

Deliberazione n. 124 del 11 settembre 2017

OGGETTO: GESTIONE DEI TEMPI E DELLE LISTE DI ATTESA: PRESA D'ATTO DEL DECRETO COMMISSARIO AD ACTA N. 34 DEL 08/08/2017 E DETERMINAZIONI AZIENDALI

DIREZIONE SANITARIA

Premesso che:

- la Regione Campania ha adottato con delibera D.G.R.C. n. 271 del 12/06/2012 il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2010 – 2012;
- che il summenzionato piano ha inteso creare un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 08/08/2017, pubblicato sul BURC n. 66 del 04/09/2017, avente ad oggetto *"Interventi per l'efficace governo dei tempi di attesa e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017/2018"* nel quale vengono confermati i principi e gli obiettivi di cui al Piano Nazionale di governo delle Liste di Attesa 2010-2012 approvato con il D.G.R.C. n. 271/2012 ed in particolare: (I) le classi di priorità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato; (II) i tempi massimi di attesa per ciascuna classe di priorità; (III) le 43 prestazioni ambulatoriali, di cui 14 specialistiche e 29 di diagnostica strumentale, e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, di cui 5 in regime diurno e 10 in regime ordinario, per le quali sono fissati, garantiti e monitorati i tempi di attesa, nonché le *"Linee di Indirizzo per la riduzione dei tempi di attesa"* (allegato B);

Visto

che in ambito aziendale risultano diverse criticità temporali per le prenotazioni ed effettuazioni delle visite specialistiche ambulatoriali per cui le priorità, allo stato, sono rappresentate prevalentemente e principalmente dai recuperi dei tempi per l'esecuzione delle sopraindicate attività sanitarie istituzionali;

Ritenuto

per quanto sopra esposto, di dover mettere in atto gli interventi utili ed idonei a garantire, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le 15 di ricovero ospedaliero, già citati nel sopraindicato decreto, il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità, per il 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici delle Aziende Sanitarie;

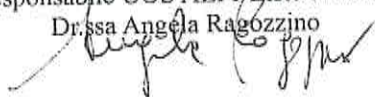
Considerato

infine, che la presente deliberazione è formulata previa istruttoria ed estensione conformi alla normativa legislativa vigente in materia, e che il presente provvedimento non comporta costi per l'Azienda;

PROPONE

- prendere atto del Decreto del Commissario ad Acta n. 34 del 08/08/2017, pubblicato sul BURC n. 66 del 04/09/2017, avente ad oggetto *"Interventi per l'efficace governo dei tempi di attesa e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017/2018"* e, di conseguenza, ottemperare agli obiettivi nelle tempistiche indicate dal sopracitato Decreto, per ciò che riguarda le prestazioni identificate nell'allegato A, attraverso le Linee guida indicate nell'allegato B;
- porre in essere le determinazioni aziendali comprese nell'allegato 1 *"Linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta (2017/2018)"* che, annesso alla presente delibera, ne rappresenta parte integrante e sostanziale, allo scopo di garantire il rispetto massimo dei tempi di attesa per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e le 15 di ricovero ospedaliero rappresentate;
- di effettuare un doppio canale uno, per le visite di primo accesso ed un secondo per i controlli successivi; quest'ultimi, nelle prenotazioni non vanno considerati in lista di attesa ma in lista di prenotazione con tempi indicati dallo specialista che ha effettuato la prima visita. L'obiettivo è la riduzione dei tempi di attesa per il primo accesso, che dovrà rientrare nei tempi fisiologici, quindi erogato nei cinque giorni dalla prenotazione.
- confermare quale Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale, la Dott.ssa Angela Ragozzino (U.O.S. Alpi – Liste di Attesa – Q/A) già nominata con nota prot. 188380 del 06/10/2016 a cui demandare, oltre alle azioni di implementazione delle attività rappresentate nell'allegato 1, il monitoraggio delle Liste di attesa, la predisposizione di un Piano Attuativo Aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia, nonché la rivisitazione del Regolamento Alpi, anche in virtù del sopracitato decreto;
- trasmettere copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, come per legge, ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Unità Operative Complesse interessate per l'esecuzione dello stesso, al Direttore U.O.C. Programmazione e controllo di gestione, al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, nonché al Responsabile della trasparenza ed al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- dichiarare la presente deliberazione immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

Il Responsabile UOS ALPI/ Liste di Attesa-Q/A
Dr.ssa Angela Ragozzino



IL DIRETTORE SANITARIO

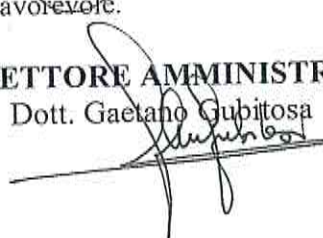
Dr.ssa Antonietta Siciliano



Vista la suesposta proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Gaetano Gubitosa



LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO NELL'AZIENDA OSPEDALIERA SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO DI CASERTA (2017/2018)

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO COME DA PNGLA 2010-2012

A) PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice
1	Visita cardiologia	89.7	8
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 fisiatria	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

*prestazione non inserita nell'offering Aziendale

** prestazione al momento sospesa per attrezzatura guasta

*** prestazione in fase di inserimento nell'offering Aziendale per pazienti già precedentemente dimessi dall'Azienda

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

*prestazione non inserita nell'offering Aziendale

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

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

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

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

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

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

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



B) PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO PROGRAMMATO

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

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

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

N.	Prestazione	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	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	

*prestazione al momento non inserita nell'offering Aziendale

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

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

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

SOMMARIO

A. SEPARAZIONE DEI CANALI PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: "PRIMO ACCESSO" VS "ACCESSO SUCCESSIVO" PER FOLLOW-UP E/O CONTROLLO.....	5
B. GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE.....	7
C. GARANZIA DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI "PRIMO ACCESSO" IN MANIERA UNIFORME SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE: AMBITI E PERCORSI DI GARANZIA (APG).....	9
D. INTERVENTI DA ESEGUIRE SUI CUP AZIENDALI.....	10
E. MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA DA GARANTIRE PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI "PRIMO ACCESSO" E DI RICOVERO PROGRAMMATO. AZIONI CONSEGUENTI.....	12
F. EQUILIBRIO TRA I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E QUELLI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE.....	14
G. COMUNICAZIONE E TRASPARENZA.....	16

SEPARAZIONE DEI CANALI PER LE DIVERSE TIPOLOGIE DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE: "PRIMO ACCESSO" VS "ACCESSO SUCCESSIVO" PER FOLLOW-UP E/O CONTROLLO

Nelle prescrizioni devono essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva.

La domanda di prestazioni di "primo accesso" deve essere completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di "accesso successivo" relativi a controlli e/o follow-up, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la "presa in carico" dell'assistito.

E' indispensabile prevedere la necessità che l'intera organizzazione del sistema di offerta dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta sia articolata in modo tale da prevedere una diversa modalità di prenotazione e da consentire la conseguente separazione dei percorsi assistenziali.

E' necessario apportare gli opportuni accorgimenti organizzativi ed operativi finalizzati a garantire l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, ivi compresa la possibilità che per gli "accessi successivi" il medico specialista possa, in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici ben definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzare l'effettiva "presa in carico" dell'assistito.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno potrebbero essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha "preso in carico" il paziente stesso. Ovviamente, occorre garantire che tale modalità sia attentamente verificata e regolamentata, per definire quali sono i suoi ambiti circoscritti e le corrette modalità di relazione con i medici di medicina generale.

Uno degli strumenti che può essere utilizzato per garantire tale modalità organizzativa è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). La distinzione è essenziale per valutare adeguatamente il problema dei tempi di attesa, ed è intuitiva la consistente differenziazione tra "primo accesso" ed "accesso successivo", anche in termini di percezione da parte dell'utente. Per gli accessi successivi la "presa in carico" del paziente è già avvenuta. In tal senso, quindi, la rilevazione del tempo di attesa trova una differenziazione sostanziale tra prestazioni di "primo accesso", la cui tempistica deve essere garantita e monitorata rispetto alle classi di priorità di cui si è già detto, e gli "accessi successivi", la cui relativa tempistica va garantita e monitorata in relazione a quanto eventualmente previsto negli specifici PDTA.

Definizione di "primo accesso"

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono definite di "primo accesso", ed indicate quindi tali sulla ricetta del SSN da parte del medico prescrittore, quando trattasi di prime visite e di prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, riferite al primo contatto del paziente con il sistema sanitario relativamente al problema di salute posto. Sono da intendere prestazioni di "primo accesso" anche quelle indotte dallo specialista che osserva per primo il paziente, ritenute dallo stesso necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico. Possono essere anche considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (anche in questo caso si dovrà indicare sulla ricetta "primo

accesso"). Nel caso si tratti di "primo accesso", sulle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale, oltre al quesito diagnostico e, appunto, all'indicazione di "primo accesso", dovrà essere indicata anche una delle classi di priorità di cui si è detto in precedenza.

Definizione di "accesso successivo" per follow-up e/o controllo

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono definite di "accesso successivo", in via residuale, in tutti i casi non definibili quali "primo accesso". Esse riguardano pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale, per cui le relative prestazioni sono erogate nell'ambito di un percorso di cura individuato e/o di una presa in carico per patologia cronica. Si tratta, in sostanza, di visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso, che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Sono prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso. Nel caso si tratti di "accesso successivo", sulle prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale dovrà essere biffata la casella "altro", mentre non dovrà essere indicata alcuna classe di priorità. Ne consegue che le prestazioni di specialistica ambulatoriale, così qualificate, non dovranno essere prese in considerazione, ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa massimi garantiti per le prestazioni di "primo accesso". I tempi di attesa per queste prestazioni di "accesso successivo" saranno, invece, a seconda dei casi, monitorate ai fini del rispetto dei tempi eventualmente fissati nei relativi PDTA.

Obiettivo:

Effettuare un doppio canale uno, per le visite di primo accesso ed un secondo per i controlli successivi; quest'ultimi, nelle prenotazioni non vanno considerati in lista di attesa ma in lista di prenotazione con tempi indicati dallo specialista che ha effettuato la prima visita.

L'obiettivo è la riduzione dei tempi di attesa per primo accesso che dovrà rientrare nei tempi fisiologici, massimo nei cinque giorni dalla prenotazione, attesa anche la necessità di fidelizzare l'assistito

Tempi:

- a) entro sei mesi dalla pubblicazione della presente delibera, per le prescrizioni delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- b) entro diciotto mesi, per tutte le altre prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

GESTIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

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

L'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta dovrà garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo gli indirizzi esposti di seguito:

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

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

Per questo motivo l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta, nella gestione delle agende di prenotazione presterà particolare attenzione alle attività di:

- overbooking;
- recall;
- gestione delle disdette.

Al riguardo dovrà essere previsto un overbooking sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. La percentuale di tale overbooking deve essere, naturalmente, commisurata caso per caso all'incidenza media delle rinunce registrate in passato. In via generale ed orientativa, può essere considerato adeguato un livello di overbooking del 20%, misura che deve intendersi in senso dinamico in modo da adeguarla di volta in volta all'effettiva quota di appuntamenti disattesi, che in prospettiva potrebbe anche ridursi in presenza di una sensibile riduzione dei tempi di attesa. Allo stesso modo saranno attivati meccanismi di recall, mediante i quali, entro un intervallo di tempo prestabilito, vengono ricordati agli utenti prenotati gli appuntamenti già fissati. Nelle attività di recall questa Azienda si avvarrà delle modalità di comunicazione ritenute più idonee rispetto alla situazione specifica

(promemoria inviati via email; messaggi sms; messaggi whatsapp; telefonate; etc.), purché sia possibile avere conferma della ricezione del messaggio da parte dell'utente. In prima istanza, è opportuno concentrare le telefonate di recall per le prestazioni più critiche e/o a maggior consumo di risorse e, comunque, per le 43 prestazioni ambulatoriali e le 15 prestazioni di ricovero programmato precedentemente elencate.

Infine sarà resa il più agevole possibile per l'utente la disdetta della prenotazione, che deve essere obbligatoriamente effettuata entro le 48 ore precedenti l'erogazione della prestazione, garantendo che:

- la disdetta possa sempre essere effettuata attraverso il medesimo canale utilizzato per la prenotazione (numero verde; sportello CUP; farmacia; web; etc.);
- all'atto della prenotazione, siano indicate all'utente tutte le modalità attraverso le quali disdire l'appuntamento; tali modalità devono essere riportate anche nella documentazione della prenotazione e nei messaggi di recall;
- siano realizzate periodiche campagne di informazione e di sensibilizzazione rivolte ai cittadini sull'importanza della disdetta. Si richiama, al riguardo, la normativa nazionale concernente le mancate presentazioni non comunicate per tempo e le eventuali sanzioni da applicare e, in particolare, l'art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998.

Obiettivo:

gestione delle agende di prenotazione secondo le presenti Linee di indirizzo.

Tempi:

- a) entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale (vedasi elenco iniziale);
- b) entro sei mesi, per le 15 prestazioni di ricovero programmato (vedasi elenco iniziale);

GARANZIA DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI "PRIMO ACCESSO" IN MANIERA UNIFORME SU TUTTO IL TERRITORIO AZIENDALE: AMBITI E PERCORSI DI GARANZIA (APG)

Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, se non erogate da nessuna struttura sanitaria aziendale ovvero se l'Azienda non è in grado di garantire il rispetto dei tempi massimi ad almeno il 90% dei cittadini richiedenti, dovranno essere definiti specifici accordi con altre strutture sanitarie extra aziendali, preferibilmente presenti nel proprio territorio (AA.OO., AA.OO.UU. e I.R.C.C.S.) o, al massimo, in aree limitrofe (cd. "Percorsi di Garanzia").

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

Laddove ritenuto necessario sarà valutata l'opportunità di attivare Percorsi di Garanzia, oltre che con le altre Aziende Sanitarie insistenti nel medesimo ambito territoriale, anche con gli erogatori privati accreditati insistenti negli Ambiti di Garanzia di riferimento, vincolandoli comunque al rispetto dei limiti di spesa e delle condizioni previste dai contratti stipulati e sottoscritti da entrambe le parti per l'esercizio finanziario in corso. Per tale ultima eventualità è da incoraggiare l'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale.

Gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

A tale scopo, il sistemi CUP aziendali sarà strutturato in maniera tale da proporre, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale. Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno dell'Ambito di Garanzia o erogabile attraverso specifici Percorsi di Garanzia, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia".

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

Obiettivo:

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

Tempi:

entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento.

INTERVENTI DA ESEGUIRE SUI CUP AZIENDALI

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

Al fine di rendere l'accesso alle prenotazioni delle prestazioni, da parte degli utenti, sempre più semplice, immediato e fruibile, si provvederà, eventualmente anche in modalità condivisa e federata, a rendere il sistemi CUP aziendale accessibili attraverso la più ampia gamma di canali:

- sportello;
- telefono;
- numero verde;
- farmacia;
- sito web;
- app.

In aggiunta a ciò, la Direzione Generale per la Tutela della salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario regionale e la Direzioni Generale sono impegnate a rendere i sistemi CUP aziendali interfacciabili con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, affinché questi ultimi possano effettuare la prenotazione contestualmente alla prescrizione della prestazione.

I continui cambiamenti ed innovazioni che hanno caratterizzato negli ultimi tempi la sanità digitale ed in particolare quelli relativi all'introduzione della ricetta dematerializzata ed alle modalità di accesso ai sistemi di prenotazione delle prestazioni sanitarie eseguibili attraverso il web e le app degli smartphone, nonché le nuove modalità di facilitazione dei pagamenti, mediante la moneta elettronica, rendono necessaria una tempestiva valutazione, da parte degli uffici istituzionalmente preposti, sull'effettivo stato di realizzazione ed attivazione del CUP e sulla sua conformità agli attuali standard della sanità digitale.

Nella prospettiva della piena attivazione del sistema CUP integrato regionale, occorre ribadire in questa sede che:

- le Aziende Sanitarie dovranno garantire che, mediante il CUP regionale, sarà possibile effettuare la prenotazione di tutte le prestazioni prenotabili attraverso il proprio CUP aziendale;
- le Aziende Sanitarie non dovranno discriminare in alcun modo le disponibilità proposte e le prenotazioni effettuate attraverso il CUP regionale, rispetto a quelle gestite mediante il proprio CUP aziendale;
- le disponibilità esposte attraverso il CUP regionale dovranno essere determinate accedendo alle stesse agende dei CUP aziendali;
- l'assistito dovrà essere messo in grado di poter scegliere se prenotare attraverso il CUP aziendale o il CUP regionale, per cui i centri di prenotazione dovranno essere organizzati in modo tale da non limitare in alcun modo la possibilità di scelta dell'assistito;
- le prenotazioni effettuate per il tramite del CUP regionale dovranno essere gestite dalla struttura erogatrice della prestazione in modo del tutto equivalente ad una prenotazione effettuata attraverso il CUP aziendale.

In ogni caso, nelle more della piena attivazione del sistema CUP integrato regionale, l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta provvederà ad integrare i sistemi CUP aziendali, garantendo che quantomeno le agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (vedasi elenco iniziale), siano accessibili da tutti i sistemi CUP aziendali dell'Azienda Sanitaria Locale Caserta, fermo restando il rispetto, da parte delle AA.SS.LL., degli Ambiti e Percorsi di Garanzia (APG) per il rispetto dei tempi massimi di attesa, come definiti in precedenza.

Obiettivo:

adeguamento dei sistemi CUP aziendali.

Tempi:

- a) entro sei mesi dalla pubblicazione della presente delibera, per l'ampliamento, anche in modalità condivisa e federata, della gamma dei canali di accesso ai sistemi CUP aziendali;
- b) entro dodici mesi, per l'accessibilità di tutte le agende di prenotazione delle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'elenco iniziale), da parte di tutti i sistemi CUP aziendali dell' Aziende Sanitaria Caserta;
- c) entro diciotto mesi, per il collegamento dei sistemi CUP aziendali con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta;

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA DA GARANTIRE PER LE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DI "PRIMO ACCESSO" E DI RICOVERO PROGRAMMATO. AZIONI CONSEGUENTI

Il governo delle liste di attesa, per essere efficace, necessita che le Aziende Sanitarie siano in grado di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali della propria utenza e le caratteristiche dell'offerta fornita; tale conoscenza rappresenta un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito della specifica Azienda ed anche su scala regionale.

Risulta, perciò, necessario utilizzare strumenti di misurazione che consentano la rilevazione standardizzata del fenomeno delle liste d'attesa e l'agevole comparazione tra diversi erogatori e tra differenti realtà territoriali.

A tal fine, fermi restando i modelli di monitoraggio attualmente in uso presso le diverse realtà aziendali, nonché l'attività di alimentazione dei flussi informativi necessari per garantire l'assolvimento del debito informativo regionale e ministeriale, per il monitoraggio periodico del grado di raggiungimento dell'obiettivo di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa fissati dal PRGLA 2010-2012, riferiti a ciascuna classe di priorità (e riportati all'elenco iniziale), al 90% degli utenti che ne facciano richiesta presso le strutture erogatrici aziendali, questa Azienda calcolerà almeno mensilmente, per le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" e per le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato, indici di performance per ciascuna prestazione in funzione della rispettiva classe di priorità, ponendo al numeratore il numero di prestazioni prenotate/erogate nel periodo di riferimento entro i giorni massimi previsti per la specifica classe di priorità segnalata ed al denominatore il numero totale di prestazioni prenotate/erogate nello stesso periodo aventi la medesima classe di priorità.

Inoltre saranno pubblicate con cadenza mensile, nell'apposita sezione dedicata alle liste di attesa del proprio sito web aziendale, i dati del monitoraggio effettuato attraverso gli indici di performance, come sopra definiti.

Sono escluse dal calcolo di tali indicatori di performance le prestazioni di emergenza/urgenza clinica, le visite/esami di controllo, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, nonché le prestazioni inserite in programmi di screening.

È evidente che gli indicatori di *performance*, così calcolati, assumeranno via via maggiore significatività, parallelamente alla messa in campo delle diverse azioni previste dalle presenti Linee di indirizzo, in primis quelle relative all'obbligo di riportare la classe di priorità al momento della prescrizione e alla separazione, per le prescrizioni di specialistica ambulatoriale, del canale "primo accesso", soggetto a monitoraggio, da quello degli "accessi successivi".

Attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati, si avrà l'opportunità conoscere, comprendere e gestire le cause che determinano l'allungamento dei tempi di attesa e la possibilità di individuare le azioni di miglioramento conformemente a quanto indicato nel presente documento.

Nei casi più critici, le Direzioni Generali valuterà l'opportunità di intervenire, pur sempre nel rispetto dei vincoli di bilancio e previa verifica dell'appropriatezza prescrittiva, mediante:

- l'incremento della capacità produttiva, sia attraverso azioni di miglioramento dell'efficienza, sia estendendo gli orari di attività nelle giornate feriali e, nelle situazioni più complesse da gestire, ricorrendo anche alle aperture di sabato e di domenica degli ambulatori;
- la stipula di accordi specifici con altre Aziende Sanitarie o con strutture private accreditate;
- la presa in carico clinica da parte dello specialista, per contenere il numero dei "primi accessi".

Obiettivo:

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

Tempi:

- a) entro sei mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per il raggiungimento dell'indice di performance pari ad almeno il 90% rispetto alle 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale di "primo accesso" (di cui all'elenco iniziale);
- b) entro dodici mesi, per il raggiungimento dell'indice di performance pari ad almeno il 90% rispetto alle 15 prestazioni di ricovero programmato (di cui sempre all'elenco iniziale);
- c) a partire da diciotto mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, per il raggiungimento dell'indice di performance pari ad almeno il 90% rispetto a tutte le altre prestazioni.

EQUILIBRIO TRA I TEMPI DI ATTESA PER LE PRESTAZIONI SANITARIE EROGATE NELL'AMBITO DELL'ATTIVITÀ ISTITUZIONALE E QUELLI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

Questa Azienda regolerà i volumi di attività ed i tempi di attesa, affinché il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale.

L'esercizio dell'attività libero professionale non sarà in contrasto con le proprie finalità ed attività istituzionali lo svolgimento sarà organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

Ne consegue che l'Azienda Sanitaria Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta monitorizzerà in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina, comprese ovviamente le 43 prestazioni di specialistica ambulatoriale e le 15 prestazioni di ricovero ospedaliero programmato (di cui all'elenco iniziale), i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e curerà la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività.

A tal fine, sarà predisposto un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia.

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

Il verificarsi di squilibri significativi e duraturi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale pone l'Azienda Sanitaria Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta nelle condizioni di dover sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe.

La sospensione deve essere temporanea e si accompagna alla pianificazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne.

La sospensione dell'attività libero professionale non può protrarsi per più di 2 mesi e non si può effettuare per più di 6 mesi all'anno, dal momento che essa deve essere un evento eccezionale, che richiama il SSR nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all'adeguamento del piano di produzione alle necessità organizzative presenti localmente.

Per quanto concerne, infine, le possibili azioni da mettere in atto per il raggiungimento del presente obiettivo, sarà garantita sia la piena tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti resi in regime di libera professione intramuraria (ALPI), sia interna che esterna, sia la visione completa delle agende ALPI da parte dei CUP aziendali (e quindi, in prospettiva, anche da parte dell'interfaccia regionale), pur potendo rimanere la gestione delle agende ALPI anche in capo ai singoli professionisti.

Obiettivo:

Sarà realizzato un progressivo e costante allineamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate in regime istituzionale rispetto ai tempi di attesa delle stesse prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria.

In particolare si dovrà registrare, nelle unità operative nelle quali si registrano attualmente significativi squilibri, un rilevante miglioramento o consolidamento, laddove già migliorato, dei tempi di attesa delle prestazioni istituzionali rispetto a quelle rese in ALPI (squilibrio ridotto almeno del 70%).

Tempi:

L'obiettivo va realizzato fin da subito in maniera progressiva e costante per l'intero orizzonte temporale di riferimento, in modo tale che, entro diciotto mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento, nelle unità operative nelle quali si registrano attualmente significativi squilibri, il disallineamento sia ridotto di almeno il 70%.

COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

Negli ultimi anni, si è assistito ad un profondo mutamento nella percezione che la collettività ha dei propri diritti nell'ambito dei servizi pubblici. Parallelamente, sono cresciute le aspettative verso il rispetto di tali diritti, aspettative che vengono espresse sia in forma individuale e diretta, soprattutto da parte degli utenti più consapevoli, sia attraverso i vari movimenti ed associazioni che si propongono di dare voce ai consumatori. Nel considerare il tema delle liste d'attesa, si deve innanzitutto ricordare che l'informazione e la comunicazione sono momenti fondamentali e irrinunciabili della più generale strategia che sarà adottata per intervenire sul problema, così come per rendere concreto il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini, ovvero la loro possibilità di determinare l'organizzazione e la qualità dei servizi, utilizzandoli nel modo più appropriato ed efficace.

Si tratta, infatti, di un aspetto che attiene non solo alla relazione personale tra il medico ed il proprio paziente, ma anche al rapporto tra la struttura erogatrice di prestazioni sanitarie ed i cittadini che ne fruiscono.

Un sistema complesso di interazioni che contribuiscono, in modo decisivo, alla costruzione di quel rapporto di fiducia che, nell'ambito della salute, si pone come assolutamente fondamentale. L'importanza dell'informazione e della comunicazione al cittadino e la necessità di prestarvi un'adeguata attenzione è, come è noto, contenuta già nel D.P.C.M. del 19.5.95 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari". Da ultimo, sul tema della trasparenza dei tempi e delle liste di attesa, è intervenuto pure l'art. 41 del D.Lgs. n. 33/2013.

Al riguardo, la Direzione Generale assicurerà che sui propri siti web siano periodicamente aggiornate le informazioni richieste dalla normativa di riferimento, in ordine ai tempi medi di attesa per le diverse prestazioni sanitarie erogate sia in regime istituzionale sia in quello libero professionale, e che le stesse siano facilmente accessibili e comprensibili.

Obiettivo:

Garantire la massima trasparenza dei tempi di attesa per le diverse prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dell'attività istituzionale ed in quella libero professionale, promuovendo la più ampia partecipazione degli utenti, degli operatori del SSR, delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di pazienti e consumatori sul tema del governo delle liste di attesa.

Tempi:

Entro tre mesi dalla pubblicazione del presente provvedimento e per tutto il periodo di riferimento

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017

impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017

deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Direttore Sanitario;
- Visto il parere favorevole reso sulla stessa dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

- **PRENDERE ATTO** del Decreto del Commisario ad Acta n. 34 del 08/08/2017 avente ad oggetto *"Interventi per l'efficace governo dei tempi di attesa e delle liste di attesa. Obiettivi per gli anni 2017/2018"* e, di conseguenza, ottemperare agli obiettivi nelle tempistiche indicate dal sopracitato Decreto, per ciò che riguarda le prestazioni identificate nell'allegato A, attraverso le Linee guida indicate nell'allegato B;
- **PORRE IN ESSERE** le determinazioni aziendali comprese nell'allegato 1 *"Linee di indirizzo per la gestione delle liste d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero programmato dell'Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta (2017/2018)"* che, annesso alla presente delibera, ne rappresenta parte integrante e sostanziale, allo scopo di garantire il rispetto massimo dei tempi di attesa per le 43 prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e le 15 di ricovero ospedaliero rappresentate;
- **DI EFFETTUARE** un doppio canale uno, per le visite di primo accesso ed un secondo per i controlli successivi; quest'ultimi, nelle prenotazioni non vanno considerati in lista di attesa ma in lista di prenotazione con tempi indicati dallo specialista che ha effettuato la prima visita. L'obiettivo è la riduzione dei tempi di attesa per il primo accesso, che dovrà rientrare nei tempi fisiologici, quindi erogato nei cinque giorni dalla prenotazione.
- **CONFERMARE** quale Referente Aziendale Unico per le liste di attesa dell'attività istituzionale e dell'attività libero professionale, la Dott.ssa Angela Ragozzino (U.O.S. Alpi – Liste di Attesa – Q/A) già nominata con nota prot. 188380 del 06/10/2016 a cui demandare, oltre alle azioni di implementazione delle attività rappresentate nell'allegato 1, il monitoraggio delle Liste di attesa, la predisposizione di un Piano Attuativo Aziendale, riferito alle singole unità operative, concernente i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia, nonché la rivisitazione del Regolamento Alpi, anche in virtù del sopracitato decreto;
- **TRASMETTERE** copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, come per legge, ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori delle Unità Operative Complesse interessate per l'esecuzione dello stesso, al Direttore U.O.C. Programmazione e controllo di gestione, al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, nonché al Responsabile della trasparenza ed al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- **DICHIARARE** la presente deliberazione immediatamente eseguibile, per l'urgenza.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

