

documentale di supporto. Da quando son state avviate, quindi, e fino a fine 2007, le attività di preventiva approvazione hanno consentito la valutazione di oltre 1.000 provvedimenti regionali, con l'emissione di oltre 1.200 pareri espressi di concerto tra Mds e Mef.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nei PdR, per la successiva erogazione delle risorse ad essi legate, è previsto che avvenga ordinariamente con cadenza trimestrale, sulla base della documentazione fornita dalle singole Regioni ai MLSPS e MEF, tramite il citato sistema documentale. La verifica è effettuata in riferimento ai singoli obiettivi contenuti nei PdR, guardando ai singoli obiettivi operativi e agli interventi progettuali contenuti nel cronoprogramma dei Piani, mediante gli indicatori e le relative fonti di verifica previsti e tenuto conto della soglia fissata per ciascuno, in modo da ancorare alla verifica del raggiungimento di tali soglie la certificazione degli stati di avanzamento del Piano, ai fini della successiva erogazione delle risorse. Un ulteriore aspetto della verifica riguarda la coerenza tra PdR e interventi relativi al Programma di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'articolo 20 della Legge 67/88.

■ *Le sessioni di verifica congiunte del Comitato LEA e del "Tavolo adempimenti" presso il MEF*

A fine 2008, risultano completate le quattro sessioni di verifica per l'anno 2007 per le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria e Molise, mentre con riferimento alle Regioni Sicilia e Sardegna, che hanno stipulato l'accordo il 31 luglio 2007, risultano effettuate soltanto tre sessioni di verifica. Risulta anche completata, per tutte le Regioni con Piani di rientro, la 1° verifica trimestrale 2008.

L'esecuzione del calendario di verifica a valere su tutte le Regioni coinvolte ha richiesto, in totale, 57 incontri di verifica ufficiali, escludendo gli incontri intermedi, di allineamento tecnico.

■ *Il contenzioso*

Un aspetto che ha richiesto un impegno crescente delle risorse Siveas dedicate alla linea IX di attività è rappresentato dal contenzioso che, nelle varie realtà regionali, si è sviluppato nell'attuazione dei provvedimenti previsti dai PdR. La Figura 1 illustra la distribuzione per Regione con PdR dei ricorsi pendenti a fine dicembre 2008 (o decisi in primo grado), ammontanti in totale a ben 195.

Il complesso dell'attività istruttoria ha costituito fino ad oggi il maggior impegno, per il Siveas, considerando:

- l'elevato numero di provvedimenti da sottoporre ad istruttoria e valutazione, nonché di quelli aggiuntivi e di natura correttiva da adottare in un quadro normativo e procedurale di riferimento sempre più ampio e complesso;
- la necessità di coordinamento tra più uffici del MLSPS e tra MLSPS e MEF;
- la necessità di gestire l'intero processo nel rispetto delle stringenti scadenze di verifica.

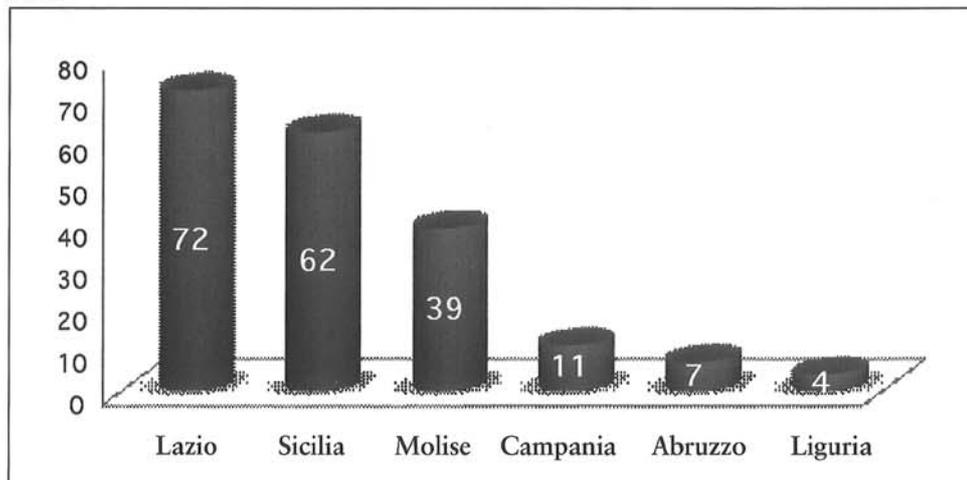
b) *Monitoraggio dell'impatto dei Piani di Rientro*

Parallelamente alle attività relative alla valutazione del processo attuativo dei singoli PdR, al fine di valutare se le complesse manovre in essi contenute stiano producendo effetti sistemici positivi di carattere strutturale nelle regioni coinvolte, si è ritenuto opportuno avviare anche un'attività di monitoraggio dell'impatto strutturale che i Piani, nella loro attuazione, stanno determinando.

Questo monitoraggio è previsto che venga garantito:

- a livello centrale, nell'ambito delle attività del SiVeAS, al fine di verificare come le Regioni si stiano muovendo nel perseguimento dell'obiettivo di rientro dal disavanzo e di riequilibrio e mantenimento della garanzia dei LEA;
- a livello regionale e locale, dove le

Figura 1 – Distribuzione per Regioni con Piani di rientro dei ricorsi pendenti. Dicembre 2008



FORNTE: SiVeAS.

modifiche nella strutturazione e nella gestione dell'offerta di assistenza sanitaria e socio-assistenziale è necessario che siano tenute sotto stretta e tempestiva sorveglianza, misurazione e analisi da parte dei decisori, per l'adozione delle scelte politico-programmatiche finalizzate al perseguimento degli impegni assunti con la stipula degli Accordi.

c) *Modalità di affiancamento a livello regionale*

Sebbene, come sopra illustrato, per il grande volume di provvedimenti da esaminare, le attività svolte per l'affiancamento hanno riguardato prevalentemente il monitoraggio dei PdR, sono state anche avviate specifiche linee di attività dedicate all'affiancamento tecnico-tematico da parte del

Governo centrale alle Regioni con PdR, come previsto nella legge finanziaria per il 2005 e nell'Intesa 23 marzo 2005. In particolare, nell'ambito del SiVeAS, si è provveduto alla predisposizione, discussione ed emanazione di Linee Guida organizzative finalizzate ad orientare le Regioni nella emanazione dei provvedimenti previsti dai PdR. Più in particolare, le prime linee guida emanate sono riferite a:

- la Valutazione Multi-Dimensionale dei soggetti non autosufficienti, nell'ambito della gestione dell'assistenza socio-sanitaria;
- la riorganizzazione della Rete laboratoristica, ai fini della definizione del Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche di diagnostica di laboratorio, ex art. 1, c. 796, lett. o, Legge 296/06.

## 7.2 Monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

### 7.2.1 Introduzione

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indivi-

duati in termini di prestazioni e servizi da erogare ai cittadini, coerentemente con le risorse programmate del SSN. L'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA deve avvenire in condizione di appropria-

tezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza.

La garanzia dell'effettiva erogazione sul territorio e dell'uniformità delle prestazioni rese ai cittadini è disciplinata dal DM 12 dicembre 2001, che, emanato ai sensi del D. Lgs. 56/2000, fornisce un set di indicatori rilevanti per la valutazione dell'assistenza sanitaria finalizzata agli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio Sanitario Nazionale.

Di fatto il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte ed opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo.

La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari è divenuta nell'opinione degli operatori e programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema.

Gli indicatori di monitoraggio dei livelli di assistenza tra le Regioni manifestano evidenti differenze fra le realtà territoriali italiane e sottolineano costantemente l'esigenza di indagare e promuovere l'equità del sistema a garanzia del necessario superamento delle disuguaglianze sanitarie, sociali e territoriali. È ancora presente su molti aspetti dell'assistenza sanitaria un forte divario tra le Regioni meridionali e quelle centro settentrionali, e all'interno di queste ultime persistono aree disagiate sotto il profilo dei servizi sanitari disponibili.

La garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza non è altro che il dotarsi di

strumenti valutativi che colgano le disomogeneità presenti nella domanda e nell'offerta dei servizi, eliminando gli effetti delle differenze reali esistenti nella struttura demografica, sociale ed economica della popolazione.

Nell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono previsti una serie di adempimenti ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN. La verifica degli adempimenti, mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero con il supporto dell'Age.Na.S. e dell'AIFA, è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA).

Tra gli adempimenti rientra il "mantenimento nell'erogazione dei LEA" che è esaminato nei suoi molteplici settori, dalle liste di attesa al processo di accreditamento, dalla valutazione di appropriatezza organizzativa e di economicità nell'utilizzo delle risorse alla verifica che l'erogazione di livelli aggiuntivi avvenga con ulteriori risorse, dalla verifica del recepimento di accordi e intese Stato-Regioni ai controlli sulle cartelle cliniche.

La certificazione degli adempimenti avviene mediante la documentazione richiesta appositamente alle regioni attraverso un questionario ed un'analisi della stessa integrata con informazioni già presenti presso il Ministero. Alla certificazione partecipano attivamente i componenti del Comitato LEA che stabiliscono la metodologia da seguire ed i criteri di adempienza o inadempienza delle Regioni. Il lavoro istruttorio viene condotto dagli uffici del Ministero competenti nelle materie degli adempimenti, esaminato e convalidato dai componenti del Comitato LEA e la certificazione finale avviene con un confronto diretto con i rappresentanti regionali.

La certificazione degli adempimenti relativi all'area "mantenimento nel-

l'erogazione dei LEA" ha anche una valutazione sintetica che tenta di dare una panoramica complessiva dell'effettiva erogazione dei livelli di assistenza su tutto il territorio nazionale e che l'erogazione avvenga con efficienza ed appropriatezza. A tal fine è stato definito un set di indicatori per i diversi settori dell'assistenza.

### 7.2.2 Strumenti di monitoraggio

Il primo strumento di monitoraggio descritto nell'introduzione (DM 12/12/2001), brevemente rinominato "sistema di garanzia" è rappresentato da indicatori di monitoraggio che investono

tutti i livelli di assistenza e si esplicano in termini di costo, di attività e di risorse. Per alcuni settori dell'assistenza sanitaria consentono anche valutazioni di appropriatezza, qualità e outcome. La pubblicazione dei risultati del monitoraggio avviene attraverso un rapporto nazionale ad ampia diffusione, a cadenza periodica e disponibile sul sito del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali alla pagina <http://www.ministero-salute.it/programmazione/lea/sezDocLea.jsp?label=rmo>. Sono attualmente disponibili le versioni 2001, 2002-2003 e 2004 mentre è in corso di completamento la versione 2005-2006.

Si riporta di seguito l'elenco degli indicatori di monitoraggio (Tabella 1).

Tabella 1 – Elenco degli indicatori di monitoraggio

<i>Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro</i>	
Percentuale di vaccinati	
Percentuale di ASL dotate di dipartimento di prevenzione	
Costo pro capite del servizio di igiene e sanità pubblica	
Costo pro capite del servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione	
Costo del servizio di prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro	
Costo per unità bovino equivalente del servizio di sanità pubblica veterinaria	
Costo percentuale del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	
Costo pro capite del livello di assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro	
<i>Assistenza distrettuale</i>	
Disponibilità dei medici di medicina generale (MMG)	
Disponibilità dei pediatri di libera scelta (PLS)	
Costo pro capite per la medicina generale	
Numero medio di ricette farmaceutiche prescritte dai MMG e dai PLS	
Numero di ricette farmaceutiche pro capite	
Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica nell'ambito dell'assistenza distrettuale	
Costo pro capite per l'assistenza farmaceutica	
Percentuale di ASL dotate di centro unificato di prenotazione (CUP)	
Percentuale di strutture che hanno verificato e/o aggiornato la carta dei servizi	
Utenti SERT trattati nell'anno ogni 1.000 abitanti di età compresa tra 14 e 44 anni	
Giornate di assistenza ai tossicodipendenti nelle comunità terapeutiche ogni 1.000 abitanti di età compresi tra i 14 e i 44 anni	
Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale rivolta al recupero della tossicodipendenza e alcooldipendenza	
Giornate per l'assistenza riabilitativa, semiresidenziale e residenziale, ogni 1.000 abitanti	
Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, ai disabili	
Prestazioni di assistenza specialistica sulla popolazione residente pesata	
Costo percentuale dell'assistenza specialistica nell'ambito dell'assistenza distrettuale	
Costo pro capite dell'assistenza specialistica	

Segue Tabella 1 – Elenco degli indicatori di monitoraggio

---

Percentuale di donne sottoposte a screening per la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato femminile

Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza psichiatrica ogni 1.000 abitanti

Percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani ogni 1.000 abitanti

Costo pro capite per l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, agli anziani

Costo percentuale del livello di assistenza distrettuale

Percentuale dei ricoveri di tipo TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio)

Ricoveri prevenibili (ogni 100.000 abitanti) per Diabete, Scopenso Cardiaco e Asma

---

**Assistenza ospedaliera**

Tasso standardizzato di ospedalizzazione - D.O. e D.H

Indice di attrazione

Indice di fuga

Posti letto per 1.000 abitanti (acuti, riabilitazione e lungodegenza) per Degenza Ordinaria e Day Hospital

Giornate di degenza

Costo percentuale del livello di assistenza ospedaliera

Costo pro capite dell'assistenza ospedaliera

Incidenza % del costo del personale ospedaliero sul costo totale del personale

Incidenza % del costo del personale ospedaliero sul costo dell'assistenza ospedaliera

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

Percentuale di parti cesarei

Peso medio del ricovero degli anziani

Peso medio del ricovero dei bambini

Tasso di utilizzo

Degenza media standardizzata per case-mix

Percentuale di ricoveri brevi

Percentuale di ricoveri lunghi

Tasso di ospedalizzazione per particolari interventi chirurgici (cataratta, sostituzione dell'anca e by pass coronarico)

---

**Risultato**

Quoziente di mortalità infantile

Tasso di mortalità evitabile per tumori maligni del polmone; cirrosi epatica; omicidi; tumore della mammella; tumore del collo dell'utero; malattie cerebrovascolari; polmoniti e bronchiti

Tasso di mortalità intraospedaliera per infarto del miocardio acuto (IMA)

Percentuale di bambini sottopeso

Tasso di incidenza TBC polmonare e di epatite B

Speranza di vita alla nascita e a 65 anni

Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni

Liste di attesa per specialistica e diagnostica (TC del cranio; ecografia addominale superiore; visita oculistica)

---

**Contesto – Stato di salute e fattori ambientali legati alle condizioni di vita e lavoro**

Tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause

Tasso standardizzato di mortalità per cause cardio e cerebrovascolari

Tasso standardizzato di mortalità per tumori

Tasso standardizzato di mortalità per incidenti stradali

## Segue Tabella 1 – Elenco degli indicatori di monitoraggio

---

Tasso di incidenza malattie infettive
Tasso di prevalenza di alcune malattie croniche (diabete, malattie allergiche, artrosi e artrite)
Indice di invecchiamento demografico
Tasso di fecondità totale
Tasso di incremento demografico
Percentuale di famiglie monocomponente anziano
Tasso di abortività per IVG
Tasso di disoccupazione
Tasso di attività femminile
PIL pro capite
Incidenza percentuale della spesa dovuta a servizi sanitari e alla salute
Percentuale di fumatori di età $\geq 15$ anni
Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al fumo
Tasso standardizzato di mortalità per cause in parte attribuibili al consumo di alcool
Percentuale di popolazione obesa
Tasso di ospedalizzazione per incidenti stradali
Densità della popolazione
Prodotti fitosanitari per uso agricolo
Percentuale di costa non balneabile
Volume acquistato di benzina senza piombo
Tasso di ospedalizzazione per incidenti domestici
Tasso di ospedalizzazione per infortuni sul lavoro
Percentuale di strutture dotate di protocolli di dimissione protetta
Percentuale di unità operative di degenza che hanno rilevato il gradimento degli utenti rispetto alla qualità dei servizi
Percentuale di segnalazioni/reclami relativi ai tempi di attesa

---

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Direzione generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema.

La qualità dei dati necessari all'elaborazione degli indicatori è, anno dopo anno, in via di miglioramento, anche se per alcune tipologie di assistenza persistono ancora alcune difficoltà di acquisizione delle informazioni in modo uniforme ed omogeneo. Le varie criticità sono imputabili sia al diverso grado di sviluppo dei flussi informativi regionali, sia alla differente organizzazione nell'offerta dei servizi.

Un altro sistema di monitoraggio è costituito dal set di indicatori utilizzato per la verifica sintetica dell'adempimento sul "mantenimento dei LEA". Gli indicatori sono stati appositamente selezionati dai rappresentanti del

Comitato LEA con il fine di conoscere l'erogazione dei livelli di assistenza sul territorio nazionale ed evidenziare le eventuali criticità. La selezione degli indicatori riflette da un lato la ripartizione delle risorse del SSN tra i livelli di assistenza e dall'altra le maggiori indicazioni politico-programmatiche. La metodologia di valutazione complessiva comprende un sistema di pesi che attribuisce ad ogni indicatore un peso di riferimento, e assegna dei punteggi rispetto al livello raggiunto dalla regione nei confronti di standard nazionali.

Nella Tabella 2 si illustrano gli indicatori utilizzati ed il relativo significato.

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 2 – Griglia LEA 2008

N°	Livello di assistenza	Definizione	Significato
1	Prevenzione	Percentuale di vaccinati per difterite, tetano, epatite B, polio  Percentuale di vaccinati per MPR, influenza nell'anziano	Principale indicatore di verifica delle attività di prevenzione sulla popolazione. L'indicatore si distingue per le vaccinazioni obbligatorie e per quelle raccomandate (morbillo, parotite, rosolia, nell'infanzia e influenza nell'anziano)
2	Prevenzione	Costo pro-capite assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro	Indicatore sintetico delle risorse dedicate dalla regione alle attività di assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro
3	Prevenzione Tutela nei luoghi di lavoro	Percentuale di imprese attive sul territorio controllate	Indicatore stabilito nel Patto per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (DPCM 17/12/2007) che riflette le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento della prevenzione delle ASL per la tutela della salute dei luoghi di lavoro
4	Prevenzione Sanità animale	TBC bovina Brucellosi ovicaprina, bovina bufalina Influenza aviaria	Indicatori finalizzati a descrivere alcuni aspetti di sanità animale che impattano in modo rilevante sulla salute dei cittadini
5	Prevenzione Salute degli alimenti	Percentuale di campionamenti negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	L'indicatore riporta elementi desumibili dagli articoli 5 e 6 DPR 14/07/95 (verifica mediante "modello" A DM 08/10/98)
6	Prevenzione Salute degli alimenti	Percentuale di campioni analizzati su totale dei campioni programmati	Piano Nazionale Residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - D. Lgs. n.158/06
7	Distrettuale	Ricoveri prevenibili per asma e diabete (tassi standardizzati per età) per 100.000	Indicatore ospedaliero indiretto che valuta l'inefficienza dei servizi di prevenzione e specialistici dedicate alla cura di alcune patologie
8	Distrettuale Anziani	Percentuali di anziani trattati in ADI o in residenze sanitarie assistenziali	Indicatore sull'utilizzo di servizi dedicati agli anziani. Tiene conto delle diverse modalità organizzative presenti nelle regioni italiane
9	Distrettuale Anziani	Numero di posti in RSA per 1.000 anziani	Indicatore di offerta della residenzialità territoriale rispetto alla popolazione anziana
10	Distrettuale Disabili	Posti residenziali e semiresidenziali negli istituti e centri di riabilitazione per 1.000 ab.	Indicatore di offerta per l'attività riabilitativa residenziale e semiresidenziale
11	Distrettuale Disabili	Degenza media pazienti negli istituti di riabilitazione (ricoveri residenti e non residenti)	Indicatore di controllo che l'utilizzo delle strutture residenziali dedicate all'attività riabilitativa sia appropriato
12	Distrettuale Malati terminali	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	Indicatore di offerta per l'assistenza residenziale dei pazienti terminali. È rapportato alla popolazione che prevalentemente necessita di tali cure
13	Distrettuale Farmaceutica	Costo percentuale dell'assistenza farmaceutica territoriale (comprensiva della distribuzione diretta e per conto)	Indicatore di controllo del costo dell'assistenza farmaceutica sostenuto sia attraverso le farmacie territoriali sia attraverso la distribuzione diretta
14	Distrettuale Specialistica	Numero prestazioni specialistiche extra-ospedaliere di ecografia per 10 abitanti	Indicatore di attività specialistica basato sul numero di prestazioni di ecografia erogate rispetto alla popolazione. Tiene conto dell'eventuale mancanza di garanzia del livello di assistenza che dell'eventuale spreco di risorse dovuto ad in appropriatezza
15	Distrettuale Salute mentale	Utenti in carico nei centri di salute mentale per 100.000 ab.	Indicatore di attività dell'assistenza sanitaria rivolta ai pazienti in carico nei centri di salute mentale

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Segue Tabella 2 – Griglia LEA 2008

N°	Livello di assistenza	Definizione	Significato
16	Ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1.000	Indicatore di domanda ospedaliera.
17	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (ordinari e diurni)	Indicatore di attività dell'assistenza ospedaliera. Verifica l'utilizzo appropriato della struttura ospedaliera dedicata prevalentemente all'attività chirurgica
18	Ospedaliera	Percentuale di ricoveri ordinari attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza del DPCM 29 nov. 2001 all. 2C sul totale dei ricoveri (esclusi DRG 006, 039, 119)	Indicatore di inappropriatelyzza del setting assistenziale. Si basa sull'elenco dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza se erogati in regime ordinario di cui all'all. 2C del DPCM 29 nov. 2001 dal quale sono stati eliminati i 3 DRG che possono essere adeguatamente trattati anche in regime ambulatoriale (tunnel carpale, cristallino e stripping di vene)
19	Ospedaliera	Percentuale parti cesarei	Indicatore dell'inappropriatelyzza erogazione di parti cesarei in Italia, soprattutto in alcune realtà regionali
20	Ospedaliera	Degenza media standardizzata per case-mix	Indicatore di efficienza delle strutture ospedaliere. Tiene conto del case-mix trattato
21	Ospedaliera	Intervallo di turnover	Indicatore del corretto ed efficiente utilizzo delle risorse ospedaliere
22	Emergenza	Percentuale di interventi a massima priorità (ALS) in area urbana per un anno	Indicatore innovativo di funzionalità e rapidità dell'organizzazione sanitaria deputata all'emergenza territoriale

FONTE: Comitato LEA.

L'insieme dei pesi e dei punteggi determina una valutazione finale, sulla base della quale sono individuate le adempienze e le inadempienze.

Nella Tabella 3 vengono presentati i risultati conseguiti dalle regioni in seguito alla verifica degli adempimenti LEA 2007.

Tabella 3 – Risultati adempimenti LEA 2007

Valutazione	Regione	Impegno
Adempiente	Emilia Romagna	
	Umbria	
	Veneto	
	Lombardia	
	Toscana	
	Marche	
	Piemonte	
	Liguria	
	Lazio	
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Sardegna	Indicatori: Posti letto in hospice > 0 per 100 dec. Interventi in ALS in area urbana > 85%
	Puglia	Indicatori: Tasso di ospedalizz. < 200 per 1.000 Parti cesarei < 46 %
Adempiente con impegno su alcuni indicatori	Basilicata	Indicatori: Posti resid. e semires. negli ist. di riabilitazione >= 0,3 per 1.000 Parti cesarei < 44 %
	Sicilia	Rinvio al Piano di Rientro
	Campania	Rinvio al Piano di Rientro
	Abruzzo	Rinvio al Piano di Rientro
	Molise	Rinvio al Piano di Rientro
	Calabria	
Critica	Calabria	

FONTE: Comitato LEA.

### *Indicazioni per la programmazione*

Il monitoraggio dei LEA rimane un elemento centrale della garanzia dell'uniforme erogazione sul territorio dell'assistenza sanitaria prestata. La valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini, integrata da informazioni sull'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN, rappresenta un obiettivo innegabile della programmazione nazionale e regionale ed una opportunità ineguagliabile per lo sviluppo ed il miglioramento globale del sistema.

Il monitoraggio deve superare l'attuale concezione di verifica dell'entità delle

prestazioni erogate nei confronti dei cittadini e convergere verso valutazioni dell'integrazione tra i diversi livelli di assistenza, verifiche sulla qualità dell'assistenza, approfondimenti sull'appropriatezza e accessibilità dei cittadini ai servizi.

A tal fine, obiettivi futuri del monitoraggio potranno essere quelli di implementare sistemi di indicatori più mirati, basati sui seguenti elementi: integrazione e continuità dell'assistenza, equità, qualità e sicurezza dell'assistenza, accessibilità. Occorrerà individuare forme più adeguate per la diffusione e la tempestività dei risultati del monitoraggio e costruire lì dove necessario idonei sistemi informativi.

## 7.3 Tempi di attesa

### 7.3.1 Introduzione

La gestione delle liste e dei tempi di attesa rappresenta un problema diffuso in tutti i sistemi sanitari dei Paesi a sviluppo avanzato che assicurano la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Il nostro Paese ha ritenuto una priorità dell'assistenza sanitaria l'abbattimento dei tempi di attesa, come strumento di promozione del principio di appropriatezza clinica ed organizzativa e quindi di promozione del Governo Clinico. L'impegno vede la collaborazione di tutti gli attori del "sistema salute", Governo, Regioni/Province Autonome (P.A.), Aziende Sanitarie, che devono condividere un percorso che tenga conto dei criteri di accessibilità ai servizi e tempestività nell'erogazione delle prestazioni.

Con l'Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, è stato adottato il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) per il triennio 2006-2008, che prevede l'obbligo per le Regioni di dotarsi di un Piano regionale di contenimento delle Liste di attesa, come uno strumento programmatico unico e integrato. La verifica

dello stato di attuazione del recepimento di tale Piano da parte delle Regioni e P.A. evidenzia che esse hanno ottemperato, individuando le prestazioni oggetto di monitoraggio e i criteri generali di accesso alle prestazioni secondo classi di priorità clinica e definendo delle aree prioritarie di intervento: area Oncologica, area Cardiovascolare, area Materno-infantile, area Geriatrica, visite specialistiche di maggior impatto, altre prestazioni. I risultati di tale monitoraggio sono riportati nella Tabella 1.

In particolare, le prestazioni afferenti all'area oncologica risultano essere state garantite in tutte le Regioni con i seguenti parametri temporali (range):

- prima visita oncologica: 10-15 gg;
- diagnostica: 10-60 gg;
- intervento chirurgico di asportazione della neoplasia: 30 gg;
- radio-chemioterapia: 10-30 gg.

Nel PNCTA si prevede anche lo svolgimento di una serie di attività da parte di tutti gli attori del "Sistema Salute", del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, dell'Agenzia per i Servizi sanitari (Age.Na.S.), delle Regioni e delle Province autonome, delle Aziende sanitarie; tra queste, sono pro-

grammate le attività di monitoraggio in relazione a:

- monitoraggio di sistema, affidato in via sperimentale all'Age.Na.S. anche per la definizione della relativa tempistica, che prende in considerazione i tempi di attesa di un set di prestazioni "traccianti" in un determinato giorno indice;
- monitoraggio specifico, con cadenza trimestrale, rispetto alla garanzia dei tempi massimi individuati dalle Regioni ad una percentuale definita di pazienti (soglia di garanzia) che richiedono la prestazione presso le strutture individuate nei Piani Attuativi Aziendali (PAA), affidato all'N-SIS e alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPS) del Ministero;
- monitoraggio delle sospensioni delle agende di prenotazione, con cadenza semestrale, anch'esso affidato all'N-SIS e alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria (DGPS).

Inoltre, nella consapevolezza che il fenomeno delle lunghe liste d'attesa rappresenta un reale ostacolo alla effettiva fruizione delle prestazioni sanitarie individuate nei LEA, l'articolo 1, comma 280, della Legge 266/05 (legge finanziaria 2006), ha affidato al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la certificazione della realizzazione da parte delle Regioni degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, oggetto della successiva Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006. Ai fini di tale certificazione, il Comitato ha predisposto una linea-guida che ha tenuto conto del grado di coerenza dei Piani regionali con il Piano nazionale, con particolare attenzione all'individuazione di 5 aree di intervento, ulteriormente esplicitate in 25 punti tra cui: interventi per la fissazione dei tempi di attesa, realizzazione dei CUP, verifica e revisione attività prescrittive, coerenza del siste-

ma della libera professione ai fini del contenimento dei tempi d'attesa, modalità di comunicazione all'utenza, modalità con cui i programmi attuativi aziendali saranno oggetto di monitoraggio e valutazione.

In merito alle modalità di comunicazione all'utenza dei tempi di attesa massimi regionali e delle strutture in cui essi sono garantiti al 90% dell'utenza a livello aziendale, elemento rilevante ai fini della trasparenza sia per i cittadini che per gli operatori sanitari, il Ministero ha condotto un'indagine nel 2007, volta a valutare la effettiva disponibilità di tali informazioni attraverso i siti web di Regioni/P.A. e aziende sanitarie (Tabella 2).

### 7.3.2 Esposizione e valutazione critica dei dati

La verifica dello stato di attuazione del recepimento del PNCTA da parte delle Regioni e P.A. ha evidenziato che tutte le Regioni e P.A. hanno ottemperato. In qualche caso, alcuni degli interventi previsti nel piano non sono stati completamente soddisfatti; di conseguenza le Regioni hanno manifestato l'impegno ad attuare quanto previsto in tempi compatibili con le attività di programmazione regionale.

Le attività di monitoraggio dei tempi di Attesa delle prestazioni previste dal piano stesso hanno, inoltre, evidenziato la necessità di proseguire nel confronto con le regioni a garanzia del diritto del cittadino di poter ricevere le prestazioni di cui ha bisogno in modo appropriato ed equo anche in termini di attesa.

In merito alla disponibilità per il cittadino delle informazioni sui tempi di attesa, i risultati del monitoraggio effettuato rispetto alla presenza e fruibilità di queste nei siti Web delle Regioni/P.A. e aziende, hanno evidenziato che solo il 22% dei siti web esplorati fornisce dati con una sostanziale continuità; in questi casi è stato rilevato un facile accesso alle informazioni, l'aggiorna-

## XVI LEGISLATURA – DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Tabella 1 – Piano Nazionale Contenimento Tempi Attesa (PNCTA): interventi previsti nei piani attuativi regionali (PRCTA, Piano Regionale Contenimento Tempi Attesa)

Regioni/P.A.	A	B	C	D	E
	Adozione formale del PRCTA	Individuazione t.m.a p. 3 Intesa	Individuazione interventi cont. t.a. e obiettivi PNCTA	Predisposizione procedure obbligatorie attività ricovero	Individuazione indirizzi p.a.a e attività monitoraggio
Abruzzo	+	+	+/- (priorità)	+	+
Basilicata	+	+/- (elenco prestazioni/t.a.)	+/- (elenco strutture)	+/- (linee guida agende)	+/- (sospensione agende ricovero)
Bolzano	+	+	+/- (elenco strutture, riorganizzazione CUP, regol. sospensione agende)	+/- (linee guida agende ricovero)	+/- (p.a.a.; sospensioni agende)
Calabria	+	+	+	+	+/- (p.a.a.)
Campania	+	+	+	+/- (priorità in SDO)	+/- (monitoraggio p.a.a./spec/ sistema)
Emilia Romagna	+	+	+	+	+
Friuli Venezia Giulia	+	+	+	+/- (linee guida agende ricovero; priorità in SDO)	+
Lazio	+	+	+	+	+/- (p.a.a.)
Liguria	+	+	+	+	+
Lombardia	+	+	+	+	+
Marche	+	+	+	+	+
Molise	+	+	+	+	+
Piemonte	+	+	+	+	+
Puglia	+	+	+	+	+
Sardegna	+	+	+/- (revis. attività prescr./ coerenza l.p.)	+	+/- ( p.a.a.)
Sicilia	+	+	+	+/- (linee guida agende ricovero)	+/- (p.a.a.; priorità e data prenot. in SDO)
Toscana	+	+	+	+	+/- (p.a.a.)
Trento	+	+	+	+/- (linee guida agende ricovero)	+
Umbria	+	+	+/- (misure in caso di superam. T.m.a.)	+	+/- (p.a.a.)
Valle d'Aosta	+	+/- (elenco prestazioni/t.a.)	+/- (coerenza l.p.)	+	+/- (p.a.a.)
Veneto	+	+	+/- (rev. attività prescr./l.p.)	+	+/- ( p.a.a.)

Tabella 2 – Presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa

	Siti Web esplorati	Siti Web con presenza di dati su tempi reali e/o massimi d'attesa	
		N°	%
Regioni e P.A.	21	6	29
ASL	188	50	27
Aziende Ospedaliere	93	18	19
IRCCS	54	3	6
Policlinici Universitari	11	2	18
<b>Totale</b>	<b>367</b>	<b>79</b>	<b>22</b>

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.

mento di esse con una certa sistematicità, anche se è presente una scarsa omogeneità delle modalità con cui i tempi d'attesa sono resi disponibili.

### 7.3.3 Indicazioni per la programmazione

Il problema della gestione delle liste di attesa dovrà essere affrontato dando pieno impulso a quanto riportato nei Piani di contenimento regionali e aziendali, soprattutto per quanto riguarda la definizione dei percorsi diagnostici terapeutici e del coinvolgimento dei pazienti. Nella prospettiva di una ulteriore programmazione delle strategie di contenimento delle liste d'attesa, è in fase di definizione un aggiornamento del Piano nazionale di contenimento delle liste d'attesa che si baserà, tra l'altro, sulla individuazione di tempi d'attesa per percorsi diagno-

stico-terapeutici riferiti alle principali patologie (area cardiologica, area oncologica). Su tale proposta è in corso un confronto con le Regioni, focalizzato sui principi di appropriatezza, sull'utilizzo effettivo dell'accesso secondo classi di priorità, sulla presa in carico dei pazienti con patologie croniche attraverso percorsi assistenziali definiti, al fine di migliorare la capacità di misura del sistema per i tempi e per la gestione corretta delle agende di prenotazione. Inoltre sarà promosso un maggiore utilizzo delle tecnologie informatiche per semplificare le procedure, favorire l'accesso appropriato e migliorare l'efficienza; in tal senso, per consentire una sempre maggiore integrazione tra tutte le strutture erogatrici, sarà dato un ulteriore impulso all'implementazione di sistemi di prenotazione (CUP) a livello provinciale, regionale e, in alcuni casi, a livello sovra-regionale.

## 7.4 Tempi di attesa in oncologia

### 7.4.1 Introduzione

Ogni anno in Italia si registrano circa 163 mila decessi per cancro. I tumori sono responsabili del 30% di tutti decessi e costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani.

### 7.4.2 Rappresentazione dei dati

#### *Mortalità*

Negli ultimi dieci anni la mortalità per cancro è diminuita:

fra gli uomini principalmente per la riduzione continua e significativa dei decessi per tumore del polmone e dello stomaco, che da soli sono responsabi-

li di più di un terzo della mortalità complessiva per tumore;

fra le donne, per la diminuzione della mortalità dei tumori dello stomaco e dell'utero e, più recentemente, anche della mammella e del colon retto. Per contro, fra le donne è aumentata notevolmente la mortalità per tumore del polmone, il cui tasso è quasi raddoppiato tra il 1970 e il 2002.

### **Incidenza**

Sulla base dei più recenti dati dei Registri Tumori (RT), si stima che i nuovi casi di tumore nel 2006 siano stati circa 253 mila, 133 mila fra gli uomini e 120 mila fra le donne (fascia di età 0-84 anni). Complessivamente, l'incidenza dei tumori nella popolazione italiana è ancora in aumento, soprattutto, ma non esclusivamente, per la proporzione crescente di anziani, la frazione della popolazione che presenta un maggior rischio di sviluppare patologie tumorali.

Le neoplasie a più alto tasso di incidenza sono quelle della mammella (152 casi per 100 mila donne per anno), della prostata (113), del polmone negli uomini (112) e del colon retto (89 tra gli uomini e 70 tra le donne). Il rischio di avere una diagnosi di tumore nel corso della vita (fino a 74 anni) è di un caso ogni 3 maschi e di uno ogni 4 donne.

### **Sopravvivenza**

Per il complesso dei tumori (esclusi i melanomi), la sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi è del 47% per gli uomini e del 60% per le donne, per i pazienti diagnosticati nel quinquennio 1995-1999 con follow-up al 31/12/2003. Tra l'inizio degli anni Ottanta e la fine degli anni Novanta la prognosi della maggior parte dei tumori è migliorata, sia in Europa sia in Italia, soprattutto per le neoplasie maggiormente sensibili ai mezzi di diagnosi precoce oggi disponibili. È il caso del tumore della mammella, per il quale la sopravvivenza è passata dal 72% nel periodo 1983-1985 all'85% nel periodo 1995-1999, della prostata (dal 66% all'80%) e del colon

retto (dal 42% al 57%). Sostanzialmente stabile, invece, la sopravvivenza per il tumore al polmone, che è rimasta del 13% (12% per gli uomini e 15% per le donne) in entrambi i sessi anche per i casi più recenti della fine degli anni Novanta.

### **Prevalenza**

Alla base dell'aumento della presenza di persone affette da tumore in Italia c'è l'invecchiamento della popolazione ma anche il miglioramento della sopravvivenza. Si stima che il 2,8% della popolazione italiana (quasi 1,5 milioni di persone) abbia avuto nel corso della sua vita una diagnosi di cancro. Di queste, più di 600 mila sono in fase di trattamento o di follow-up per il rischio di recidive. Le donne che hanno avuto una diagnosi di tumore della mammella rappresentano da sole circa i due quinti della prevalenza complessiva.

### **7.4.3 Esposizione e valutazione critica dei risultati**

#### **Previsioni su mortalità, incidenza e prevalenza dei tumori nell'anno 2010**

L'evoluzione temporale della mortalità e dei principali indicatori della diffusione dei tumori in Italia fino all'anno 2010 può essere desunta dalle previsioni effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità, recentemente pubblicate nella monografia "Current cancer profiles of the Italian regions" (Tumori, vol. 93, n. 4, 2007). I valori stimati di mortalità, incidenza e prevalenza si riferiscono all'intera popolazione nazionale di età compresa tra 0 e 84 anni.

#### **Mortalità ed incidenza**

Nel 2010 in Italia si prevedono circa 122 mila decessi dovuti a patologie tumorali, di cui 72 mila (59%) riguardanti la popolazione maschile. Tale cifra è il risultato della progressiva riduzione della mortalità per tumore, attesa anche per i prossimi anni in entrambi i sessi.

Il numero complessivo di nuovi casi

di tumore nell'anno 2010 è previsto pari a circa 255 mila unità (131 mila tra gli uomini, 124 mila tra le donne) risultando, peraltro, sostanzialmente stabile nel corso del triennio 2008-2010. Si notano, tuttavia, andamenti differenti secondo il sesso: in lieve riduzione il numero dei nuovi casi stimato per gli uomini, in leggera crescita quello stimato per le donne.

Sebbene le previsioni per i prossimi anni confermino, all'interno del Paese, evidenti differenze geografiche nei livelli di mortalità e incidenza per la totalità dei tumori, il divario storico tra Nord (alti livelli) e Sud (bassi livelli) sembra attenuarsi. Tale fenomeno, particolarmente visibile nel caso degli uomini, è la conseguenza di andamenti favorevoli nelle regioni centro-settentrionali (riduzione dell'incidenza per tumore a partire dagli anni '90) e meno favorevoli nelle regioni meridionali ed insulari. Per le donne, l'incidenza per tumore risulta in aumento in tutte le aree del Paese.

#### **Prevalenza**

Il numero di persone con pregressa diagnosi di tumore nel nostro Paese si prevede possa superare nel 2010 quota 1 milione e 900 mila, con una percentuale di donne stimata intorno al 56%. Ci si attende una proporzione di casi prevalenti pari a circa il 4% nella popolazione femminile ed al 3% in quella maschile, ossia doppia rispetto a quella osservata venti anni prima (rispettivamente 1,9% e 1,5% nel 1990). La distribuzione geografica della prevalenza si prospetta caratterizzata da differenze piuttosto rilevanti tra l'area centro-settentrionale del Paese e quella meridionale ed insulare (casi prevalenti nella popolazione pari rispettivamente al 4% e al 2%).

#### **7.4.4 Indicazioni per la programmazione**

##### ***Priorità cliniche in campo diagnostico***

Per quanto riguarda la tematica delle liste di attesa, le norme e indica-

zioni nazionali sull'argomento sono riportate nella Bibliografia.

Si propone che gli esami diagnostici (diagnostica per immagini, endoscopia, patologia clinica) ed i trattamenti per pazienti con diagnosi accertata di patologia oncologica o con fondato sospetto di questa patologia abbiano accoglienza prioritaria rispetto ad altre patologie.

Con esclusione delle emergenze in oncologia, sia di carattere chirurgico che medico, condizioni che naturalmente rivestono priorità temporale assoluta, nell'ambito della patologia tumorale si possono identificare 4 diversi gruppi di pazienti:

- A. *Priorità diagnostiche urgenti (entro 3 gg.)*
  - pazienti con patologia oncologica in rapida evoluzione/sintomatica;
  - complicanze gravi correlate ai trattamenti erogati.
- B. *Priorità diagnostiche per una adeguata programmazione terapeutica (entro 10 gg.)*
  - pazienti con diagnosi accertata o sospetta di patologia tumorale o di recidiva/ricaduta;
  - pazienti in stadiazione iniziale o per recidiva/ricaduta di patologia neoplastica;
  - rivalutazione in corso od alla fine di trattamento antitumorale.
- C. *Follow-up di pazienti già trattati per patologia neoplastica (entro i limiti definiti dalle linee-guida)*
- D. *Screening organizzato/screening opportunistico (entro i limiti definiti dalle linee-guida)*

Le condizioni relative ai gruppi A e B sono prioritarie. Le condizioni definite come C-D non sono prioritarie: per indicazioni e tempistiche si rimanda alle linee-guida nazionali e internazionali. Non rivestono carattere di priorità neanche le prestazioni richie-

ste per pazienti che non presentano sintomi specifici.

Per quel che attiene alle liste di attesa per gli esami di screening sarebbe auspicabile che tali fossero separate da quelle delle altre categorie ed addirittura, ove possibile, che questi esami venissero praticati in strutture specificamente dedicate e certificate per queste attività.

I pazienti candidati ad un percorso privilegiato (A, B), potrebbero essere identificati con metodi opportuni e di immediata riconoscibilità (tipo bollino verde, vigente già da tempo in Regione Lombardia).

Essendo fondamentale la diagnosi cito-istologica ai fini di un'adeguata stadiazione e programmazione terapeutica, la tempistica di questi esami deve essere estremamente celere (massimo 7 giorni).

#### *Priorità cliniche in campo terapeutico*

Per quel che riguarda le liste di attesa terapeutiche, il problema del loro abbattimento è più complesso e non facilmente risolvibile in tempi brevi senza una profonda riorganizzazione del sistema assistenziale.

Tra l'altro, le implicazioni ed i mezzi di controllo sono molto complessi e differenti tra chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

Anche nel caso quindi della chirurgia e chemioterapia si possono distinguere tipologie differenti di pazienti per i quali vanno considerate priorità diverse in rapporto al quadro clinico e alla evolutività/aggressività della malattia. Tali tempistiche andrebbero rispettate indipendentemente dall'approccio terapeutico indicato (chirurgia, chemioterapia, radioterapia).

#### *A. Priorità terapeutica urgente (entro 3 gg.)*

- pazienti con patologia tumorale aggressiva/rapidamente evolutiva
- pazienti con patologia altamente sintomatica
- complicanze terapeutiche

Sono qui esemplificate alcune delle principali condizioni che rientrano in questo gruppo.

- Neoplasie ematologiche;
  - Leucemia linfoblastica acuta;
  - Leucemia mieloblastica acuta;
  - Linfoma linfoblastico;
  - Linfoma di Burkitt;
  - Leucemia mieloide cronica in crisi blastica;
  - Linfoma a localizzazione cerebrale;
  - Linfomi con localizzazioni gastrointestinali a rischio di sanguinamento;
  - Tutte le condizioni sintomatiche (ad es. mieloma multiplo con lesioni ossee dolorose) o con rischio di complicanze (ad es. linfomi con malattia massiva a rischio di compressione).

#### ■ Tumori solidi

Per quel che riguarda questa categoria, rientrano tutte le condizioni che sono individuate come emergenze in oncologia, e che possono essere esemplificate come descritto di seguito.

- Sindrome della vena cava superiore;
- Compressione del midollo spinale;
- Emergenze metaboliche (ipercalcemia, iperuricemia, sindrome da lisi tumorale etc.);
- Emergenze chirurgiche (occlusione intestinale, emorragia etc.);
- Emergenze urologiche (ematuria, uropatia ostruttiva);
- Complicanze da chemioterapia (mielodepressione, infezioni, mucositi, diarrea etc.).

Alcune di queste condizioni secondo giudizio clinico necessitano di un trattamento addirittura immediato.

#### *B. Priorità terapeutica standard (entro 15 gg.)*

- pazienti a cui sia stata diagnosticata una patologia neoplastica/recidiva tumorale e che ne-

cessitano di trattamento specifico. Questo gruppo include la maggior parte delle condizioni cliniche che occorrono nei tumori solidi ed una parte significativa di quelle dell'oncoematologia.

■ Neoplasie ematologiche

- Leucemia mieloide cronica;
- Mieloma multiplo;
- Linfoma di Hodgkin;
- Linfoma non-Hodgkin ad alto grado di malignità;
- Linfoma mantellare;
- Linfomi T periferici tipo AILD;
- Sindromi mieloproliferative.

■ Tumori solidi

- Tumore del polmone, dello stomaco, pancreas e vie biliari, esofago, testa e collo, carcinomi indifferenziati della tiroide, colon-retto, ano, rene, vescica, prostata, testicolo, cervice uterina, endometrio, ovaio e tube, vulva, mammella, sarcomi delle parti molli, sarcomi ossei, melanomi e carcinomi spino-cellulari della cute, tumori cerebrali ad elevato grado di malignità, tumori pediatrici.

Si tratta di patologie che, soprattutto se in fase operabile, si giovano di un trattamento estremamente tempestivo.

C. *Priorità terapeutica bassa (entro 30 gg.)*

- pazienti con patologia tumorale a bassa aggressività, per i quali un ritardo nell'inizio del programma terapeutico non influenza la prognosi.

■ Neoplasie ematologiche

- Leucemia linfatica cronica;
- Linfomi non-Hodgkin a bassa malignità;
- Gammopatia monoclonale di origine da determinare (MGUS);
- Sindromi mielodisplasiche;
- Malattia di Waldenstrom.

■ Tumori solidi

- Tumori della tiroide differenziati, neoplasia delle ghiandole surrenali, tumori neuroendocrini, carcinoidi, epatocarcinomi, carcinomi baso-cellulari della cute, neoplasie cerebrali a basso grado di malignità.

D. *Approccio terapeutico palliativo (entro 60 gg.)*

- pazienti asintomatici candidati a terapie palliative per i quali non è richiesto introdurre un trattamento in tempi brevi.

Si tratta di patologie in fase avanzata eventualmente già trattate con trattamenti locali e sistemici di I linea, nelle quali è atteso solo un modesto impatto sulla sopravvivenza da parte di eventuali terapie di seconda linea, da riservare eventualmente al momento della comparsa dei sintomi.

In questo gruppo rientrano le seguenti patologie o condizioni cliniche:

- Neoplasie del polmone non microcitoma, tiroide, pancreas, vie biliari, epatocarcinoma, esofago, vescica, sarcomi delle parti molli, melanomi, neoplasie cerebrali, neoplasie neuroendocrine, dei surreni.

Per queste neoplasie, soprattutto se asintomatiche, il trattamento di II linea può essere dilazionato a giudizio clinico insieme con la terapia di supporto al momento della comparsa dei sintomi relativi alla malattia.

I gruppi A e B rappresentano le priorità terapeutiche. In questi gruppi non è comunque consentito un ritardo superiore a 3 o 15 giorni rispettivamente dal termine del work-up diagnostico/stadiazione per attivare la procedura terapeutica ottimale.

I gruppi C e D non costituiscono priorità, anche se va comunque considerata una tempistica terapeutica da rispettare.