

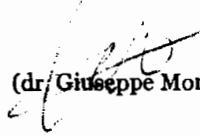
5. di inviare, in accordo a quanto previsto nell'Intesa tra il Governo e le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28/10/2010, il Piano Attuativo Regionale di contenimento delle liste di attesa di cui al precedente punto 1 al Ministero della Salute ed al Comitato LEA;

L'ISTRUTTORE

IL RESPONSABILE P.O.

IL DIRIGENTE

(dr Giuseppe Montagano)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rep. n. 189 / esR del 28 ottobre 2010

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 28 ottobre 2010:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131, il quale prevede, tra l'altro, che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTO l'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO l'articolo 1, comma 282, della suddetta legge n. 266/2005, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le regioni sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della salute;

VISTA l'intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 marzo 2006 (Rep. atti n. 2555) concernente il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA la nota in data 2 febbraio 2010, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale pro-tempore in sanità, ha inviato un documento concernente la proposta delle Regioni e Province autonome ai fini del perfezionamento di un'intesa che costituisca l'aggiornamento della predetta Intesa di questa Conferenza del 28 marzo 2006;

VISTA la lettera in data 4 febbraio 2010, con la quale il predetto documento è stato diramato alle Amministrazioni centrali interessate;



RILEVATO che, nel corso della riunione tecnica svolta il 9 febbraio 2010, i rappresentanti del Ministero della salute hanno assunto l'impegno di predisporre una nuova versione del documento in parola alla luce degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima;

VISTA la lettera in data 1 aprile 2010, con la quale l'anzidetto Ministero ha inviato una nuova versione del documento che interessa, che è stata diramata alle Regioni e Province autonome in data 9 aprile 2010;

VISTA la nota in data 21 maggio 2010, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale pro-tempore in sanità, ha inviato le osservazioni delle Regioni e delle Province autonome sullo schema di provvedimento trasmesso dal Ministero della salute;

VISTA la lettera in data 4 giugno 2010, con la quale le predette osservazioni delle Regioni e Province autonome sono state inviate alle Amministrazioni centrali interessate;

VISTA la nota in data 21 giugno 2010, con la quale il Ministero della salute ha chiesto il rinvio della riunione tecnica convocata per il 1° luglio 2010;

VISTA la nota in data 16 luglio 2010, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto l'ulteriore rinvio dell'incontro tecnico convocato per il 20 luglio 2010;

VISTA la lettera in data 28 settembre 2010, con il quale il Ministero della salute ha trasmesso le nuove versioni sia dello schema di intesa in oggetto, sia del documento ad esso allegato denominato "Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012";

VISTA la nota in data 1 ottobre 2010, con la quale tali nuove versioni sono state diramate alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica 18 ottobre 2010, le Regioni e le Province autonome hanno formulato alcune richieste di modifica;

VISTA la lettera in data 19 ottobre 2010, con la quale il Ministero della salute ha inviato la definitiva versione dello schema di intesa in oggetto che recepisce le richieste emendative formulate nel corso del predetto incontro;

VISTA la nota in data 20 ottobre 2010, con la quale tale definitiva versione è stata diramata alle Regioni e Province autonome;



ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati:

premesso che:

- il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;
- gli articoli 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica" e successive modificazioni, prevedono il finanziamento, con quote vincolate delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale;
- l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 (Rep. atti n. 1387) definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;
- l'articolo 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002 dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato;
- il comma 5 dell'art. 50 del decreto legge 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge n. 326 del 2003 e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'economia e delle finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, che hanno introdotto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa;
- l'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa;
- il decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27



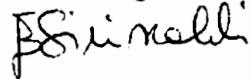
ottobre 2000, n. 380" che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità;

- l'intesa siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 (Rep. atti n. 52/CSR) definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;
- la legge n.120 del 3 agosto 2007 detta "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria";

SI CONVIENE

sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



ALLEGATO A**PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012****1. INTRODUZIONE**

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offre un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di



rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

Il presente Piano:

- A. aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio Piano;**
- B. individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;**
- C. prevede che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di cui alla lettera A e B, nelle regioni interessate si applichino direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano;**
- D. prevede l'utilizzo di una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis della medesima legge, e di quelle previste nel Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 – Progetto "Rete centri di prenotazione", anche al fine di realizzare il Centro Unico di Prenotazione (CUP) secondo le indicazione delle linee guida nazionali del Ministero della Salute;**
- E. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;**
- F. individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:**
 - il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
 - il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi di cui al punto 7.1.A.;
 - il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
 - il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
 - il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria
 - il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;
- G. individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web di Regioni e Province Autonome e di Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate;**
- H. promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'azienda nell'ambito del governo delle liste d'attesa; prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria; promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione, anche in**

osservanza a quanto previsto al paragrafo 2.3, punto 2.3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;

- I. ridefinisce le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

2. LINEE GENERALI DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER UN APPROCCIO STRATEGICO AL PROBLEMA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Entro 60 giorni dall'emanazione delle linee guida da parte del Comitato LEA di cui al punto 9 del presente Piano, le Regioni e le Province Autonome recepiscono l'intesa e adottano un Piano regionale attuativo che garantisca:

1. la fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al successivo punto 3; in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui alla lettera A e B di cui sopra, nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano;
2. il governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN attraverso diversi strumenti tra i quali l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati;
3. la definizione e i criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P e di quelle, se previste, senza indicazione di priorità;
4. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, anche attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento:
 - a. all'utilizzo delle classi di priorità,
 - b. alla presenza del quesito diagnostico
 - c. alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli.
5. la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici: in tal senso si dovrà procedere al recepimento delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni 29 aprile 2010;
6. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;
7. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;
8. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera



professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;

9. lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano, anche sulla base di quanto stabilito dalle Linee guida nazionali sul sistema CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni 28 aprile 2010, lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina ;
10. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività che delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici relazioni con il pubblico (URP), Carte dei servizi;
11. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

Le Regioni si impegnano a trasmettere il piano regionale entro 20 giorni dalla sua adozione al Ministero della Salute e al Comitato LEA.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Le prestazioni sono state individuate anche a partire dall'esperienza sperimentale di monitoraggio dei tempi di attesa svolta dall'AgeNaS in attuazione dell'intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006. In particolare, sono state escluse dall'elenco di cui al PNCTA 2006-2008 alcune prestazioni che nelle rilevazioni attuate:

- non hanno presentato nessun problema di attesa nella maggioranza delle regioni;
- presentavano volumi dell'erogato talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile a fattori contingenti;
- non rendevano possibile un'identificazione precisa ed affidabile;
- non erano erogate nel setting (ambulatoriale, day hospital, ricovero ordinario) previsto.

Sono state, invece, incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato.

Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA).

3.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN deve essere previsto l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità definite come di seguito:



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

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

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE

| Numero | Prestazione | Codice Nomenclatore | Codice Disciplina |
|---------------|------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| 1 | Visita cardiologica | 89.7 | 8 |
| 2 | Visita chirurgia vascolare | 89.7 | 14 |
| 3 | Visita endocrinologica | 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 otorinolaringoiatrica | 89.7 | 38 |
| 9 | Visita urologica | 89.7 | 43 |
| 10 | Visita dermatologica | 89.7 | 52 |
| 11 | Visita fisiatrica | 89.7 | 56 |
| 12 | Visita gastroenterologica | 89.7 | 58 |
| 13 | Visita oncologica | 89.7 | 64 |
| 14 | Visita pneumologica | 89.7 | 68 |

PRESTAZIONI STRUMENTALI

| Numero | Prestazione | Codice Nomenclatore |
|---------------------------------|---|----------------------------|
| Diagnostica per Immagini | | |
| 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 | 88.38.2 - 88.38.1 |



| | speco vertebrale | |
|----------------------------------|---|------------------------------------|
| 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 aortici | 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 |
| <hr/> | | |
| Altri esami Specialistici | | |
| 34 | Colonoscopia | 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 |

3.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario.

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008. In assenza di tali provvedimenti, le Regioni e Province Autonome applicano quanto previsto dall'Accordo dell'11 luglio 2002 e PNCTA 2006-2008

| PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY | | | |
|--|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| Numero | Prestazione | Codice Intervento | Codice Diagnosi |
| 44 | Chemioterapia (1) | 99.25 | V58.1 |
| 45 | Coronarografia | 88.55 - 88.56 - 88.57 | |
| 46 | Biopsia percutanea del fegato (1) | 50.11 | |
| 47 | Emorroidectomia | 49.46 | |
| 48 | Riparazione ernia inguinale (1) | 53.0 - 53.10 | |

(1) Le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale;



| PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO | | | |
|--|--|---------------------------|------------------------|
| Numero | Prestazione (2) | Codice Intervento | Codice Diagnosi |
| 49 | Interventi chirurgici tumore Mammella | Categoria 85.4 | Categoria 174 |
| 50 | Interventi chirurgici tumore Prostata | 60.5 | 185 |
| 51 | Interventi chirurgici tumore colon retto | 45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6 | Categorie 153 – 154 |
| 52 | Interventi chirurgici tumori dell'utero | Da 68.3 a 68.9 | Categoria 182 |
| 53 | By pass aortocoronarico | 36.10 | |
| 54 | Angioplastica Coronarica (PTCA) | Categoria 36.0 | |
| 55 | Endoarteriectomia carotidea | 38.12 | |
| 56 | Intervento protesi d'anca | 81.51 - 81.52 - 81.53 | |
| 57 | Interventi chirurgici tumore del Polmone | 32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9 | |
| 58 | Tonsillectomia | 28.2 – 28.3 | |

(2) le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale

3.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI NELL'AREA CARDIOVASCOLARE E ONCOLOGICA

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere da ormai molti anni le principali cause di morte nel nostro Paese. Parte di questi decessi potrebbe essere evitata non solo attraverso azioni di prevenzione primaria e secondaria, ma anche attraverso interventi tempestivi in termini di diagnosi e cura, nell'ambito di appropriati percorsi diagnostico terapeutici (PDT).

Pertanto, in questi ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che consenta di garantire ad ogni paziente lo svolgimento dei PDT in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDT previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'erogazione sequenziale e coordinata delle prestazioni ricompresa nei percorsi diagnostico terapeutici, le Regioni e PA individuano specifici Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e, anche ai fini della appropriatezza organizzativa, ne promuovono l'erogazione attraverso il day service.

Le Regioni, relativamente alle patologie individuate, definiscono specifici percorsi correlati alle patologie oncologiche e cardio-vascolari sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida.

Le Regioni assicurano la diffusione, l'implementazione ed il monitoraggio delle linee guida adottate per la gestione dei PDT, facendo riferimento a quanto riportato nel Manuale metodologico per produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica, edito a maggio 2002 dall'ISS e dall'AgeNaS.

Le Regioni, altresì, implementano modelli di integrazione territorio-ospedale, affinché siano assicurate le formule organizzative per la presa in carico del paziente che viene avviato ad un PDT. In tal senso, il PDT deve essere inteso come una serie di attività, alcune erogate in regime ambulatoriale altre in condizione di degenza ospedaliera, finalizzate alla gestione programmata ed appropriata di un problema assistenziale complesso, secondo priorità temporali e modalità d'accesso differenziati a seconda della gravità del singolo caso.



Le Regioni si impegnano a monitorare i PDT, in considerazione dei tempi massimi d'attesa sia per la formulazione della diagnosi clinica sia per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica. Lo scopo del monitoraggio è verificare che i pazienti con determinati problemi di salute abbiano completato i PDT in tempi congrui. I tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, per le patologie oggetto di monitoraggio, non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica per almeno il 90% dei pazienti.

L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute, entro 60 giorni dall'approvazione del PNGLA:

- **predisponde la metodologia per il monitoraggio, anche in considerazione di quanto già definito a tale proposito nell'ambito del Mattone "Tempi di Attesa";**
- **individua le patologie oggetto di monitoraggio, con riferimento alle condizioni cliniche a forte impatto sociale per gravità, frequenza e costi, e definisce i relativi tempi massimi d'attesa per ciascun PDT, che comunque non potranno essere superiori ai 30 giorni per la fase diagnostica e 30 giorni per l'inizio della terapia dal momento dell'indicazione clinica.**

L'AgeNaS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute, entro 4 mesi dalla definizione della metodologia di cui sopra, provvede:

- **a definire le tempistiche di attuazione del processo di implementazione di tale metodologia**
- **a definire le modalità e le periodicità della rilevazione dei dati del monitoraggio per l'invio al Ministero della Salute e al Comitato LEA.**

3.3.1 AREA CARDIOVASCOLARE

L'impatto delle malattie afferenti a questa area, in termini di mortalità, morbosità ma anche sui ricoveri ospedalieri, si mantiene elevato e tende ancora a crescere.

Del quadro epidemiologico consegue che grande attenzione deve essere dedicata sia alle attività di prevenzione, diagnosi e cura che all'organizzazione di tali attività, in un'ottica di "rete" integrata dei servizi.

Diverse esperienze internazionali e nazionali hanno dimostrato che l'organizzazione in rete è il riferimento più logico nell'ambito dell'assistenza al paziente con malattia cardiovascolare, rappresentando non solo un sistema di collegamento tra tutte le componenti assistenziali ma anche e soprattutto un sistema di sicurezza e di protezione per il paziente, in ogni fase dell'articolarsi dell'assistenza. L'organizzazione assistenziale secondo il modello a rete si fonda sui collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento, consentendo di orientare opportunamente l'assistenza in un contesto sovraospedaliero secondo le caratteristiche di rischio del paziente, definita nell'ambito dei percorsi diagnostico terapeutici, ed i tempi previsti di intervento.

Le strutture della rete devono integrarsi tra loro, nonché con il sistema regionale dell'emergenza e con le strutture per la riabilitazione e la lungodegenza, e devono essere dislocate sul territorio in modo da ottimizzare le connessioni funzionali tra ospedali periferici e centri di riferimento, utilizzando specifici protocolli operativi.

A seguito della prima visita specialistica, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate al punto 3.1, una volta confermato il sospetto clinico formulato, dovrà essere garantito l'avvio di un percorso diagnostico e terapeutico (PDT), che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi.

Le Regioni, sulla base delle linee guida definite in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto prodotto dal Sistema Nazionale Linee Guida, definiscono le modalità di attuazione dei PDT individuati, secondo la procedura sopraindicata.



Nell'ambito del percorso, laddove sia posta l'indicazione all'intervento chirurgico, le Regioni individuano l'uso sistematico delle classi di priorità per l'accesso al ricovero.

3.3.2 AREA ONCOLOGICA

I tumori rappresentano circa il 30% di tutte le cause di decesso e costituiscono la seconda causa di morte nel nostro Paese, in particolare la prima fra gli adulti e la seconda fra gli anziani.

Sulla base delle stime di incidenza e mortalità per malattie oncologiche in Italia, si può prevedere che nel 2010 nel nostro Paese si verificheranno circa 255 mila nuovi casi di tumore e 122 mila decessi dovuti a tali patologie.

A fronte di tali evidenze, risulta sempre più evidente la necessità di garantire adeguate modalità organizzative, attraverso un'assistenza in rete, la tempestività della diagnosi e dell'avvio delle procedure terapeutiche.

Come ribadito anche nel documento del Piano oncologico nazionale 2010-2012, è necessario garantire una presa in carico globale del malato fin dall'inizio del percorso diagnostico-terapeutico, attraverso un approccio multidisciplinare e multidimensionale.

Il coordinamento di tutte le azioni, sia in ambito ospedaliero che territoriale, è fondamentale ai fini del raggiungimento di livelli standard di qualità, corretta allocazione di risorse ed equità nell'accesso alle cure.

Attraverso la Rete è possibile assicurare non solo il percorso strettamente oncologico, ma anche il coordinamento con i servizi territoriali deputati all'assistenza domiciliare, ai percorsi riabilitativi e alle cure palliative.

A seguito della prima visita oncologica, che dovrà essere garantita secondo le priorità indicate al punto 3.1, si definisce il percorso diagnostico e terapeutico (PDT) del paziente che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione dell'atto terapeutico necessario alla sua soluzione entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi.

Le Regioni definiscono le modalità di attuazione del PDT individuati, secondo la procedura sopraindicata, sulla scorta delle linee guida già disponibili in ambito nazionale e internazionale, con particolare riferimento a quanto già prodotto, dal Sistema Nazionale Linee Guida.

4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa, le Aziende sanitarie adottano un programma attuativo aziendale, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

Il programma attuativo aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale e a prevedere le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la partecipazione alla spesa (ticket).

Il programma attuativo aziendale individua le modalità o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3 sono garantiti almeno al 90 % dei cittadini richiedenti e assicura la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di famiglia).



5. RISORSE PER IL PIANO DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Le Regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, utilizzando anche quanto previsto nel Piano e-gov 2012, Obiettivo 4 – Progetto "Rete centri di prenotazione", per il perseguitamento degli obiettivi del presente Piano nazionale, anche al fine di realizzare un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP) al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici, sulla base delle indicazioni riportate nelle linee guida nazionali sul sistema CUP del Ministero della Salute di cui all'accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

6. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (ALPI)

Le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono un ulteriore possibile strumento per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa, in quanto tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità, anche temporanea, di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa libera professione "aziendale" andrà concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo (ticket).

Per quanto riguarda, invece, le prestazioni libere professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, è necessario, come ribadito dalle Linee guida nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010, che le Regioni prevedano modalità di gestione separata delle prenotazioni rispetto alle prestazioni istituzionali erogate a carico del S.S.N., attraverso sistemi centralizzati e preferibilmente informatizzati; le Regioni, inoltre, provvedono ad attivare forme di controllo sul volume di tali prestazioni e sui relativi tempi di attesa, sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero, al fine di garantire il corretto rapporto tra il regime istituzionale di erogazione delle prestazioni e quello in libera professione.

7. FLUSSO INFORMATIVO

Vengono attivati il monitoraggio ex ante ed ex post del fenomeno liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1, nonché il monitoraggio delle attività di ricovero tramite SDO, il monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni.

A tal fine, entro 30 giorni dall'adozione del presente Piano, vengono definite apposite linee guida sulle modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi sopra riportati, in accordo tra Ministero, Regioni e Province Autonome ed AgeNas.

Vengono, altresì, avviati il monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito cardiovascolare e oncologico ed il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1 erogate in attività libero professionale intramuraria (ALPI).

7.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

A. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali viene effettuato attraverso 2 modalità:



• modalità ex post, rilevato attraverso il flusso informativo dell'art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo del 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio; i dati raccolti mensilmente nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) sono relativi alle prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Per rendere fruibili i campi che rappresentano le dimensioni di analisi del fenomeno, Stato e Regioni concordano di prevedere l'obbligatorietà, garantendo la progressiva copertura fino alla messa a regime prevista per il 1 gennaio 2011, dei dati relativi al primo accesso (visite, esami) per differenziare le prestazioni rispetto ai successivi controlli, alla classe di priorità e alla garanzia dei tempi massimi, che permette di distinguere tra chi non rinuncia alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia in relazione alla libera scelta dell'utente che rifiuta la prima disponibilità. Le soglie di riferimento per la copertura dei suddetti campi corrispondono al 70% per il IV trimestre 2010 e al 90% per il 2011.

Inoltre, tali informazioni dovranno essere accompagnate dal dettaglio delle strutture presenti nell'ambito territoriale in cui deve essere garantito il rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% degli utenti.

• modalità ex ante, basata sulla rilevazione in un periodo indice stabilito a livello nazionale, come previsto nel PNCTA 2006-2008, in continuità con i monitoraggi condotti dall'AgeNaS, le Regioni avviano una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al punto 3.1, in modalità ex ante effettuata in una settimana indice con cadenza semestrale, trasmettendo i risultati sintetici delle rilevazioni al Ministero della Salute;

B. Il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa utilizza il flusso SDO. Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di Prenotazione dei Ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per la agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8 della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

I monitoraggi di cui sopra sono effettuati, secondo linee guida condivise con le Regioni, le PA e l'Agenas, a cura del Ministero della salute che provvederà a rendere disponibili i relativi risultati.

7.2 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni e rende disponibili i relativi risultati.

