "controllo" anche nel caso in cui si renda necessario svolgere nuove visite specialistiche per verificare l'insorgenza o l'evoluzione di complicanze derivate dalla patologia principale. Diverso è, invece, il caso in cui le visite non sono pertinenti alla patologia prevista per l'esenzione, poiché la Circolare precisa "Qualora l'assistito debba effettuare una visita non riferita alla malattia esente o alle sue complicanze è tenuto a partecipare al costo della prestazione secondo le disposizioni vigenti."

Quindi sono definiti **primi accessi**:

- le prestazioni specialistiche richieste come tali, la cui erogazione non risulti essere stata effettuata nei 12 mesi precedenti.

Sono definiti **accessi successivi**:

- le prestazioni specialistiche (anche se richieste come visite e prestazioni diagnostico-terapeutiche di primo accesso) che risultino essere state erogate nei 12 mesi precedenti;
- le prestazioni di controllo richieste come tali, incluse quelle necessarie al monitoraggio di una malattia cronica e delle sue complicanze e alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti, anche se il soggetto accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la malattia esente.

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

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

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

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

In questo contesto vanno inquadrare le questioni relative alla definizione:

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

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

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

Perseguire l'appropriatezza clinica costituisce, dunque, un processo complesso, difficile e con risultati nel medio o lungo termine. Gli strumenti che possono essere

impiegati sono diversi e sono applicabili a diversi livelli organizzativi del Servizio Sanitario Nazionale. Il Percorso Diagnostico-Terapeutico (PDT) è un piano di cura multidisciplinare, il cui contenuto è fondato sulla "Evidence Based Medicine", con il quale si esplicitano sia obiettivi di cura relativamente ad una specifica categoria clinica di pazienti, sia le azioni, ordinate in sequenza temporale, che devono essere condotte, per conseguire i suddetti obiettivi, dai professionisti sanitari che partecipano al trattamento della stessa tipologia di pazienti. (Progetto Mattone "Misura dell'Appropriatezza", 2006). Sintetizzando, si può definire il Percorso assistenziale come l'adattamento ad una realtà locale di una Linea Guida, con l'identificazione precisa del relativo contesto organizzativo: attori, responsabilità, luoghi, tempi, etc. Essenziale, comunque, è basarsi su conoscenze standardizzate ed evidenti (Evidence Based Medicine). Inoltre, se il focus del processo è multidisciplinare, è evidente che bisogna includervi gli aspetti sociali che l'assistenza sanitaria, specie se mirata alla popolazione anziana, implica. Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico-terapeutici (PDT). Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari. Per le ragioni sovraesposte il PNGLA individua come aree prioritarie di sviluppo sia l'area oncologica sia l'area cardiovascolare.

La ASL Napoli 1 Centro con la presente deliberazione adotta il sistema di monitoraggio dei PDT riportato nell'Allegato 1 così come indicato dalle Linee Guida Nazionali e Regionali (DGRC 271/2012).

La citata struttura provvederà a monitorare i PDT secondo le modalità indicate nell'Allegato 1. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, relativamente alle patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

La Commissione di Esperti di cui alla Delibera 1347/2012 potrà indicare ulteriori percorsi oggetto di monitoraggio.

## **SISTEMA CUP**

Il sistema CUP nella ASL Napoli 1 Centro è una realtà operante da molti anni e consente la prenotazione di tutte le prestazioni ambulatoriali gestendo mediamente oltre due milioni di prenotazioni per anno.

Esso è in linea con il Centro Unico di Prenotazioni Regionale (CUREP) al quale tutti gli sportelli aziendali possono collegarsi e al quale essenzialmente fornisce l'offering di tutte le prestazioni erogate.

Il sistema già consente il pieno rispetto delle prescrizioni di cui alle Linee Guida

nazionali di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, per quanto riguarda la trasparenza e la completezza dell'informazione, ed è stato integrato gestendo agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e gestendo l'attività libero-professionale.

La ASL Napoli 1 Centro non ha inteso adottare ancora un sistema di prenotazione telefonica considerando gli alti costi di manutenzione di un call-center commensurato all'elevato numero di prenotazioni e di utenti serviti ma, attraverso il sistema CUP, ha consentito la prenotazione delle prestazioni sanitarie gratuitamente, oltre che presso gli sportelli presenti in tutti i presidi, anche presso tutte le farmacie aperte al pubblico (attualmente circa 220 farmacie) e anche ad opera dell'utente stesso direttamente tramite il portale web. Questa metodica, in sei mesi di attività, ha portato un notevole vantaggio per l'utenza che utilizza principalmente il supporto delle farmacie per circa il 30 % delle prenotazioni e dei pagamenti ticket.

È in corso una sperimentazione di attività di prenotazione presso gli ambulatori dei medici di medicina generale che, a fine anno, consentirà alla Direzione Strategica aziendale di valutare l'opportunità di tale scelta.

Tutte le prestazioni che sono prenotate e/o accettate dal CUP della ASL Napoli 1 Centro sono monitorate attraverso la reportistica del Datawarehouse aziendale che consente elevati livelli di informazioni utili per la governance alla Direzione Strategica.

Gli indicatori utilizzati sono tratti dalle Linee Guida Nazionali del 27 ottobre 2009 e sono qui omessi per brevità.

## **INIZIATIVE ICT**

Le iniziative ICT relative al monitoraggio del sistema CUP, dell'appropriatezza prescrittiva, dei criteri di priorità di accesso, dei percorsi diagnostico-terapeutici, delle SDO e delle agende dei ricoveri sono riportate nei relativi paragrafi. Quelle relative alla comunicazione-informazione e ai servizi all'utenza sono riportate nel paragrafo successivo.

## **PROMOZIONE DELLA COMUNICAZIONE**

Per quanto riguarda strettamente il capitolo dell'informazione all'utenza la ASL Napoli1 Centro ha avviato quest'anno il nuovo sito web che è strutturato come un portale con una apposita sezione di informazioni al cittadino e di servizi.

Attualmente sono disponibili i servizi relativi a:

- Ricerca Disponibilità delle prestazioni
- Prenotazione On-Line
- Pagamento Ticket
- Disdetta prenotazione
- Tempi di Attesa di tutte le prestazioni
- Area Riservata Assistito ove è possibile consultare la scheda anagrafica)

Ulteriori servizi sono stati implementati:

1. informazioni su cosa si intenda per primo accesso e per controlli successivi e sulle diverse procedure di gestione dei regimi di erogazione;
2. normativa di riferimento nazionale e regionale aggiornata;
3. elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cui sono garantiti i tempi massimi regionali di attesa in caso di primo accesso e per ogni classe di priorità
4. Informazioni sui tempi di attesa dei ricoveri tramite tabelle redatte in conformità del modello sotto riportato

**Struttura : P.O. xxxxxxxx**

U.O.	Posti letto (ADT)	Lista	Persone in lista di attesa			
			A	B	C	D
Aaaaaaaa	nn	Aaa1	nn	nn	nn	nn
		Aaa2	nn	nn	nn	nn
Bbbbbbb	nn	Bbb1	nn	nn	nn	nn
		Bbb2	nn	nn	nn	nn
Ccccccc	nn	Ccc1	nn	nn	nn	nn
		Ccc2	nn	nn	nn	nn

**Legenda:**

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

L'appartenenza a una classe di priorità può essere variata seguito di:

- a) **Concomitante presenza di patologia neoplastica**
- b) **Concomitanza di malattie croniche in fase di acuzie o scompenso**

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

- Adozioni
- Certificati Medico Legali
- Centro Unico Prenotazione
- Immigrazione: Servizi e Diritti
- Invalidità
- Medicina Legale e Fiscale
- Patenti
- Screening Oncologici
- Utilizzo del CUREP

## **RAZIONALIZZAZIONE DELL'OFFERTA**

La ASL Napoli 1 Centro provvede ad attuare le linee guida nazionali CUP per la realizzazione e/o riorganizzazione del sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regione del 29/04/2010, con la previsione di agende di prenotazione compatibili con l'indicazione dei criteri di priorità e della specificazione del primo accesso e con l'estensione del sistema CUP al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica con quello della domanda e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Tali linee guida, elaborate sulla base di quanto prodotto dal Mattone "Tempi di attesa" nell'ambito del programma Mattoni SSN hanno, tra l'altro, uniformato le definizioni e le classificazioni relative ai sistemi di prenotazione delle prestazioni.

Attraverso il sistema CUP si giunge all'integrazione domanda/offerta e tale integrazione è potenziata dalla possibilità di gestire la domanda orientando in tempo reale l'offerta delle prestazioni di attività ambulatoriale e anche utilizzando le strutture ospedaliere dell'azienda che, dismettendo l'emergenza, sono più orientate verso un'attività di ricoveri di elezione e di gestione dei Protocolli.

## **REGOLAMENTAZIONE DELLE SOSPENSIONI E MONITORAGGIO**

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

1. inaccessibilità struttura,
2. guasto macchina,
3. indisponibilità del personale,
4. indisponibilità materiali / dispositivi.

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

I campi del Registro sono quelli previsti dal PNGLA 2011-2012 e dalla Delibera di Giunta Regionale n° 271/2012.

Per ogni evento di sospensione viene specificato:

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

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

Il Direttore del CUP, entro 48 ore dal verificarsi della sospensione dell'erogazione della prestazione, comunica per iscritto all' Assessorato alla Sanità la prestazione sospesa specificando le stesse informazioni richieste per il registro delle sospensioni.

Con cadenza semestrale, il referente aziendale, ha l'obbligo di inoltrare alla regione il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione in accordo a quanto specificato nel PNGLA 2010-2012 e nelle Linee Guida Regionali sulle Sospensioni prot. n. 2011.034897 del 02/05/2011 e ss.mm.ii.

Sia nel caso del flusso informativo semestrale che al verificarsi della sospensione dell'erogazione, vengono rilevate solo le sospensioni che riguardano la sospensione totale dell'erogazione di una certa prestazione, cioè non ci siano altre agende che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio.

Pertanto, anche le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione e monitoraggio in quanto, essendo oggetto di pianificazione, sono gestibili anticipatamente dalle aziende e non costituiscono impedimento all'erogazione della prestazione all'assistito nella data prefissata.

Infine, per quanto concerne la sospensione dell'attività di prenotazione si evidenzia che in accordo al comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006, è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al DPCM del 29 novembre 2001.

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

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

Le modalità di rilevazione e di trasmissione dei flussi informativi relativi alle sospensioni sono quelle previste nella Delibera di Giunta Regionale n° 271/2012

## **PRESTAZIONI GARANTITE**

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

43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale;  
15 in regime di ricovero, di cui 5 erogate in regime di ricovero diurno e 10 in regime di ricovero ordinario.

## FISSAZIONE DEI TEMPI MASSIMI PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

### A) PRESTAZIONI AMBULATORIALI

#### 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

I tempi di attesa fissati per le sopraindicate prestazioni sono quelli di cui all'Accordo dell'11 luglio 2002 e dal PNGLA 2010-2012.

Per tutte le prestazioni ambulatoriali garantite dal SSN, comprese quelle di cui al punto 4, lettera A del Piano Regionale, le classi di priorità con i relativi tempi di attesa 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.

Tali tempi, oggetto di monitoraggio, devono essere garantiti al 90% degli utenti che ne fanno richiesta presso le strutture erogatrici aziendali.

La ASL Napoli 1 Centro garantisce la possibilità di effettuare la prestazione, nel rispetto dei tempi massimi, tra tutte le strutture che nell'ambito territoriale aziendale la effettuano e distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell'elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia dello standard di cui al punto precedente.

La ASL Napoli 1 Centro, per assicurare il diritto al tempo massimo per le prestazioni di cui al punto 3.1 del PNGLA, ricerca la prima disponibilità nell'ambito delle prestazioni offerte nel sistema CUP Aziendale.

## PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

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

### 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	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0-53.10	

(1) Qualora tali prestazioni vengano erogate prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio sarà svolto in tale setting assistenziale.

### PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	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 tali prestazioni vengano erogate prevalentemente o esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale

I tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero sono fissati, in coerenza con quanto indicato nell'Accordo dell'11 luglio 2002 e sono riportati nella tabella seguente:

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

## MISURE DA PREVEDERE IN CASO DI SUPERAMENTO DEI TEMPI MASSIMI

Il monitoraggio dei tempi di attesa è assicurato dagli indicatori previsti dal PRGLA che, per uso interno all'azienda, saranno verificati con cadenza mensile e non semestrale.

Qualora tali indicatori segnalino una tendenza al superamento dei tempi massimi previsti, o un superamento in essere, saranno messe in atto le seguenti misure:

- Interventi di overbooking
- rimodulazione dell'offerta che consentirà di spostare la capacità produttiva degli erogatori verso le prestazioni maggiormente richieste anche riducendo il volume di offerta di prestazioni non garantite
- Interventi di pulizia delle liste di attesa .

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

Le misure adottate vengono pubblicate sul sito web dell'Azienda.

## ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE

La ASL Napoli 1 Centro, come previsto dalla D.G.R.C. n° 271/2012 e dal D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012, ha avviato le procedure per attivare l'infrastruttura di rete e il sistema informatico necessario a consentire il collegamento al CUP e la tracciabilità di tutte le prestazioni prenotate, pagate e rese in regime di Libera Professione.

L'infrastruttura consentirà, secondo le Linee Guida che indicate dal Ministero della Salute:

- a) l'accesso al Servizio CUP
- b) la prenotazione delle prestazioni
- c) la gestione dell'agenda delle prenotazioni
- d) la registrazione delle prescrizioni
- e) la registrazione dei dati di pagamento con la completa tracciabilità delle transazioni.

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro:

- Dispone che l'accesso alle prestazioni rese in intramoenia avvenga esclusivamente tramite i centri di prenotazione su apposita lista di prenotazione attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP)
- Provvede a garantire che l'attività intramuraria venga svolta presso una sede e con tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro.
- Verifica che, esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica strumentale ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale

possano essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

- Favorisce il progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.
- Compila, annualmente, l'apposita scheda-rilevazione, all'uopo predisposta, concernente sia la verifica dei volumi nei diversi regimi che la corretta gestione dell'attività in questione e invia tale scheda ai preposti uffici regionali.

Il monitoraggio dell'ALPI viene effettuato, oltre con l'apposita scheda annuale, anche con la rilevazione mensile degli indicatori riguardanti i volumi di attività, i tempi di attesa e il rapporto prestazioni/ora.

Nell'**Allegato 3** è riportato lo stralcio del Regolamento ALPI riguardante le procedure e i percorsi obbligatori adottati per garantire la trasparenza e la tracciabilità di pagamenti.

## PROCEDURE DI RICOVERO

### AGENDE DEI RICOVERI

Il Registro (Agenda di prenotazione) dei ricoveri ospedalieri è strutturato e gestito all'interno di ciascun Presidio Ospedaliero.

Le caratteristiche di tale registro sono quelle riportate nel citato Piano Regionale per il governo delle liste di Attesa e sono già operative nei presidi della Azienda. Al fine di garantire con maggiore trasparenza l'uniformità nella compilazione del registro (non più cartaceo ma elettronico) si riportano di seguito i campi da popolare necessariamente, obbligando tutte le Direzioni dei Presidi di ricovero alla sua univoca applicazione.

### CAMPI DATI PAZIENTE:

- a) **Nome e cognome;**
- b) **Codice fiscale;**
- c) **Sesso**
- d) Data di nascita
- e) Residenza;
- f) **Numero telefono paziente**
- g) **Persona da informare (nome e telefono)**
- h) **Diagnosi o sospetto diagnostico;**
- i) **Classe di priorità**
- j) Note cliniche particolari

### INFORMAZIONI GESTIONALI:

- k) **Nome del medico prescrittore;**
- l) **Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico);**
- m) **Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore;**
- n) **Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione;**
- o) **Data prevista per il ricovero;**
- p) **Data reale del ricovero;**
- q) **Motivi di eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista;**
- r) **Modalità di accesso (visita ambulatoriale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc).**

NB: in neretto sono indicati i campi "**essenziali**", per differenziarli da quelli giudicati "utili".

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

- effettiva presenza del problema segnalato (valutazione clinica),

- pertinenza al regime di ricovero (valutazione organizzativa)
- pertinenza strutturale (idoneità della struttura in relazione a tecnologie, risorse, competenze ecc.).

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

La richiesta di ricovero da parte del MMG/PLS assume quindi il significato di proposta e/o di richiesta di consulenza sulla prestazione di ricovero allo specialista ospedaliero; in caso di non concordanza con la richiesta (di ricovero) del medico prescrittore, lo specialista deve indicare il livello di assistenza appropriato per il caso clinico in esame, attivando direttamente, se condiviso dal cittadino-utente, un diverso percorso assistenziale. In tal caso lo specialista ospedaliero utilizza l'apposita modulistica, predisposta dalla direzione della ASL e assume la responsabilità delle scelte in merito ad esempio al regime assistenziale o alla classe di priorità.

Nella definizione della modulistica sono previsti, oltre ai campi anagrafici, anche i campi:

diagnosi, data proposta di ricovero del MMG, data indicata dallo specialista, classe di priorità precedente e nuova classe assegnata, e la chiara indicazione del medico che si assume le dovute responsabilità.

Lo specialista ospedaliero assume l'onere di agevolare il nuovo percorso terapeutico del paziente.

Per le finalità di rilevazione dei tempi di attesa, il momento in cui lo specialista ospedaliero rileva o conferma il bisogno di ricovero per il paziente costituisce **la data di inizio del percorso**. La misurazione del tempo di attesa è quello che intercorre tra il momento della conferma dell'esistenza del bisogno (l'indicazione nell'agenda della data in cui viene effettuata la prenotazione) ed il momento dell'effettivo ricovero per svolgere le procedure previste. Deve essere anche rilevato il tempo che intercorre tra la data in cui è proposto il ricovero del MMG/PLS/Specialista ambulatoriale e la data in cui si effettua la visita specialistica per la conferma dell'ipotesi del ricovero.

Ove la proposta della prestazione sia affidata alle valutazioni di uno specialista ospedaliero, diverso dal medico preposto alla accettazione ed all'inserimento nell'agenda, dovrà essere fornita al paziente una apposita scheda (interna alla struttura) debitamente firmata, che garantisca l'inserimento nel registro di ricovero ordinario.

Il paziente con tale scheda accede all'accettazione per l'iscrizione nel registro e per ottenere la prima data utile in considerazione di :

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

Il paziente, al momento dell'erogazione della prestazione, dovrà consegnare in accettazione la prescrizione di ricovero sul ricettario regionale del MMG. .

Le Strutture Ospedaliere dovranno interagire tra loro per il rispetto dei tempi massimi di attesa e, nel caso non riescono a coprire i tempi massimi di attesa previsti nel presente piano, sarà compito della Direzione Sanitaria aziendale interagire con le Aziende Ospedaliere, Universitarie e IRCCS tramite la stipula di appositi accordi, per concordare le disponibilità dell'offerta di prestazioni, in modo da creare percorsi alternativi più agevoli per l'utente, nel rispetto del principio della migliore accessibilità sul territorio delle strutture e ponendo particolare attenzione soprattutto per le prestazioni in cui si richiede una più alta specializzazione e professionalità.

Per maggiore chiarezza si riportano le Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, nell'ambito del Progetto Mattone "Tempi di attesa" (versione 4 maggio 2005), che definiscono, relativamente ai dati da inserire nel registro di prenotazione, un elenco di campi articolato in due sezioni, la prima relativa al paziente, la seconda all'aspetto gestionale.

Campi dati paziente	Rilevanza
a) Nome e Cognome del paziente	Essenziale
b) Codice Fiscale	Essenziale
c) Sesso	Essenziale
d) Data di nascita	Utile
e) Residenza	Utile
f) Numero di telefono del paziente	Essenziale
g) Persona da informare (nome e telefono)	Essenziale
h) Diagnosi o sospetto diagnostico	Essenziale
i) Classe di priorità	Essenziale
j) Note cliniche particolari	Utile
Informazioni gestionali	Rilevanza
k) Nome del medico prescrittore	Utile
l) Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico)	Utile
m) Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore	Essenziale
n) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione	Essenziale
o) Data prevista per il ricovero	Essenziale
p) Data reale del ricovero	Essenziale
q) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista	Essenziale
r) Modalità di accesso (visita ambulatoriale, prescrizione di specialista esterno, visita al PS, visita privata ecc)	Utile

**Precisazioni sui campi data (m, n, o, p).**

La "data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore" (campo m) corrisponde alla data contenuta nella richiesta del medico prescrittore (MMG, specialista ecc). Nei casi in cui, per finalità amministrative (da scoraggiare ai fini di una corretta e trasparente organizzazione delle

agende di prenotazione dei ricoveri), la richiesta di ricovero viene compilata dal MMG immediatamente prima del ricovero, ma dopo l'espletamento di tutto il percorso di valutazione della necessità del ricovero, tale data non deve essere considerata pertinente.

La "data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione" (campo n) corrisponde al momento della conferma del riconoscimento del bisogno da parte dello specialista della struttura ospedaliera (identificazione del bisogno/convalida dello specialista): è la stessa data che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nel tracciato SDO.

La "data prevista per il ricovero" (campo o) può essere indicata in modo "approssimativo" o orientativo (stima dello specialista). Questa variabile riveste la sua importanza strategica soprattutto in termini di programmazione delle attività allorquando viene messa a confronto con la data reale del ricovero, poiché discrepanze significative e frequenti rispetto a quest'ultima, possono essere espressione di difficoltà gestionali.

Indicativamente la data prevista per il ricovero può essere stimata valutando il tempo medio di attesa per quel tipo di ricovero con quella classe di priorità nei precedenti sei mesi.

La "data reale del ricovero" (campo p) si riferisce alla data effettiva di ammissione al ricovero ospedaliero.

## **PERCORSO DI PREOSPEDALIZZAZIONE**

### **Definizione**

La PreOspedalizzazione è una fase di accesso dell'assistito all'interno della struttura sanitaria ospedaliera finalizzata all'esecuzione delle prestazioni specialistiche, strumentali e di laboratorio, che permettono di valutare l'idoneità del paziente ad essere sottoposto ad intervento chirurgico.

Le prestazioni in PreOspedalizzazione devono essere effettuate nei 15 giorni precedenti l'intervento, sono basate su criteri di appropriatezza e sono finalizzate all'ammissione al ricovero e non alla formulazione della diagnosi.

Tali accertamenti, in caso di intervento, sono gratuiti in quanto rientranti nella omnicomprensività della tariffa del DRG, mentre nei caso in cui agli esami non faccia seguito l'intervento chirurgico, questi devono ritenersi a carico del cittadino, con tariffa come da nomenclatore tariffario regionale.

### **Obiettivo**

L'obiettivo primario della PreOspedalizzazione è eliminare tutta la degenza preoperatoria finalizzata:

- all'esecuzione delle indagini (visite, esami strumentali e di laboratorio) necessarie per la valutazione del rischio operatorio
- alla preparazione all'intervento
- alla effettuazione di altre metodiche, come il pre-deposito di sangue autologo, talvolta necessarie.

I vantaggi da perseguire sono:

#### ***per il cittadino :***

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

#### ***per la azienda***

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

### **Criteri clinici di selezione dei pazienti**

Possono accedere alla PreOspedalizzazione i pazienti con buone condizioni generali (classe ASA 1) e i pazienti con patologie minori, nonché quelli con affezioni mediche controllate dalla terapia (classe ASA 2).

La valutazione viene effettuata durante la visita medica sulla base dei criteri standardizzati riportati di seguito per completezza.

classe ASA 1:

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

classe ASA 2:

Paziente con malattia sistemica da lieve a moderata, causata sia dalla condizione morbosa per la quale viene effettuato l'intervento che da altre patologie. Ipertensione arteriosa ben controllata, storia di asma, anemia, uso di sigarette, diabete ben controllato, obesità lieve, età < 1 anno >70 anni, gravidanza.

Le specialità per le quali è possibile la PreOspedalizzazione, come pure il ventaglio di prestazioni pre-operatorie da effettuare, sono definite valutando le branche specialistiche presenti nel Presidio Ospedaliero e previo accordo della Direzione Medica di Presidio con il Dipartimento Assistenza Ospedaliera.

### **Percorso:**

- 1) Il paziente si presenta al Presidio Ospedaliero, ove intende essere operato, con la richiesta di ricovero redatta dal Medico di Medicina Generale su ricettario SSN
- 2) Il paziente viene indirizzato dal front-office (CUP o URP) all'ambulatorio dell'UO che dovrà effettuare l'intervento prescritto, per essere sottoposto alla visita specialistica di inquadramento.
- 3) Il paziente viene visitato dal Chirurgo della U.O. incaricato delle visite di inquadramento. Il Chirurgo, qualora ritenga che il paziente possa-essere avviato al percorso di PreOspedalizzazione, compilerà la Richiesta di PreOspedalizzazione specificando gli accertamenti finalizzati all'intervento, e la consegnerà al referente infermieristico del suo Reparto e all'assistito.  
*(In questa fase il medico dovrà informare il paziente che le prestazioni eseguite in regime di PreOspedalizzazione rientrano a pieno titolo nella cartella clinica e sono gratuite e che, qualora lo stesso paziente rifiuti il ricovero proposto, dovrà corrispondere il costo degli esami effettuati)*  
Se il paziente non è eleggibile per la procedura di PreOspedalizzazione si seguirà la procedura di ricovero ordinario.

- 4) Il paziente presenta la richiesta di PreOspedalizzazione al CUP del presidio, ove è istituito il Registro di PreOspedalizzazione informatizzato, e viene inserito nella lista d'attesa specifica di Preospedalizzazione della branca.
- 5) Successivamente il CUP contatterà il paziente in lista d'attesa per indicare la data fissata per l'effettuazione delle procedure di preospedalizzazione, e segnalerà l'avvenuta chiamata con un apposito flag nella procedura informatica.
- 6) Il giorno previsto il CUP consegnerà al paziente la scheda di Preospedalizzazione e lo indirizzerà all'ambulatorio dedicato.
- 7) Presso l'ambulatorio dedicato, il paziente viene informato circa le procedure e le metodiche di PreOspedalizzazione cui verrà sottoposto e firmerà il consenso informato alle procedure di PreOspedalizzazione, nonché una liberatoria al trattamento dei dati sensibili.
- 8) Sulla Scheda di PreOspedalizzazione verranno riportate tutte le indagini effettuate e questa diventerà, poi, parte integrante della cartella clinica da aprire all'atto del ricovero. La Scheda di PreOspedalizzazione è identificata con un progressivo univoco di PreOspedalizzazione nell'ambito dell'anno e dello stabilimento.
- 9) Tutti gli accertamenti e le consulenze previste saranno espletati in un unico accesso ma, qualora non fosse possibile completare la valutazione pre-operatoria nell'arco della giornata o fossero necessarie integrazioni per patologie concomitanti, saranno organizzati ulteriori accessi a cura del referente infermieristico.
- 10) Raccolti i referti degli esami effettuati in PreOspedalizzazione, il coordinatore infermiere della U.O. dovrà informare il paziente circa l'esito degli esami e registrare informaticamente la chiamata presso l'accettazione:
  - a) in caso di esito negativo dovrà comunicare al paziente l'impossibilità di effettuare l'intervento che dovrà essere riprogrammato (il paziente esce dalla lista di attesa di preospedalizzazione per essere, eventualmente, inserito nella lista di attesa ordinaria);
  - b) in caso di esito positivo dovrà comunicare al paziente la data prevista per l'intervento entro i successivi 15 giorni. Il paziente verrà evidenziato (con un ulteriore flag) per individuarlo come **in lista per intervento chirurgico**, al fine di distinguerlo dagli altri pazienti ancora in attesa della procedura di preospedalizzazione.

**E' obbligo della Direzione medica di Presidio, attraverso gli uffici preposti, rispettare i tempi relativi alla comunicazione dell'esito degli esami al paziente in PreOspedalizzazione.**

- 11) Il paziente, nella data stabilita per il ricovero, si recherà presso il Presidio Ospedaliero per effettuare l'accettazione e la conseguente apertura della cartella clinica. All'interno della cartella confluiranno gli esami svolti in regime di PreOspedalizzazione (Scheda di PreOspedalizzazione).
- 12) Nel caso in cui il paziente rifiuti il ricovero è previsto il recupero delle somme dovute per gli esami effettuati .

E' importante sottolineare che nel caso in cui, al momento del ricovero, per giustificati motivi clinici o anestesiológicos, non dovesse seguire il relativo intervento

chirurgico, è necessario comunque redigere una Scheda di Dimissione Ospedaliera di ricovero ordinario e che la stessa venga completata e chiusa apponendo come codice di diagnosi principale ICD9CM il più appropriato dei seguenti:

- V64.1 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per controindicazione;
- V64.2 Intervento chirurgico o altra procedura non eseguiti per decisione del paziente;
- V64.3 Procedura non eseguita per altre ragioni.

Le tre tipologie di diagnosi vengono monitorate semestralmente dalla Direzione Medica di Presidio supportata dall'UOSD di Pianificazione Ospedaliera Settore SDO/DRG al fine di rilevare fenomeni opportunistici.

Gli indicatori di appropriatezza assistenziale valutati sono:

- Degenza media preoperatoria
- Degenza media postoperatoria
- Degenza media casi chirurgici
- Rapporto: degenza media preoperatoria successiva all'attivazione della procedura / degenza media preoperatoria anno 2012

## ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Le attività di monitoraggio in opera presso la ASL Napoli 1 Centro sono riportate di volta in volta nei capitoli riguardanti

- Indicazione della classe di priorità
- Indicazione del quesito diagnostico
- Differenziazione tra prime visite e controlli
- Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici
- Sistema CUP
- Regolamentazione delle sospensioni
- Attività libero-professionale
- Procedure di ricovero
- Agende dei ricoveri
- Monitoraggio dei ricoveri e aggiornamento della SDO
- Monitoraggio della PreOspedalizzazione

Di seguito sono riportate altre tre tipologie di monitoraggio che derivano da debiti informativi.

### MONITORAGGIO DEI RICOVERI OSPEDALIERI E AGGIORNAMENTO DELLA SDO

La D.G.R.C. n. 277 del 21.06.2011 "Recepimento dell'Accordo tra il Governo, Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano concernente l'aggiornamento delle Linee Guida per la codifica delle informazioni cliniche dello schema di dimissione ospedaliera (SDO), di cui all'Accordo Stato-Regioni del 6 giugno 2002, rep atti n. 1457" prevede l'aggiornamento dei campi della SDO utili al monitoraggio dei ricoveri.

**Tali aggiornamenti sono già operativi nei Presidi della ASL Napoli 1 Centro.**

- Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti). Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.
- Tipo di ricovero Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:
  - 1= ricovero programmato non urgente
  - 2= ricovero urgente
  - 3= ricovero TSO
  - 4= ricovero programmato con preospedalizzazione.Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).
- Regime di ricovero Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:
  - 1= regime di ricovero ordinario
  - 2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)
- Data di prenotazione Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione

- del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.
- Classe di priorità Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:
    - A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
    - B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
    - C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
    - D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.
  - Codice intervento chirurgico E' relativo agli interventi chirurgici principali o secondari che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.e i. Il codice degli interventi chirurgici principali è codificato con 12 caratteri di cui i primi 8 caratteri indicano la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico, i successivi 4 caratteri indicano il codice dell'intervento chirurgico secondo la classificazione internazionale ICD9 CM versione 2007. Il codice degli altri interventi (secondari) è codificato con 4 caratteri.
  - Data intervento chirurgico Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico principale. Campo di 8 caratteri. Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

### **MONITORAGGIO EX ANTE DEI TEMPI DI ATTESA**

Già dal 2011 la ASL Napoli 1 ha effettuato il monitoraggio ex ante dei tempi di attesa delle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012 secondo il modello nazionale (allegato 2 della DGRC 271/2012). La ASL Napoli 1 Centro, essendo ASL territoriale, raccoglie i dati su tutto l'ambito cittadino per le strutture a gestione diretta, temporaneamente accreditate, Policlinici, Aziende Ospedaliere e IRCCS. Il presente Programma Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa prevede che tale azione prosegua negli anni a venire secondo le indicazioni ministeriali e regionali.

### **MONITORAGGIO EX POST DEI TEMPI DI ATTESA**

Tale monitoraggio viene effettuato tramite il flusso informativo ex art.50 della Legge 326/2003 e successivi aggiornamenti. Il monitoraggio viene effettuato sulle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-2012 erogate presso le strutture a gestione diretta dell'Azienda in quanto, come indicato nel paragrafo relativo ai

“Tempi massimi delle prestazioni ambulatoriali” la ASL Napoli 1 Centro distribuisce la domanda relativa alle prestazioni dell’elenco presso tutti gli erogatori con la garanzia dello standard previsto.

Il monitoraggio è effettuato, dal 2013, popolando, i campi relativi alle classi di priorità e alla garanzia dei tempi massimi, oltre ai campi relativi alla data di prenotazione e alla data di accesso alla prestazione, tutti i campi sono presenti nei tracciati prodotti dal CUP.

**ALLEGATO 1**

***MONITORAGGIO***

***DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI***

***COMPLESSI***

## **MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI COMPLESSI**

Nel giugno 2011, il Ministero della Salute con il supporto dell'AGENAS, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2010-2012 (PNGLA), ha emanato le linee-guida per il monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi.

Tale documento intende rappresentare la metodologia di monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici complessi, cioè di quelle sequenze predefinite, articolate e coordinate di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevedono la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia". Situazioni cliniche che richiedono l'integrazione coordinata di più specialisti, talvolta anche in strutture diverse, spesso con utilizzo di tecnologie ad alto costo, comportano difficoltà gestionali per i servizi sanitari che rendono necessario razionalizzare e ottimizzare l'uso delle risorse e impongono un monitoraggio preciso e periodico di tali percorsi assistenziali. I percorsi complessi possono essere utilizzati per diverse patologie, ma tipicamente si applicano ai pazienti affetti da neoplasia maligna, come rappresentato nella relazione finale del progetto Mattone "Tempi di attesa" (cap. 7) e, secondo quanto espresso dal PNGLA 2010-2012, anche ai pazienti con diagnosi di cardiopatia ischemica trattata con by-pass aorto-coronarico. La metodologia tracciata nelle linee-guida è finalizzata a monitorare e valutare la durata delle due fasi distinte del percorso diagnostico-terapeutico:

1. fase strettamente diagnostica (dal primo sospetto "consistente" alla conclusione diagnostica);
2. l'attesa per l'inizio della terapia dopo il completamento della fase 1

Gli elementi critici di questi processi sono rappresentati da tre momenti fondamentali:

- a) "prima prestazione suggestiva": permette di identificare l'inizio del percorso diagnostico;
- b) data dell'esame "conclusivo" (per i tumori, solitamente è l'esame citologico o istologico);
- c) data di ricovero per l'inizio della terapia.

Il tempo intercorso tra a) e b) indica tendenzialmente la fase 1., mentre l'intervallo b)-c) dà la misura del tempo di attesa per l'inizio della fase terapeutica.

In termini di tracciabilità, considerando che spesso può determinarsi un intervallo tra la conclusione del percorso diagnostico e la programmazione della terapia, determinato da motivi diversi (quale, ad esempio il fatto che il paziente e la sua famiglia, a fronte di una diagnosi grave, spesso chiedono una seconda opinione o si rivolgono a un altro centro per avere conferma della diagnosi e delle terapie proposte), è ritenuto più affidabile, per la valutazione della seconda fase, l'intervallo temporale tra la data dell'esame conclusivo e la data di prenotazione del ricovero (vedi SDO).

Le aree cliniche di rilevazione sono:

- tumore della mammella
- tumore del polmone
- tumore del colon-retto
- cardiopatia ischemica trattata con by-pass Aorto-Coronarico

I risultati del monitoraggio devono essere letti in una logica di sistema, di analisi organizzativa funzionale all'ottimizzazione di efficacia, umanizzazione, efficienza, appropriatezza e tempestività attraverso l'individuazione di criticità organizzative e gestionali e sono da condividere con tutti gli specialisti e le professionalità effettivamente coinvolte nei percorsi considerati.

A far data dall'anno 2013 il monitoraggio del PDT viene effettuato con cadenza trimestrale seguendo le modalità di cui alla tabella sotto riportata ove sono indicate anche le prestazioni "suggestive" e le diagnosi :

<b>Percorso</b>	<b>A Prestazione suggestiva</b>	<b>B Esame conclusivo</b>	<b>C Diagnosi</b>	<b>Monitoraggio PDT</b>
Tumore mammella	85.11 85.11.1	91.46.5 (es.istol.) 91.47.1 (es.istol.)	174	<b>(Tempo trascorso tra data A e data B)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			174.0	
			174.1	
			174.2	
			174.3	
			174.5	<b>(Tempo trascorso tra data B e data ricovero per C)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			174.6	
			174.8	
			174.9	
			233.0	
238.3				
Tumore Colon-retto	45.23 45.24 45.25 45.42 45.43.1	91.42.1 (es.istol.) 91.42.2 (es.istol.) 91.41.3 (es.istol.) 91.41.4 (es.istol.)	153.30	<b>(Tempo trascorso tra data A e data B)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			153.31	
			153.32	
			153.33	
			153.34	
			153.35	<b>(Tempo trascorso tra data B e data ricovero per C)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			153.36	
			153.37	
			153.38	
			153.39	
			154.41	
			154.42	
			154.43	
			154.48	
			230.3	
			230.4	
230.5				
230.6				
Tumore polmone	33.22 33.24	91.43.1 (es.istol.) 91.43.2 (es.istol.) 91.43.4 (es.istol.)	162.0	<b>(Tempo trascorso tra data A e data B)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			162.2	
			162.3	
			162.4	
			162.5	
			162.8	<b>(Tempo trascorso tra data B e data ricovero per C)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			231.2	
Cardiopatia ischemica (con by pass aorto- coronarico)	89.41 89.42 89.43 89.44	88.42.1 88.42.2	361.0*	<b>(Tempo trascorso tra data A e data B)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
			361.1*	
			361.2*	
			361.3*	
			361.4*	
			361.5*	<b>(Tempo trascorso tra data B e data ricovero per C)</b> N° Cod.Fiscali T min T max Moda
361.6*				
361.9*				

\* per la cardiopatia ischemica (con by pass aorto – coronarico) è riportato il codice procedura

## **ALLEGATO 2**

### **LINEE GUIDA PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE PRIORITÀ NELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

**- VISITE SPECIALISTICHE -**

---

## VISITA CARDIOLOGICA ed ELETTROCARDIOGRAMMA

---

### Classe URGENTE

- Episodio di sincope o lipotimia
- Toracoalgie con o senza irradiazioni, e dolore epigastrico in soggetti con rischio cardiovascolare medio-alto (ipertesi, fumatori, diabetici, dislipidemici, con familiarità per cardiopatia ischemica)
- Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico
- Recente insorgenza di dispnea e/o edemi declivi di sospetta origine cardiaca

### Classe BREVE

- Dolore toracico da sforzo in soggetti a rischio cardiovascolare medio-alto (ipertesi, fumatori, diabetici, dislipidemici, con familiarità per cardiopatia ischemica)
- Pazienti neoplastici programmati per chemioterapia
- Pazienti con scompenso cardiaco cronico in fase di riacutizzazione non rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto

### Classe DIFFERIBILE

- Prima visita in pregressa crisi ipertensiva
- Prima visita in pazienti con pregresso disturbo acuto del ritmo dopo ricovero
- Sospetto diagnostico di valvulopatia in soggetti senza segni clinici di insufficienza cardiaca (altrimenti vanno in classe urgente)
- Sospetto diagnostico di cardiomiopatia in soggetti senza segni clinici di insufficienza cardiaca (altrimenti vanno in classe urgente)

### Classe PROGRAMMATA

- Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi
- Prima visita in pazienti con diabete mellito di recente diagnosi
- Riscontro di soffio cardiaco in soggetto asintomatico
- Malattie croniche degenerative
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

---

## VISITA CHIRURGIA VASCOLARE ED ECOCOLORDOPPLER VASCOLARE

---

### Classe URGENTE

- Sospetta trombosi venosa profonda
- Ischemia acuta degli arti inferiori
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale < 10 giorni
- Flebite Grande Safena Ascendente
- Massa addominale pulsante dolente

### Classe BREVE

- Flebite acuta del sistema venoso superficiale
- Ischemia critica arti inferiori
- Ulcere vascolari
- Massa addominale pulsante non dolente
- Sospetto Attacco Ischemico Transitorio (TIA) cerebrale > 10 giorni

### Classe DIFFERIBILE

- Recidiva di flebite
- Claudicatio < 100 metri
- Sindrome post-fleblitica (trombosi venosa profonda)
- Soffio latero-cervicale

### Classe PROGRAMMATA

- Varici arti inferiori
- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

---

## VISITA PNEUMOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Stato di male asmatico
- Riacutizzazione di insufficienza respiratoria cronica
- Emottisi
- Sospetto di infezione polmonare acuta con insufficienza respiratoria
- Ogni pneumopatia di nuova insorgenza con segni di acuta compromissione della ventilazione polmonare e/o degli scambi gassosi

### Classe BREVE

- Emoftoe
- Tosse persistente per oltre tre settimane
- Diagnosi sospetta o accertata di versamento pleurico
- Rapida e significativa variazione di sintomatologia respiratoria in pazienti con bronco-pneumopatie già note
- Episodio infettivo polmonare persistente senza insufficienza respiratoria
- Nodulo polmonare di n.d.d.
- Sospetta pneumopatia infiltrativa diffusa

### Classe DIFFERIBILE

- Controlli in pazienti con bronco-pneumopatie già note ed in terapia
- Segni e sintomi respiratori non riconducibili ai quadri clinici sopra descritti
- Sospetta Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)

### Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

---

## VISITA OTORINOLARINGOIATRICA

---

### CLASSE URGENTE

- Dispnea inspiratoria acuta.
- Emorragia da organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori.
- Trauma del massiccio facciale.
- Sospetta presenza di corpi estranei vie aeree superiori.
- Sordità improvvisa

### CLASSE BREVE

- Tumefazioni cervico-facciali di recente insorgenza
- Dispnea e/o disfagia e/o disfonia di recente insorgenza
- Dolore intenso ed improvviso in organi appartenenti alle vie aero-digestive superiori
- Patologia dei nervi cranici di recente insorgenza
- Vertigine acuta di tipo periferico

### CLASSE DIFFERIBILE

- Ipoacusia nota stabilizzata
- Vertigini croniche.
- Patologia adeno-tonsillare del bambino o tonsillare dell'adulto.
- OSAS (Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno)
- Patologia ostruttiva per malformazioni del setto nasale e/o per ipertrofia dei turbinati.

### CLASSE PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

---

## VISITA ENDOCRINOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Dolore spontaneo o provocato nella regione della ghiandola tiroidea, che appaia tumefatta e dura con o senza febbre.
- Cardiopalmo persistente o parossistico in atto o di recente insorgenza, ritmico o aritmico con tremori, e/o ipertermia, e/o agitazione psicomotoria, e/o disturbi gastroenterici.
- Parestesie al viso e arti, segno di Trousseau positivo, crisi di tetania in soggetto tiroidectomizzato o paratiroidectomizzato.
- Dispnea in soggetto con tumefazione improvvisa nella regione tiroidea.
- Episodio di sincope o lipotimia e/o dolori addominali e vomito in soggetti con iposurrenalismo sospetto o noto

### Classe BREVE

- Ipertensione arteriosa con cefalea, sudorazione, palpitazioni, vampate di calore.
- Tumefazione improvvisa nella regione tiroidea, con o senza dolore.

### Classe DIFFERIBILE

- Prima visita per pazienti con sospetta o accertata patologia endocrina non rientranti nelle categorie precedenti

### CLASSE PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alle classi precedenti

---

## VISITA GASTROENTEROLOGICA

---

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, rettorragia)
- Dolori addominali acuti ricorrenti o persistenti (colica) e/o sindrome clinica sospetta per: “addome acuto”, occlusione intestinale, pancreatite acuta, epato-colangite, diverticolite acuta, appendicite
- Corpi estranei esofagei e/o potenzialmente lesivi del tratto gastro-intestinale
- Ingestione di sostanze caustiche
- Vomito incoercibile, disfagia acuta severa
- Cirrosi epatica scompensata e/o complicata: ascite “tesa” e/o refrattaria, encefalopatia epatica moderato-severa, sindrome epato-renale, peritonite spontanea batterica
- Altre “critiche” condizioni cliniche di pertinenza gastroenterologia inquadrabili in questa classe

Classe URGENZA

- Segni di epatite acuta
- Dislocazione di Gastrostomia Percutanea Endoscopica (PEG)
- Valutazione gastroenterologia di sindromi sub-occlusive
- Corpi estranei nell'ileo distale e colon
- Diarrea acuta profusa da più di 3 giorni
- Distensione addominale da ascite

Classe BREVE

- Dolore toracico non cardiaco
- Epatopatie croniche in fase di riacutizzazione o di scompenso
- Vomito ripetuto
- Ittero di n.d.d.
- Disfagia ingravescente
- Sanguinamento del tubo digerente non compendiato come urgenza
- Anemia sideropenica < 10 gr Hb
- Valutazione posizionamento PEG
- Importante calo ponderale o altri sintomi digestivi e/o segni “di allarme”
- Reperto di massa addominale
- Valutazione compatibilità digestiva di terapie cardiologiche o vascolari urgenti
- Riacutizzazione di malattie infiammatorie croniche intestinali
- Sintomi e/o segni sospetti per patologie neoplastica a carico dell'apparato gastroenterico

Classe DIFFERIBILE

- Sintomi gastroenterici di recente insorgenza non risolti a domicilio
- Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti > 45 anni

- Anemia sideropenica > 10 gr Hb
- Sanguinamento del tratto digestivo di lieve entità
- Diarrea cronica
- Sospetta malattia celiaca e/o malassorbimento

#### Classe PROGRAMMATA

- Sintomatologia gastroenterologica di verosimile origine funzionale
- Sindrome dispeptico-dolorosa in soggetti < 45 anni
- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

---

## VISITA OCULISTICA

---

### Classe URGENTE

- Trauma dello splancnocranio e dell'orbita
- Traumi chiusi o aperti del bulbo
- Distacco di retina
- Corpo estraneo
- Infezioni acute dell'occhio
- Attacco acuto di glaucoma
- Amaurosi/diminuzione improvvisa del visus
- Anisocoria di recente insorgenza

### Classe BREVE

- Diminuzione lenta e progressiva del visus
- Congiuntiviti sub acute e croniche
- Cheratopatie sub acute e croniche
- Infezione degli annessi oculari
- Glaucoma scompensato

### Classe DIFFERIBILE

- Alterazioni della secrezione lacrimare
- Visite ortottiche
- Visita per vizi di refrazione

### Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## VISITA NEUROLOGICA

---

### Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso

- Segni e/o sintomi di nuova recente insorgenza o inaggravanti con coinvolgimento acuto del sistema nervoso centrale

### Classe URGENTE

- Recente insorgenza/ recidiva di segni e/o sintomi neurologici che modificano le condizioni preesistenti alterando:
  - lo stato di coscienza (sincopi, episodi critici ripetuti di recente insorgenza)
  - le capacità cognitive (rapido deterioramento mentale)
  - le capacità sensori-motorie (deficit sensitivi e/o motori di un emisoma o degli arti inferiori, dei nervi cranici come diplopia, disfagia, disfonia)

### Classe BREVE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e soggette a possibile peggioramento critico

### Classe DIFFERIBILE

- Modificazioni del quadro clinico in pazienti con patologie neurologiche croniche già diagnosticate e non suscettibili di peggioramento critico

### Classe PROGRAMMATA

- Visite per situazioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## VISITA UROLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Massa testicolare non trans-illuminabile
- Ritenzione cronica di urina con insufficienza renale
- Macroematuria di recente insorgenza non accompagnata da sintomatologia dolorosa
- Sospetta urosepsi
- Scroto acuto

### Classe BREVE

- Sospetta neoplasia renale
- Sospetta neoplasia ureterale
- Sospetta neoplasia vescicale
- Sospetta neoplasia peniena/uretrale
- Idroureteronefrosi di varia eziologia
- Macroematuria non rispondente a terapia farmacologica e/o anemizzante
- Disuria ingravescente

### Classe DIFFERIBILE

- Calcolosi reno-ureterale non ostruente
- Calcolosi vescicale
- Emospermia
- Condilomatosi genitale
- Sospetta neoplasia della prostata

### Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

---

## VISITA DERMATOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Ortiçaria acuta
- Reazione da farmaci
- Eritemi febbrili
- Stati eritrodermici
- Infezioni virali acute
- Infezioni batteriche e parassitarie del paziente in età infantile e adolescenziale
- Vasculiti di recente insorgenza

### Classe BREVE

- Nevo traumatizzato
- Lesioni cutanee/mucose di recente insorgenza o con recenti modifiche morfologiche
- Lesioni di sospetta natura neoplastica
- Eczemi in fase acuta
- Infezioni batteriche
- Infezioni parassitarie
- Lesioni melanocitarie ad alto rischio di melanoma
- Ustioni di I e II grado in fase post-acuta con coinvolgimento < 10% della superficie cutanea
- Sifilide ed uretriti
- Alopecie acute

### Classe DIFFERIBILE

- Patologie infiammatorie cutanee
- Patologie infiammatorie autoimmuni
- Visita tricologica
- Pazienti con numerosi nevi

### Classe PROGRAMMATA

- Visite programmabili non riconducibili alle precedenti classi

---

## VISITA ONCOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Sospetta sindrome mediastinica
- Sindrome ipercalcemia maligna
- Febbre post-chemioterapia
- Coagulopatie da consumo e sindromi emorragiche in pazienti in trattamento oncologico
- Tromboflebite profonda con sospetta embolia polmonare

### Classe BREVE

- Prima visita specialistica per inquadramento diagnostico e terapeutico in paziente con diagnosi istologica e/o citologica di neoplasia maligna
- Prima visita specialistica in pazienti con forte sospetto di patologia oncologica in atto, per inquadramento diagnostico
- Inquadramento diagnostico e terapeutico di paziente oncologico con progressione o recidiva di malattia

### Classe DIFFERIBILE

- Visita specialistica in paziente con patologia oncologica nota in trattamento ambulatoriale con farmaci biologici e/o chemio-immunoterapia.

### Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

---

## VISITA ORTOPEDICA

---

### Classe URGENTE

- Episodi di versamento articolare NON TRAUMATICI, non cronici con segni chiari di flogosi, in particolare se accompagnati a febbre o in bambini
- Blocchi articolari (spalla, gomito, ginocchio, anca) antalgici e meccanici
- Sospetto clinico di frattura scheletrica degli arti con dolore ed impotenza funzionale
- Artralgie da oltre tre giorni nel bambino

### Classe BREVE

- Dolore dorsale acuto in paziente osteoporotico
- Pazienti operati da almeno una settimana con comparsa di segni clinici di flogosi locale e/o generale
- Pazienti con artropatia cronica in fase di riacutizzazione NON rispondenti agli aggiustamenti terapeutici già messi in atto
- Cervicobrachialgie e/o lombosciatalgie acute di NON competenza neurochirurgica o resistenti a trattamento medico da almeno 7 giorni
- Tendiniti e tenosinoviti acute
- Patologie pediatriche neonatali (piede torto, paralisi ostetrica, displasia anca, torcicollo miogeno) che necessitino di diagnosi e terapia in breve tempo
- Patologie pediatriche dell'infanzia (sospetta osteocondrosi dell'anca, epifisiolisi, distacchi epifisari)

### Classe DIFFERIBILE

- Pregressa cervicobrachialgia e/o lombosciatalgia cronica
- Pazienti con pregresso e diagnosticato disturbo acuto articolare
- Bambini con paramorfismi articolari (piede piatto, ginocchio valgo, scoliosi, cifosi)
- Sindromi canalicolari

### Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle classi precedenti

---

## VISITA GINECOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Dolore pelvico acuto (in assenza di lipotimia)
- Perdite ematiche atipiche (esclusa emorragia)

### Classe BREVE

- Vaginiti
- Pap test patologico
- Massa pelvica clinicamente riscontrabile (di natura da determinare)
- Ascite da verosimile patologia ginecologica

### Classe DIFFERIBILE

- Fibromi uterini

### Classe PROGRAMMATA

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi ed in questa classe

---

## VISITA FISIATRICA

---

### Classe URGENTE

- Paziente post chirurgico dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali
- Paziente post acuto dimesso da non più di 7 giorni proveniente da altre strutture ospedaliere extraregionali

### Classe BREVE

- Pazienti con postumi motori, vegetativi e cognitivi di traumatismi cranici e midollari
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti, con postumi multipli, ma con relativa autonomia funzionale ed altre malattie a carattere neurodegenerative, neuropatie e polineuropatie acute e croniche in fase di rilevante peggioramento clinico
- Pazienti che hanno già beneficiato di una degenza riabilitativa intensiva e che necessitano di proseguire il trattamento per completare il recupero funzionale di disabilità complesse e/o per evitare un successivo peggioramento funzionale
- Pazienti con patologie osteo-articolari di tipo neoplastico a carattere ripetitivo, primitive e secondarie
- Pazienti con patologie post-traumatiche e patologie post-chirurgiche con gravi sindromi ipocinetiche
- Pazienti con linfedemi post chirurgici
- Pazienti con imminenti revisioni chirurgiche in campo protesico

### Classe DIFFERIBILE

- Pazienti pluriminorati anche sensoriali con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con ritardo mentale con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti con cerebropatie involutive su base degenerativa, vascolare
- Pazienti con gravi disturbi del linguaggio
- Pazienti con disturbi del comportamento nelle diverse età della vita con evidenza di patologie dell'area neuro-muscolo-scheletrica
- Pazienti cerebrovascolari post-acuti con disabilità semplice
- Pazienti con patologie osteo articolari di tipo infiammatorio
- Pazienti con poliartrosi gravi
- Pazienti con deformità congenite, para-e dimorfismi
- Pazienti con prescrizione protesica e collaudo

### Classe PROGRAMMATA (P)

- Tutte le condizioni cliniche non ricomprese nelle precedenti classi

*Nota: la regolamentazione delle classi di priorità della visita fisiatrica non riguarda i pazienti che necessitano della medicina riabilitativa ex art.26 e che seguono i percorsi appositamente attivati dalle UVM.*

**- PRESTAZIONI STRUMENTALI -**

---

## TAC SENZA E CON CONTRASTO TORACE

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

### Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiologico di 1° livello
- Stadiazione di lesione espansiva (prima diagnosi)
- Sospetto di aneurisma dopo esame radiologico di 1° livello
- Documentata discrepanza tra dati clinici e radiografia del torace in caso di sospetta TBC o emottisi

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

**TAC SENZA E CON CONTRASTO ADDOME SUPERIORE,  
ADDOME INFERIORE E ADDOME COMPLETO**

---

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia addominale maligna dopo esame radiologico di 1° livello o prima stadiazione
- Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm.
- Patologie vascolari a Rischio di rottura (es. dissezione o ulcera) accertata con indagini strumentali
- Riscontro a seguito di follow up di aumento maggiore di cm. 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale
- Colica renale persistente o recidivante di recente insorgenza dopo valutazione urologica

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## TAC SENZA E CON CONTRASTO RACHIDE E SPECIO VERTEBRALE

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

### Classe BREVE

- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale.
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo tre settimane di riposo e terapia medica senza risultato.
- Dorsalgia in sospetto di crollo vertebrale previo esame radiologico
- Sospetta neoplasia maligna dopo esame radiologico o di medicina nucleare.

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## TAC SENZA E CON CONTRASTO CAPO

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

### Classe BREVE

- Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 30 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti ed impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza)
- Vertigini aspecifiche previa visita neurologica o ORL
- Stadiazione di lesione espansiva se prevista nel percorso diagnostico
- Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso).

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## TAC SENZA E CON CONTRASTO BACINO

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

### Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiologico di 1° livello

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione in PS

### Classe BREVE

- Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Epilessia (prima diagnosi) dopo valutazione neurologica
- Idrocefalo dopo valutazione neurologica
- Sospetto di processo occupante spazio ad eccezione di tutte le condizioni di urgenza che necessitano un riferimento al DEA

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## RMN PELVI, PROSTATA E VESCICA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## RMN MUSCOLOSCELETRICA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Sospetta osteonecrosi
- Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello
- Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ematica

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## RMN COLONNA VERTEBRALE

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Cervicalgia acuta o cronica riacutizzata con o senza brachialgia in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale o dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati
- Dorsalgia di recente insorgenza in sospetto di crollo vertebrale previo esame radiologico
- Lombalgia acuta o cronica riacutizzata con o senza sciatalgia in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale o dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati
- Sospetto di neoplasia e/o di spondilodiscite o sospetta patologia demielinizzante (prima diagnosi)

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## MAMMOGRAFIA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Sospetto clinico e/o ecografico di neoplasia maligno-mammaria
- Sospetta mastite
- Perdita ematica dal capezzolo

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## ECOGRAFIA CAPO E COLLO

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Tumefazione ad insorgenza improvvisa nella regione del collo, delle logge parotidiche (ghiandole salivari) e delle regioni sovraclavari

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE, ADDOME INFERIORE, ADDOME COMPLETO E RENO-VESCICALE

---

### Classe URGENTE

- Colica reno-uretrale resistente alla terapia e/o iperpiressia e/o con leucocitosi
- Sospetto ittero ostruttivo
- Massa addominale in età pediatrica

### Classe BREVE

- Ematuria
- Riscontro recente di tumefazione addominale
- Sospetta ascite o epatopatia scompensata
- Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti
- Riscontro di insufficienza renale di recente insorgenza

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## ECOGRAFIA MAMMARIA

---

### Classe URGENTE

- Sospetta mastite in paziente < 35 anni

### Classe BREVE

- Nodulo palpabile in paziente < 35 anni
- Secrezione dal capezzolo in paziente < 35 anni

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Tutta la restante casistica nel rispetto delle linee guida per la diagnostica per immagini di cui all'Accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2004.

---

## ECOCOLORDOPPLER TRONCHI SOVRA AORTICI

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione specialistica.

### Classe BREVE

- Sospetto attacco ischemico transitorio (TIA) cerebrale > 10 giorni
- Sospetta sindrome del distretto toracico superiore

### Classe DIFFERIBILE

- Soffio laterocervicale
- Differenza pressoria tra gli arti superiori > 40 mmHg

### Classe PROGRAMMATA

- Stenosi dei vasi epiaortici < al 60% (controllo a 6-12 mesi)
- Controlli post operatori (a cura del reparto di dimissione)
- Altre condizioni cliniche con più fattori di rischio

---

## ECOCOLORDOPPLER VASI PERIFERICI

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto in quanto relativo a sospetto di patologia acuta, ad alto rischio, che richiede una valutazione specialistica.

### Classe BREVE

- Ischemia critica arti inferiori (3°- 4° stadio Leriche-Fontaine)
- Flebite acuta sistema venoso superficiale
- Massa addominale pulsante non dolente

### Classe DIFFERIBILE

- Claudicatio < 100 metri
- Recidiva di flebite già in trattamento

### Classe PROGRAMMATA

- Claudicatio > 100 metri
- Sindrome post flebitica (esiti di trombosi venosa profonda)
- Varici arti inferiori con programma chirurgico
- Controlli post operatori (a cura del reparto di dimissione)
- Altre condizioni con più fattori di rischio

---

## ESAME AUDIOMETRICO

---

### Classe URGENTE

- Ipoacusia improvvisa
- Sindrome vertiginosa acuta

### Classe BREVE

- Ipoacusia in età pediatrica di riscontro recente
- Acufeni ad alta intensità e ad insorgenza improvvisa
- Ipoacusia da trauma acustico di riscontro recente

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ELETTROCARDIOGRAMMA SOTTO SFORZO

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE (è raccomandata la consulenza cardiologica)

- Dolore toracico tipico da sforzo di recente insorgenza (< 1 mese)
- Dolore toracico anche atipico di nuova insorgenza in paziente con cardiopatia ischemica nota o in soggetti ad elevato rischio cardiovascolare

### Classe DIFFERIBILE

- Primo controllo in presenza di cardiopatia ischemica nota (dopo infarto miocardico, 3-6 mesi dopo intervento di rivascolarizzazione percutanea o chirurgica)
- Valutazione pre-operatoria di chirurgia maggiore non cardiaca in paziente con cardiopatia ischemica nota (da effettuarsi entro 30 giorni)

### Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO SECONDO HOLTER

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Sintomatologia di sospetta origine aritmica (sincope o pre-sincope) ad incidenza frequente
- Sospetta angina (è raccomandata la consulenza cardiologica)

### Classe DIFFERIBILE

- Valutazione del rischio aritmico in pazienti con cardiopatia nota, se finalizzato alla modificazione della terapia farmacologica o indicazione a trattamento interventistico

### Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ECOCARDIOGRAMMA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota
- Comparsa di aritmia ventricolare non sporadica o fibrillazione atriale documentata in soggetto senza cardiopatia nota
- Comparsa di sincope in soggetto con sospetto clinico di cardiopatia o in pazienti con lavori ad alto rischio (per es. piloti)
- Variazione di quadro clinico in paziente con cardiopatia nota
- Pazienti che assumono o che devono iniziare terapia con farmaci cardiotossici
- Recente trauma toracico

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## SPIROMETRIA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Livello di priorità non previsto

### Classe DIFFERIBILE

- Sospetto di asma (spirometria semplice con test di reversibilità o test di broncprovocazione su indicazione dello specialista)

### Classe PROGRAMMATA

- Tutte le altre condizioni cliniche non riconducibili alla precedente classe ed in cui è presente indicazione all'esecuzione di spirometria semplice

---

## ECOGRAFIA OSTETRICA

---

### Classe URGENTE

- Perdita ematica di entità modesta entro i primi sei mesi di gravidanza in assenza di algie pelviche
- Algie pelviche da contrazioni uterine per misurazione collo
- Sospetta malformazione fetale

### Classe BREVE

- Sospetto ritardo di crescita fetale
- Sospetta macrosomia

### Classe DIFFERIBILE

- Ecografia secondo protocollo ministeriale (Decreto Legge 10.9.98 - G.U. n° 245 del 20.10.98)

### Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ECOGRAFIA GINECOLOGICA

---

### Classe URGENTE

- Metrorragia

### Classe BREVE

- Sanguinamenti in menopausa
- Masse endopelviche asintomatiche sospette per neoplasia

### Classe DIFFERIBILE

- Localizzazione IUD
- Masse endopelviche asintomatiche non sospette per neoplasia
- Dolore pelvico cronico
- Sanguinamenti irregolari intermestruali

### Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ELETTROMIOGRAFIA

---

### Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

### Classe BREVE

- Deficit motorio degli arti insorto acutamente da almeno due settimane (traumatico, infiammatorio e compressivo)

### Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## FONDO OCULARE

---

### Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Riduzione importante transitoria o improvvisa monolaterale del visus o del campo visivo associata o meno a
  1. cefalea, claudicatio mandibolare, rigidità dell'arteria temporale
  2. fosfeni miodesopsie, scotomi periferici
  3. metamorfopsie
  4. discromatopsie
  5. dolore retrobulbare

### Classe URGENTE

- Disturbi visivi (miodesopsie, fosfeni)

### Classe BREVE

- Disturbi del visus (miodesopsie, fosfeni, metamorfopsie) senza riduzione dell'acuità visiva
- Ulteriore riduzione del visus in maculopatia già diagnosticata
- Leucocoria del bambino

### Classe DIFFERIBILE

- Pazienti diabetici di nuova diagnosi
- Pazienti ipertesi di nuova diagnosi
- Deficit del visus in età scolare

### Classe PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

---

Classe **URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA** da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva)
- Corpi estranei vulneranti, corpi estranei esofagei, ingestione di caustici

Classe **URGENTE**

- Livello di priorità non previsto

Classe **BREVE**

- Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl
- Sintomi di allarme: vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi tre mesi), massa addominale di pertinenza gastrointestinale
- Necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche: terapia anticoagulante urgente
- Sospette neoplasie rilevate radiologicamente

Classe **DIFFERIBILE**

- Anemia sideropenica cronica
- Perdite ematiche minori (emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi)
- Riscontro radiologico di polipo
- Sindrome dispeptico-dolorosa senza sintomi di allarme in pz con età < 45 aa che non abbiano risposto a trattamento empirico
- Ricerca di varici esofagee
- Biopsie per sospetta celiachia (EMA e TGA positivi) e/o malassorbimento

Classe **PROGRAMMATA**

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

---

## COLONSCOPIA E SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE

---

Classe URGENTE INDIFFERIBILE / EMERGENZA da valutare in Pronto Soccorso:

- Emorragia digestiva in atto (ematemesi, melena, enterorragia massiva)

Classe URGENTE

- Livello di priorità non previsto

Classe BREVE

- Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva, ematochezia
- Anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl
- Sintomi di allarme: calo di peso importante (10% negli ultimi tre mesi), massa addominale di pertinenza gastrointestinale
- Sospette neoplasie rilevate radiologicamente
- Positività del test del sangue occulto in asintomatico

Classe DIFFERIBILE

- Anemia sideropenica cronica
- Perdite ematiche minori (emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi)
- Diarrea e/o stipsi recente o eventi sub-occlusivi
- Riscontro radiologico di polipo
- Sintomatologia tipo colon irritabile (diarrea o stipsi) non già indagata in pz con età > 50 aa

Classe DIFFERIBILE e PROGRAMMATA

- Condizioni cliniche non riconducibili alle precedenti classi

## **ALLEGATO 3**

### ***COLLEGAMENTO AL CUP E TRACCIABILITÀ DI TUTTE LE PRESTAZIONI PRENOTATE, PAGATE E RESE IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE***

Come previsto dalla D.G.R.C. n° 271/2012 e dal D.L. n.158/2012 convertito in Legge n.189/2012 la ASL Napoli 1 Centro rende attive le procedure informatiche e l'infrastruttura di rete necessarie a consentire il collegamento al CUP e la tracciabilità di tutte le prestazioni prenotate, pagate e rese in regime di Libera Professione.

Gli oneri necessari per la messa in attività e la manutenzione delle procedure e delle infrastrutture saranno ricavati dalla adeguata rideterminazione delle tariffe in misura tale da coprire i costi stimati in via preventiva e sostenuti dall'azienda, ivi compresi quelli connessi alla attività di formazione e di assistenza ai Dirigenti in fase di attivazione o di malfunzionamento del sistema.

L'infrastruttura consente rispettando le Linee Guida che indicate dal Ministero della Salute:

- f) l'accesso al Servizio CUP
- g) la prenotazione delle prestazioni
- h) la gestione dell'agenda delle prenotazioni
- i) la registrazione delle prescrizioni
- j) la registrazione dei dati di pagamento con la completa tracciabilità delle transazioni.

- L'accesso alle prestazioni rese in intramoenia avviene esclusivamente su apposita lista di prenotazione attraverso un collegamento telematico con il Centro Unico di Prenotazione (CUP) in osservanza della normativa sulla tutela dei dati personali di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196. La riservatezza dei dati viene garantita dalle procedure di sicurezza relative al software e ai servizi telematici in conformità alle regole tecniche di cui all'art.71, comma 1, del Codice dell'Amministrazione Digitale.

- Il collegamento avviene via web nel rispetto delle normative di sicurezza vigenti previste dalle Linee guida ministeriali (protocolli Https SSL)
- I Dirigenti che optano per l'Attività Intramoenia (d'ora in avanti denominati Erogatori) dovranno dotarsi delle attrezzature informatiche necessarie per lo svolgimento dell'attività prevista dal Sistema di prenotazione e pagamento (denominato CUP della ASL Napoli 1 Centro), dovranno farsi carico delle eventuali richieste di assistenza tecnica presso la ditta fornitrice delle anzidette attrezzature, nonché degli oneri relativi al collegamento alla rete Internet (per il funzionamento ottimale del Servizio di prenotazione è consigliabile disporre di un collegamento digitale alla rete Internet, meglio se di tipo xDSL, e del browser Internet Explorer - Versione 6.0 o superiore) e delle spese relative alla formazione dei propri operatori.
- La Direzione CUP provvede al rilascio e alla manutenzione delle password necessarie
- Le ricevute dei pagamenti avranno una numerazione progressiva per anno
- Gli Erogatori provvederanno a inviare ogni comunicazione alla Direzione Generale dell'Azienda o ad un Servizio da essa delegato
- Sono organizzate agende diversificate e diverse liste di attesa per prestazioni SSN e Intramoenia, come pure tariffari personalizzati per ciascun erogatore
- La gestione delle agende sarà centralizzata seguendo il percorso indicato:
  1. L'Erogatore farà la sua richiesta su apposito modulo alla Direzione Generale (o al Servizio delegato) e comunicherà tariffario, prestazioni e agenda (con programmazione almeno mensile)
  2. La Direzione CUP provvederà all'apertura dell'agenda e all'inserimento del tariffario e delle prestazioni (offering)

3. Le prestazioni effettuabili (offering) faranno riferimento al vigente nomenclatore tariffario (codice e descrizione) al fine di semplificare le comunicazioni
  - Per le prestazioni non ricomprese nel nomenclatore vigente l'erogatore concorderà con la Direzione CUP il codice e la descrizione della prestazione
4. In caso di chiusura dell'agenda, l'erogatore contatterà direttamente via fax o via mail certificata la Direzione CUP, che notificherà la chiusura alla Direzione Generale o suo delegato e provvederà di conseguenza alla chiusura in tempo utile.
5. Le variazioni di tariffario e di offering seguiranno la procedura dei punti 1) e 2) e avranno effetto dalla "prima disponibilità", al fine di salvaguardare gli impegni presi con gli utenti già prenotati
6. Sono possibili eventuali accessi diretti (senza prenotazioni) per prestazioni accettate direttamente con pagamento contestuale.

Sono predisposti report di attività individuali e raggruppati che saranno trasmessi alla Direzione Generale per le valutazioni previste dalla vigente normativa. Il monitoraggio dell'ALPI viene effettuato, oltre con l'apposita scheda annuale, anche con la rilevazione periodica degli indicatori riguardanti: i volumi di attività, i tempi di attesa e il rapporto prestazioni/ora.

- Le prenotazioni avverranno secondo tre modalità
  - PRESSO LA SEDE DI EROGAZIONE
    - Il sistema consente la visione della sola agenda del sanitario nella quale saranno effettuate le prenotazioni.  
I pagamenti dovranno essere effettuati con il sistema di pagamento on line (circuito VISA – MasterCard, con emissione contestuale della ricevuta.
  - PRESSO UN PUNTO CUP
    - L'assistito sceglie l'erogatore e il sistema consentirà la visione della sola agenda alla quale è collegato il tariffario e nella quale saranno effettuate le prenotazioni.  
I pagamenti potranno essere effettuati anche presso le casse ASL ove sono attive.
  - TRAMITE IL PORTALE AZIENDALE
    - Una sezione ALPI sarà dedicata alla informazione e alla prenotazione e conterrà anche tutti gli elementi informativi previsti dalle norme vigenti
      - Elenco nominativo dei professionisti
      - Prestazioni erogate
      - Tempi di attesa
      - Tariffe
      - Orari
      - Ubicazione degli ambulatori
      - Punti di prenotazione

*Il Sistema consente, inoltre, la registrazione delle prescrizioni effettuate dall'erogatore come previsto dalle Linee guida ministeriali e dalle Linee guida nazionali sul Fascicolo sanitario elettronico.*

#### **PROCEDURE IN CASO DI EMERGENZA**

*In caso di emergenza assistenziale o malfunzionamento del sistema informatico l'erogatore provvederà a inviare entro 24 ore un fax o un messaggio PEC all'Ufficio ALPI contenente i dati dell'erogatore, i dati del paziente, la prestazione erogata e gli estremi del pagamento effettuato. Sarà cura dell'Ufficio ALPI provvedere all'inserimento della prestazione nel database aziendale.*

#### **FORMAZIONE E AVVIO DEL SISTEMA**

*La Direzione CUP provvederà alla formazione e al supporto degli erogatori organizzando appositi corsi ed un Help Desk.*