

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1164 del 06 agosto 2019

Adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) a seguito del recepimento dell'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome sul Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2019-2021 con DGR del 23 aprile 2019 n. 479. Deliberazione n. 69/CR del 28 giugno 2019.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
In attuazione al Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa, viene adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 21 febbraio 2019, Rep. Atti n. 28/CSR, prevede che le Regioni recepiscano l'intesa e adottino il proprio Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA).

Con delibera del 23 aprile 2019 n. 479, nel rispetto delle scadenze previste, la Regione Veneto ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano siglata il 21 febbraio 2019, demandando l'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) al presente provvedimento.

Come già richiamato nella DGR n. 479/2019 di recepimento del PNGLA, questa Regione, in forza del succitato accordo, non recepisce l'Allegato C all'accordo stesso, che individua i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e il manuale operativo, come uno degli strumenti del Governo delle Liste di Attesa.

I principi generali e le specifiche linee d'intervento individuati dal nuovo PNGLA sono già stati attuati dalle normative regionali, specificatamente:

- legge regionale n. 19/2016, in particolare all'articolo 28, la "Riduzione delle liste di attesa;
- legge regionale n. 30/2016, in particolare l'articolo 38 "Interventi per il governo delle liste di attesa;
- legge regionale n. 48/2018, "Piano socio sanitario regionale 2019-2023".

Le misure adottate con le succitate leggi regionali e con i successivi provvedimenti attuativi risultano pienamente coerenti con i principi generali del nuovo PNGLA e sono già migliorativi nella gestione dei tempi di attesa con particolare riguardo alle classi di priorità delle prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero.

Tutto ciò considerato con il presente provvedimento si propone di adottare il Piano Regionale del Governo delle Liste di Attesa di cui l'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, e il PNGLA, escluso ogni riferimento al sistema RAO, che costituisce l'**Allegato B**, parte integrante del presente provvedimento, che sostituisce integralmente l'Allegato B alla DGR 479/2019 in quanto presenti meri errori materiali.

Come espressamente previsto dal punto 26. dell'Allegato A del PNGLA si è provveduto all'audizione delle organizzazioni di tutela al diritto alla salute.

Il PRGLA definisce un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri. Le Aziende ULSS, Ospedaliere e IRCCS dovranno, pertanto, predisporre i Piani Attuativi Aziendali entro 60 giorni dall'adozione del PRGLA dell'**Allegato A** del presente provvedimento.

In ossequio a quanto previsto dall'articolo 28, comma 1, legge regionale del 25 ottobre 2016, n. 19, la Giunta Regionale, con deliberazione n. 69/CR del 28 giugno 2019, ha approvato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA). La DGR n. 69/CR/2019, come disposto dalla DGR n. 479/2019, è stata, quindi, inviata alla Quinta Commissione consiliare per il

previsto parere.

La Quinta Commissione consiliare ha esaminato nella seduta n. 149 del 23 luglio 2019 la proposta di deliberazione n. 69/CR/2019 ed ha espresso parere favorevole a maggioranza (Pagr n. 435- 69/CR/2019 trasmesso con nota prot. 331389 del 24 luglio 2019).

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la Legge 5 giugno 2003, n. 131;

VISTA la Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

VISTO il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010 - 2012;

VISTA l'Intesa del 21 febbraio 2019 n. 28/CSR;

VISTA la Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19;

VISTO l'articolo 28, comma 1, della Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19;

VISTO l'articolo 38, comma 1 e 2, della Legge Regionale 30 dicembre 2016, n. 30;

VISTA la Legge Regionale 28 Dicembre 2018, n. 48;

VISTA la DGR del 12 marzo 2013, n. 320;

VISTA la DGR del 23 Aprile 2019, n. 479;

VISTA la DGR n. 69/CR/2019;

VISTO il parere favorevole a maggioranza della Quinta Commissione consiliare (Pagr n. 435- 69/CR/2019 trasmesso con nota prot. 331389 del 24 luglio 2019);

VISTO l'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

delibera

1. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente provvedimento;
2. di recepire il parere espresso dalla Quinta Commissione consiliare nella seduta n. 149 del 23 luglio 2019 (Pagr n. 435 - 69/CR/2019);
3. di approvare il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) di cui all'**Allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
4. di recepire il PNGLA di cui all'**Allegato B**, ad esclusione della parte riferita al sistema RAO, che si intende sostitutivo di quello approvato con DGR n. 479/2019;
5. di dare atto che gli oneri derivanti dalla presente deliberazione non comportano spese a carico del Bilancio Regionale;
6. di incaricare la Direzione Programmazione Sanitaria - LEA dell'attuazione e dell'esecuzione del presente provvedimento;
7. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione;



Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)

1. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero.

La Regione del Veneto governa attualmente i tempi di attesa massimi per le prestazioni ambulatoriali e per le prestazioni erogate in regime di ricovero per acuti mediante la normativa di seguito riportata.

La Legge Regionale 28 dicembre 2016, n. 30 all'articolo 38 comma d), individua i tempi di attesa, divisi in classi di priorità, entro cui le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS devono erogare le prime visite o le prime prestazioni.

Le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 sono più favorevoli all'utente rispetto a quelle indicate nel PNGLA e pertanto nella Regione del Veneto restano in vigore le classi e i tempi di attesa già in uso, come dalla seguente tabella.

Tabella 1.

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe U (urgente)	Comunque entro 72 ore	Entro 24 ore dalla prenotazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni	Entro 10 giorni dalla prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe P (programmata)*	Da eseguire entro 120 giorni **	Entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore

* nella legge regionale 30/2016 viene usato il termine programmabile

** fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni.

La L.R. 30/2016 all'articolo 38 comma 4 lettera f), stabilisce che almeno il 90% delle prestazioni prioritarie deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità. Per le prestazioni in classe B il rimanente 10% deve essere erogato entro ulteriori 10 giorni; mentre il 10% delle prestazioni in classe di priorità D e P non soddisfatte nei rispettivi tempi di attesa deve essere soddisfatto entro ulteriori 30 giorni.

Resta comunque valida la facoltà della Giunta Regionale di stabilire percentuali di soddisfacimento diverse con propri atti anche attraverso l'individuazione di obiettivi per i Direttori Generali (DGR 8 marzo 2019, n. 248 "Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti SSR per l'anno 2019").

Come già stabilito dalla DGR 15 novembre 2016, n. 253IIM, resta valido lo strumento delle liste di galleggiamento (cui si fa riferimento nella DGR del 12 marzo 2013, n. 320 con il termine pre-appuntamento che coincide con il concetto di pre lista del PNGLA).

La lista di galleggiamento ha lo scopo di:

- Prendere in carico l'utente evitandogli uno stillicidio di successivi accessi agli sportelli CUP o telefonate al call-center (...)
- Attivare da parte dell'Azienda sanitaria qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire all'assistito l'erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta;
- Farsi carico, successivamente, di ricontattare l'utente per completare la prenotazione precedentemente sospesa.

I tempi di galleggiamento vengono così determinati:



08164aef



- 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B;
- 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P.

I succitati termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta.

Anche i tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono stati definiti al comma 16, art. 38 sempre della L.R. 30/2016, a partire dall'anno 2017. Come si evince dalla Tabella 2 anch'essi risultano più favorevoli per il paziente rispetto a quelli indicati nel PNGLA:

Tabella 2.

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Legge Regionale 30/2016
Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 180 giorni dalla prenotazione	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Senza attesa massima comunque entro 12 mesi	Classe D entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
		Classe E almeno entro 12 mesi

Il rispetto dei valori dei tempi massimi di attesa per le percentuali dei ricoveri programmati con priorità A (entro 30gg.), si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019), il valore mediano osservato della distribuzione (secondo quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al terzo quartile. Successivamente a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90% indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

La L.R. 30/2016, art. 38 comma 13, ha modificato quanto già previsto dalla DGR 320/2013, con l'obiettivo di offrire all'utente fasce orarie alternative di accesso alle prestazioni sanitarie, assicurando ordinariamente i servizi ambulatoriali attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno 3 giorni alla settimana, e dalle 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi.

3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità. Uno studio, ha rilevato l'utilizzo delle RM e delle apparecchiature TC in tutta la Regione del Veneto prendendo in considerazione le strutture pubbliche e gli erogatori privati accreditati.

La distribuzione della popolazione in correlazione alla conformazione orografica del territorio veneto giustifica una diversa distribuzione delle macchine in parola anche a scapito dello standard indicato di piena potenzialità delle stesse.

Si tenderà entro il 2021 a riportare tutta l'attività entro il valore dell'80% dove possibile.

La DGR 19 luglio 1991, n. 4119, nell'ambito della promozione di tutte le strategie finalizzate al Governo delle Liste d'Attesa indicava che le grandi apparecchiature dovessero essere utilizzate per almeno 12 ore al giorno su sei giorni alla settimana. Tale indicazione è stata ripresa dalla L.R. 30/2016 all'articolo 38 comma 13, con l'intento di aumentare la potenzialità operativa delle RM e delle TC in un'ottica di continuo miglioramento.



08164aef



4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali vale ricordare che il PNGLA prende in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al quesito diagnostico posto; tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni richieste in classe U e le prestazioni di screening non sono soggette al monitoraggio, tuttavia anch'esse necessitano di osservazione come più avanti specificato.

Le tabelle delle prime visite, delle prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici sono riportate nell'**Allegato B** al presente provvedimento che sostituisce l'**Allegato B** della DGR n. 479/2019.

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca nazionale	Codice Nuovi LEA
1	Prima Visita Cardiologica	89.7	2	89.7A.3
2	Prima Visita Chirurgia vascolare	89.7	5	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	9	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Attuale Codifica Regione Veneto
--------	-------------	---------------------	------------------	---------------------------------

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

15	MAMMOGRAFIA BILATERALE ER MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1	87.37.1	87.37.1 - MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)
16	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2	87.37.2	87.37.2 - MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)
17	TC DEL TORACE	87.41	87.41	87.41 - TC DEL TORACE. (polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste,



08164aef



				mediastino)
18	TC DEL TORACE CON MCD SENZA E CON MDC	87.41.1	87.41.1	87.41.1 - TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
19	TC DELL' ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.1	88.01.1 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod. 88.01.2
20	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
21	TC DELL' ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.3	88.01.3 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4
22	TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4 - TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
23	TC DELL' ADDOME COMPLETO	88.01.5	88.01.5	88.01.5 - TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3
24	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6 - TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod. 88.01.2 e cod. 88.01.4
25	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	87.03	87.03 - TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)
26	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1 - TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)
27	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.1	88.38.A	88.38.A - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione



08164aef



				sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9
28	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.1	88.38.B	88.38.B - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
29	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE	88.38.1	88.38.C	88.38.C - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9
30	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9
31	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9
32	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE SENZA E CON MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F - TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9
33	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	88.38.5	88.38.5 - TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE
34	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	88.91.1	88.91.1 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE



08164aef



35	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC
36	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	88.95.4	88.95.4 - RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8
37	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5 - RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare
38	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93	88.93.6	
39	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC	88.93.1	88.93.B	
40	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO.	88.71.4	88.71.4	88.71.4 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7
41	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA	88.72.3	88.72.3	88.72.3 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA A CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2
42	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI.	88.73.5	88.73.5	88.73.5 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA A DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi
43	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	88.74.1	88.74.1	88.74.1 - ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse



08164aef



				patologiche di origine peritoneale o retro. Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a cod. 88.75.1, 88.76.1
44	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	88.75.1	88.75.1	88.75.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6
45	ECOGRAFIA DELL' ADDOME COMPLETO	88.76.1	88.76.1	88.76.1 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1
46	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1	88.73.1	88.73.1 - ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
47	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA.	88.73.2	88.73.2	88.73.2 - ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare
48	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	88.78	88.78 - ECOGRAFIA OSTETRICA
49	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	88.78.2	88.78.2	88.78.2 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1
50	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.77.4 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi 88.77.5 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi

ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

51	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23	45.23	45.23 - COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia
----	--	-------	-------	--



08164aef



				con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell'intestino crasso
52	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA	45.42	45.42	45.42 - POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale
53	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.24	45.24	45.24 - RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
54	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	45.13	45.13	45.13 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)
55	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA CON BIOPSIA SEDE UNICA	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno
56	ELETTROCARDIOGRAMMA	89.52	89.52	89.52 - ELETTROCARDIOGRAMMA.
57	DINAMICO. (Holter)	89.50	89.50	89.50 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)
58	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO o con pedana mobile	89.41	89.41	89.43 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1) 89.41 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
59	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	89.44	89.44	89.44 - ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.
60	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	95.41.1	95.41.1	95.41.1 - ESAME AUDIOMETRICO TONALE.
61	SPIROMETRIA SEMPLICE.	89.37.1	89.37.1	89.37.1 - SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4



08164aef



62	SPIROMETRIA GLOBALE.	89.37.2	89.37.2	89.37.2 - SPIROMETRIA GLOBALE. (con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica)
63	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	95.11	95.11	95.11 - FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO SUPERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 6 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) PER ARTO INFERIORE. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI. NON ASSOCIABILE A 93.09.1 E 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL CAPO SINO A 4 MUSCOLI. ANALISI QUALITATIVA. ESCLUSO: EMG DELL'OCCHIO (95.25) E POLISONNOGRAFIA (89.17).	93.08.1	93.08.C	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE (EMG) DEL TRONCO. ANALISI QUALITATIVA SINO A 4 MUSCOLI.	93.08.1	93.08.D	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI) ASSOCIATO AD ESAME BASOGRAFICO PER LA DEFINIZIONE DELLE FASI DEL PASSO. NON ASSOCIABILE AD ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7).	93.08.1	93.08.E	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9



08164aef



69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. VALUTAZIONE EMG DI SUPERFICIE O CON ELETTRODI A FILO (4 MUSCOLI).	93.08.1	93.08.F	93.08.1 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9
----	---	---------	---------	---

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Intervento ICD-9-CM	Codice Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x ;197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x - 53.1x	



08164aef



(1) Le Regioni e Province Autonome che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.

5. Criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in classe P.

La classe di priorità P (*programmata*) viene attribuita ad una prestazione che può essere erogata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, la disfunzione e la disabilità. Il PNGLA stabilisce che tale prestazione deve essere garantita entro 180 giorni fino al 31/12/2019 e, successivamente a tale data, entro 120 giorni.

Per la Regione Veneto è da intendersi valido quanto disposto dall'art. 38 comma d) della L.R. 30/2016, che stabilisce la soddisfazione di tale classe di priorità entro 60/90 giorni secondo indicazione del medico prescrittore a far data dalla prenotazione, come alla tabella 1 del punto 1 del presente documento.

6. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva.

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sull'appropriatezza e sulla congruità prescrittiva sono ampiamente garantite attraverso l'uso della ricetta dematerializzata (DEMA).

Inoltre le norme e le circolari regionali prevedono azioni di miglioramento di tali principi garantendo:

- i. utilizzo sistematico delle classi di priorità;*
- ii. presenza del quesito diagnostico;*
- iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.*

A tale riguardo si richiama per completezza la normativa regionale in materia:

- DGRV del 13.3.2007 n. 600: “Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui, all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “Piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.2006”;
- DGRV del 28.12.2007, n. 4548: “Prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale: impiego dei ricettari standardizzati del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 Legge 24.11.2003 n. 326”
- DGRV del 21.6.2011, n. 863: “Recepimento dell'Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul PNGLA per il triennio 2010-2012 di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23.12.2005, n. 266 adozione del piano Attuativo Regionale: integrazione alla DGR n. 600 del 13.3.2007”;
- DGRV del 12.3.2013, n. 320: “Il governo delle Liste di Attesa nelle Aziende Sanitarie della Regione del Veneto”;
- Legge Regionale del 30.12.2016, n. 30: “Collegato alla Legge di Stabilità Regionale 2017”;
- Legge Regionale del 21.12.2018, n. 48: “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”;
- DGR del 28.12.2018, n. 2022: “Aggiornamento del sistema dei controlli dell'attività sanitaria nella Regione Veneto”;
- Circolare Regionale del 23.3.2018, n. 3689;
- Circolare Regionale del 26.5.2017, n. 207093;
- Circolare Regionale del 30.3.2015, n. 134186;
- Circolare Regionale del 28.7.2015, n. 308882;
- Circolare Regionale del 26.9.2014, n. 403775.

Nell'ottica di efficientamento del sistema, è opportuno sensibilizzare l'utenza sulla necessaria tempestività di primo contatto con le Aziende Sanitarie al fine di prenotare le prestazioni prescritte salvaguardando la priorità ivi indicata. Ciò premesso la Regione del Veneto, con successivi provvedimenti, definirà un periodo di validità dell'impegnativa sulla base della classe di priorità e della tipologia di prestazione.



08164aef



Per le prestazioni con classe di priorità B, oltre ad avere biffata la classe, deve essere indicata da parte del medico prescrittore anche la dizione “entro 10 giorni”, il CUP non prenderà in considerazione la priorità nel caso la ricetta manchi di una delle due indicazioni.

Per quanto riguarda le visite di controllo il medico prescrittore dovrà indicare sulla ricetta un tempo massimo di erogazione il cui rispetto diverrà oggetto di controllo.

7. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP.

A livello regionale la DGR del 12 novembre 2004, n. 3535 impegnava le Aziende Sanitarie a perfezionare il sistema di prenotazione, realizzando un Centro Unico di Prenotazione (CUP) Aziendale unificato, e prevedeva l'informatizzazione delle agende cartacee con l'inserimento di tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate, nella prospettiva del successivo coordinamento delle liste a livello interaziendale.

Con DGR del 16 settembre 2008, n. 2604, e DGR del 21 ottobre 2008, n. 3097, si era conferito mandato alla struttura regionale competente di individuare le modalità tecniche/informatiche di inserimento e integrazione degli erogatori privati ed equiparati nei sistemi CUP, con applicazione del principio di risoluzione del contratto in caso di mancata adesione, come previsto altresì dalla DGR del 28 agosto 2012 n. 1765.

I principi generali di cui alla normativa regionale richiamata sono stati ribaditi dalle leggi regionali 19/2016, 30/2016 e 48/2018.

8. Attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette e in caso di mancato ritiro dei referti.

Il principio di agevolazione dell'utenza in caso di necessità di disdetta trova applicazione nell'ambito della messa in atto del servizio di prenotazione centralizza CUP.

Sono stati altresì implementati servizi telematici che permettono all'assistito di cancellare la prenotazione H24.

In materia di mancata disdetta e mancato ritiro dei referti, già con DGRV n. 320/2013 - Allegato A - le Aziende obbligatoriamente hanno previsto un percorso di recupero della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, da applicare anche agli esenti. Tale disposizione è stata ulteriormente ribadita nella L.R. n. 30/2016 all'art.38 comma 12 che recita: “l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria.”

9. Visibilità delle agende di prenotazione.

La gestione unitaria ed omogenea su tutto il territorio regionale delle agende di prenotazione è in fase di realizzazione. Allo stato attuale la visibilità delle agende di prenotazione è fruibile a livello Aziendale o in alcuni casi a livello distrettuale. Sono stati delegati ad Azienda Zero gli adempimenti necessari per rendere operativo tale sistema a livello regionale entro il 2021, con l'obiettivo di rendere maggiormente flessibile l'accesso da parte degli utenti alla prenotazione della prestazione prescritta. L'applicazione di tali principi sarà estesa anche a livello ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria).

10. RAO.

La Regione del Veneto non ha adottato il sistema RAO proposto nel PNGLA, come previsto dalla DGR 24 aprile 2019, n. 479.

11. Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche.



08164aef



La Regione del Veneto, con la delibera del 14 dicembre 2010 n. 3140, ha definito in maniera puntuale volumi e costi sia per l'attività specialistica ambulatoriale che per l'attività di ricovero per acuti. Il fabbisogno calcolato con la delibera succitata è l'attuale fondamento del governo tra offerta e domanda dei fabbisogni di prestazioni specialistiche.

12. Governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente.

La mancata disdetta della prestazione prenotata dall'utente è regolata dalla L.R. 30/2016 che all'art. 38, punto 12 così recita: *“l'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione delle prestazioni, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria”*. Pertanto il dettato succitato trova soddisfazione a quanto indicato al punto 12 del PNGLA che dice: *“l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali e provinciali”*

13. Realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad un'evoluzione del principio della “presa in carico” del paziente cronico, introdotto ed elaborato con DGR n. 320/2013. In particolare la L.R. 48/2018, al punto 6 del suo Allegato, prevede di potenziare il ruolo del Distretto come gestore della cronicità. La presa in carico della cronicità varia in base all'intensità di cura e assistenza e si distingue in:

- *cronicità semplice*, che viene propriamente presa in carico dai team multiprofessionali di assistenza primaria;
- *cronicità complessa ed avanzata*, che richiede l'intervento di ulteriori team multiprofessionali specialistici dedicati.

Posto che la persona ha diritto di godere il migliore stato di salute possibile e di accedere a cure sanitarie dedicate ed appropriate ai suoi bisogni in tutte le fasi della vita, per i pazienti che presentano uno stato di cronicità semplice o complessa ed avanzata, il PSSR prevede dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) dedicati. In particolare il PSSR prevede la rete oncologica e oncologica pediatrica e la rete per le emergenze cardiologiche.

La necessità di ricomporre l'offerta dei servizi intorno alla persona rende infatti necessario sviluppare le reti cliniche in modo da garantire per ciascun bacino di riferimento la possibilità di erogare i servizi in modo flessibile e con maggior grado di personalizzazione, avvantaggiandosi rapidamente nelle innovazioni cliniche tecniche e tecnologiche e consentendo di prevedere percorsi per pazienti complessi.

Tale principio trova ulteriore applicazione nel perfezionamento della presa in carico per le visite di controllo cardiologica, reumatologica, urologica e oncologica con la DGR 8 marzo 2019, n. 248: *“Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le aziende ed istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2019”*.

14. Definizione e applicazione di “percorsi di tutela”.

Il percorso di tutela così come descritto nel PNGLA è superato dal sistema di condivisione del CUP tra pubblico e privato a livello del territorio aziendale.

La normativa regionale prevede la gestione delle agende con l'adozione di un sistema di recall, pre-appuntamento, con recupero degli eventuali spazi residui disponibili.

Pertanto la gestione delle agende dev'essere flessibile, pur garantendo il monitoraggio tempestivo delle variazioni del rapporto domanda-offerta.

15. e 16. Acquisto ed erogazione prestazioni aggiuntive in regime libero professionale.

Il PNGLA prevede che le Aziende Sanitarie possano ridurre i tempi di attesa anche attraverso l'eventuale acquisto ed erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime di libera professione. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive deve essere un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata



08164aef



prioritariamente per le prestazioni che risultano critiche per i tempi di attesa. Le Aziende Sanitarie, sempre al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, possono concordare con le équipe, ai sensi dell'articolo 55 comma 2 lettera d del CCNL 8 giugno 2000, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine.

L'erogazione di prestazioni aggiuntive in regime di libera professione può essere sostenuta economicamente dalle Aziende, riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione alla spesa sanitaria.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

IL PNGLA prevede che in caso di superamento tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione sia possibile il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Già la DGR 320/2013 valutava l'attività istituzionale in rapporto all'attività in libera professione, prevedendo l'eventuale meccanismo del blocco dell'attività libero professionale. La legge regionale 30/2016 all'articolo 38 comma 15, riprendendo quanto indicato nella DGR 320/2013, prevede che il volume di prestazioni ambulatoriali erogate dal professionista in regime di libera professione non può essere superiore al volume di prestazioni erogate in regime istituzionale.

La legge regionale 48/2018 (PSSR) richiama quanto succitato nell'articolo 38 e aggiunge: "Ciascuna Azienda in caso di superamento del rapporto tra attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate, anche con riferimento al rapporto individuale ... (volume prestazioni libera professione verso attività istituzionale) ... e di sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati ..." attua il blocco immediato dell'attività libero professionale. Altre azioni possono essere previste, ivi compresa la sospensione del diritto all'esercizio della libera professione a seguito di accertamento, da parte degli Organismi preposti, di violazioni delle disposizioni delle normative contrattuali.

17. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela".

L'Organismo Paritetico Regionale è stato attivato con DGR di istituzione del 18 agosto 2015, n. 1091, in ottemperanza a quanto stabilito dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3.

I componenti sono stati sostituiti per decadenza dei termini dal Direttore Generale di Area con proprio Decreto Dirigenziale del 9 ottobre 2018, n. 121.

18. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, si confermano i seguenti monitoraggi:

- a. monitoraggio ex ante e monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b. monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- c. monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- d. monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- e. monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria - ALPI - (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas, secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- f. monitoraggio della presenza sui siti web di Regione e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- g. monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.



08164aef



I monitoraggi sopra elencati sono effettuati in conformità con quanto previsto nell'Allegato B del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 "*Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggi dei tempi di attesa*" e nelle altre normative nazionali in materia.

19. *Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza.*

Tale principio verrà soddisfatto con gestione unitaria ed omogenea su tutto il territorio regionale, tramite l'espletamento da parte di Azienda Zero dell'attivazione del sistema informatico che sarà a regime entro il 2021, con l'applicazione della maggiore tutela al diritto alla trasparenza in base a quanto previsto dal PNGLA. Attualmente sul portale di ogni Azienda e sul portale regionale è possibile prendere visione dei tempi di attesa.

20. *Sviluppo sistema CUP on-line.*

La Regione del Veneto ha iniziato un'attività congiunta di tipo organizzativo e gestionale con tutte le Aziende Sanitarie e ha posto in essere azioni di innovazione in ambito di Sanità Digitale, al fine di uniformare e rendere omogenee le applicazioni già presenti a livello provinciale. Tale operazione ha permesso di attuare ulteriormente i principi di trasparenza, di accessibilità alle prenotazioni e all'attività di consultazione, demandando, su base della L.R. 19/2016, ad Azienda Zero l'avvio di tutte le azioni necessarie ai fini della copertura a regime entro il 2021.

21. *Favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le Farmacie di comunità.*

Con DGR 14 maggio 2019, n. 629 la Regione del Veneto ha attivato il servizio di prenotazione/ritiro referti presso le farmacie pubbliche e private convenzionate (Farmacup).

Tale servizio permette all'utente:

- prenotazione di tutte le prestazioni specialistiche rientranti nei LEA;
- ritiro dei referti su richiesta del paziente salvaguardando la privacy, con esclusione dei supporti magnetici come CD per gli esami di diagnostica per immagini;
- erogazione del servizio da parte di tutte le farmacie presenti sul territorio.

22. e 23. *Vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e di specialistica ambulatoriale e di ricovero, nonché sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e relative sanzioni amministrative come da art. 1, comma 282 e 284 della legge n. 266/2005.*

Il principio di cui all'oggetto è stato ulteriormente ribadito nei successivi atti giuntali n. 600/2007, n. 863/2011, n. 320/2013 e per ultima la L.R. 30/2016.

La vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni spetta ad Azienda Zero che, una volta rilevata l'anomalia, ne dà comunicazione all'Area Sanità e Sociale della Regione, quale ente titolare della potestà sanzionatoria. Infatti, la L. 266/2005 all'art. 1 comma 284 recita: "*Ai soggetti responsabili delle violazioni al divieto di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6.000 euro. Ai soggetti responsabili delle violazioni all'obbligo di cui all'articolo 3, comma 8, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 5.000 euro ad un massimo di 20.000 euro. Spetta alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano l'applicazione delle sanzioni di cui al presente comma, secondo i criteri fissati dalla Commissione prevista dal comma 283*".

24. *Rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali.*

La L.R. 19/2016 art. 28 comma 3 dispone che "*L'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa è inserito nella programmazione annuale e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali*".



08164aef



Il D.Lgs. n. 171/2016 art. 2 comma 2 prevede che le Regioni all'atto della nomina di ciascun Direttore Generale, definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei Direttori stessi. La L.R. 56/1994 all'art. 13, comma 8 quinquies, prevede che i Direttori Generali siano soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale e in relazione all'Azienda/Istituto specificamente gestito.

La DGR 2050/2015 prevede la gestione del contratto sottoscritto tra ogni Direttore Generale e la Regione del Veneto e delle relative cause di decadenza dall'incarico, compresa quella del non rispetto degli obiettivi.

Con DGR 8 marzo 2019, n. 248, sono state individuate le aree funzionali e i relativi obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2019 con i relativi pesi, assegnati ai Direttori Generali delle Aziende e Istituti del SSR, distribuite nelle seguenti aree funzionali:

- Prevenzione (solamente per le Aziende ULSS);
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera;
- Processi di supporto.

In particolare nell'area funzionale 'Assistenza ospedaliera' è presente l'obiettivo O.T.2 "Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per gli interventi chirurgici", mentre nell'area funzionale 'Assistenza distrettuale' è presente l'obiettivo D.E.1 'Rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale'.

Si ritiene di incaricare il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale a dettagliare e, qualora opportuno, aggiornare in corso d'anno, con propri atti, l'insieme degli aspetti tecnici per la verifica degli indicatori nelle Aziende e Istituti del SSR.

25. Il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali.

La DGR 320/2013 prevedeva l'istituzione di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, previsto anche dalla legge regionale 30/2016 e riaffermato dalla legge regionale 48/2018. La composizione di tale tavolo rimane quella stabilita dalla legge regionale 30/2016, come di seguito specificato:

- Direttore sanitario che presiede il tavolo;
- Direttore medico responsabile della funzione ospedaliera;
- Direttore del distretto;
- CUP Manager;
- Rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati;
- Rappresentanti degli erogatori privati;
- Rappresentanti delle associazioni degli utenti.

I componenti del tavolo di monitoraggio sono nominati dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS.

Al fine di monitorare i programmi attuativi aziendali si propone che il Direttore Generale trasmetta gli esiti dell'attività del tavolo di monitoraggio almeno ogni tre mesi all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

26. Trasmissione del Piano Regionale.

Si incarica l'Area sanità e Sociale di inviare il presente piano (PRGLA) alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute entro 30 giorni dalla sua adozione, nonché di pubblicarlo sul portale della Regione del Veneto.



08164aef



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Rep. Atti n. *28 / CSR del 21 febbraio 2019*

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

Nella odierna seduta del 21 Febbraio 2019.

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 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale prevede la verifica del Ministero della Salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

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;

VISTA l'intesa 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 2006-2008, di cui all'art. 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 marzo 2006, Rep. Atti n. 25;

VISTA l'intesa 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'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 28 ottobre 2019 rep. atti n. 189;

VISTA l'Intesa tra il Governo, la Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul recepimento del documento tecnico riguardante la disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento, di cui all'articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, sancita nella seduta del 20 dicembre 2012, Rep. Atti n. 259;

VISTO il DPCM del 12 gennaio 2017" definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza , di cui all'art.1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502;

VISTA la nota in data 28 novembre 2018 con la quale il Ministero della Salute ha trasmesso il provvedimento indicato in epigrafe, diramato dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza in data 3 dicembre 2018;

VISTI gli esiti delle riunioni tecniche tenutesi il 9 gennaio e il 19 febbraio che hanno condotto ad una riformulazione di alcune parti del documento, in accoglimento delle richieste delle Regioni;



ae72fbce





Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

VISTA la nota del 21 febbraio 2019 con il quale il Ministero della Salute ha inviato la versione definitiva del provvedimento indicato in oggetto, contestualmente diramata dall' Ufficio di Segreteria di questa Conferenza;

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

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 (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 che 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 27 dicembre 2002, n. 289 il quale 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, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa;

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;

l'articolo 1, comma 282 della suddetta Legge 23 dicembre 2005 n. 266, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa, a garanzia della tutela della salute dei cittadini, stabilisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni e Province Autonome 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;

il comma 5, dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla 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

AP



ae72fbce



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

2008, che disciplinano la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e), della Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

l'intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010, rep. atti n. CSR/52 che definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP; il D.M. 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;

il decreto 2 novembre 2011 del Ragioniere Generale dello Stato del Ministero dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Capo del Dipartimento della qualità del Ministero della Salute, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 12 novembre 2011, n. 264, recante norme in materia di "Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010";

SANCISCE INTESA

ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul documento recante "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il periodo 2019-2021 (Allegato A); sulle Linee Guida relative alle modalità di Trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B); sul Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione dei RAO (Allegato C) ferma restando la possibilità da parte delle Regioni e Province autonome di adottare diversi modelli di governo clinico; sul Glossario in materia di Liste di Attesa (Allegato D)", parte integrante del presente atto e nella versione diramata in data 21 febbraio 2019.

IL SEGRETARIO
Cons. Eugenio Gallozzi



IL PRESIDENTE
Sen. Erika Stefani



ae72fbce



All A

ALLEGATO A

**PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA
PER IL TRIENNIO 2019-2021****1. INTRODUZIONE**

Questa edizione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra 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 delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, nelle varie realtà regionali, potrà comportare un miglioramento della gestione dei tempi di attesa, in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.



Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.

Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata di cui al D.M. 2 novembre 2011;
- gli orientamenti delineati in materia di Piano Nazionale Anticorruzione vigente;
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012, e quelli 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 rispetto alle Linee Guida Nazionali - sistema CUP e successive integrazioni.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle Classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Per la piena attuazione del PNGLA verrà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, entro 120 giorni dalla stipula della presente Intesa, l'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio, oltre ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.



L'Osservatorio fornirà periodicamente elementi informativi, dati ed indicatori per il Nuovo Sistema di Garanzia dell'assistenza sanitaria di cui al Decreto Legislativo n. 56/2000.



Il presente Piano:

A. prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

B. individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi elencati al successivo punto I (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

C. ribadisce che, in caso di mancata esplicitazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome dei tempi massimi di attesa delle sopra citate prestazioni, nelle Regioni e Province Autonome interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano.

D. conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA (secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida da elaborare all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa), a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento; prevede, altresì, di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità.

E. conferma l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.

L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per



pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*) - Allegato D, Glossario.

Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.

A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).

Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.

La mancata indicazione della tipologia di accesso e della biffatura della Classe di priorità avrà ripercussioni sulla valutazione del Monitoraggio *ex post*.

Inoltre, ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta.

F. prevede che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

G. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Suggestisce che gli Accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i MMG e PLS e con gli specialisti richiamino l'opportunità di attenersi a quanto previsto dal PNGLA per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo o accesso successivo; introduce sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con



l'obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un *benchmark* interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi.

H. prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali.

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

I. individua i seguenti Monitoraggi:

Le azioni di monitoraggio elencate di seguito si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

L. prevede la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.



M. promuove, come strumento di governo della domanda, il modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO” per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, differenti modelli di governo clinico. Il modello RAO: *i)* prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; *ii)* indica i criteri clinici per l’accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale “Procedura gestionale per l’applicazione del modello RAO” già condiviso dalle Regioni in una prima fase sperimentale- Allegato C, e successivi aggiornamenti.

N. considera, tra gli strumenti di governo dell’offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, l’attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l’erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate.

O. considera fondamentale per la programmazione dell’offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale.

P. promuove l’identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all’Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*.

Q. prevede altresì l’attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti “percorsi di tutela”).

R. rappresenta il riferimento per la definizione di indicatori e criteri di valutazione utilizzabili dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui di cui all’articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per le proprie finalità di monitoraggio dell’assistenza sanitaria in tutte le Regioni e Province Autonome, anche ai fini della verifica degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PNGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.



2. LINEE DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA NEI PIANI REGIONALI

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) che deve riportare chiaramente e garantire:

1. i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
2. la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L).
3. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.
4. l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).
5. i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.
6. le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
 - i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
 - ii. presenza del Quesito diagnostico;



- iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.
7. la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.
 8. l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.
 9. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (*ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione*).
 10. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare differenti modelli di governo clinico.
 11. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.



12. il governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell’art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: “L’utente che non si presenti ovvero non preannunci l’impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”, e comunque si ritiene possibile l’adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali
13. la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.
14. la definizione e l’applicazione di “percorsi di tutela” ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
15. l’eventuale acquisto e l’erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall’Azienda, riservando al cittadino solo l’eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, ai sensi dell’art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell’area della dirigenza medica, veterinaria e dell’area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L’acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un’integrazione dell’attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all’interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell’orario di lavoro istituzionale. Nell’espletamento dell’attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.
16. in caso di superamento del rapporto tra l’attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell’attività libero professionale, fatta salva l’esecuzione delle prestazioni già prenotate.
17. l’attivazione dell’Organismo paritetico regionale, all’interno delle attività di verifica dello svolgimento dell’attività libero professionale, di cui all’Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell’ambito dei lavori del Comitato LEA.
18. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d’attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e



- rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).
19. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.
 20. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
 - i. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
 - ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
 - iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
 - iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
 - v. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
 21. favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.
 22. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
 23. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.
 24. il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.
 25. il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.
 26. la trasmissione del Piano Regionale, **entro 30 giorni** dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.



Nella fase di messa a punto e monitoraggio dei PRGLA è necessario il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti 3.1, 3.2 e 3.3. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.

Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.

Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

3.1. Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;



- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni^(*).

^(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle 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; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4



Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor Doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in	45.42	45.42



Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	corso di endoscopia sede unica		
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41 89.43	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F



3.2. Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati 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 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

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

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).



Nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa di cui all'Introduzione sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	



PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾	53.0x- 53.1x	

⁽¹⁾ Le Regioni e Province Autonome che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting assistenziale.



3.3. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.

Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi interrogabili, presenti in ciascuna Regione e per cui è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.



4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, 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 compartecipazione alla spesa sanitaria.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

- per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 ad almeno il 90% dei pazienti;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);



- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

5.1. Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

5.2. Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, 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 uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorché una ridotta disponibilità 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" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- 1) Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- 2) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;



- 3) Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- 4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- 5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 6) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- 7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

6.1. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post*

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post* viene effettuato attraverso il flusso informativo *ex articolo 50* della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B). Successivamente (dal 2020) sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

- Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.
- Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.



- **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
- **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- **Garanzia dei tempi massimi:** indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.
- **Codice struttura che ha evaso la prestazione:** indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Ai fini del presente Monitoraggio, si segnalano le seguenti variazioni alle specifiche tecniche per la compilazione del flusso della specialistica ambulatoriale ex art. 50 del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003 n. 326:

- la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano;
- la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano.

Le sopra riportate variazioni saranno operative a partire dal 01/06/2019.

I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, per le ricette dematerializzate, mentre per le ricette in formato cartaceo saranno di tipo non vincolante. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la



prestazione con biffatura della Classe di priorità; tale semplificazione è resa possibile anche dalla nuova categorizzazione della Classe P.

Per garantire il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, Regioni e Province Autonome devono prevedere che il Piano attuativo aziendale individui gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

6.2. Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

Si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.

Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.

Le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

6.3. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le 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.

Inoltre, il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, recante "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380", ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità. Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla Classe di priorità A. Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Regioni e le Province Autonome si adottano di un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.

Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (cfr. Allegato B). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.



I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	



6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

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 purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le Regioni e le Province Autonome impartiscono indirizzi alle Aziende per gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

6.4.1. Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.

Quindi, le Regioni e Province Autonome prevedono un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

6.5. Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

6.6. Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.

Agenas, su indicazioni dell'*Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di*



controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa. Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale

6.7. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.

Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.

Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO".

Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

RP





Ministero della Salute

ALL. B



Allegato B

**Piano Nazionale di
Governare delle
Liste di Attesa
(PNGLA 2019-
2021)**

**Linee guida sulle modalità di
trasmissione e rilevazione dei flussi
per i monitoraggi dei tempi di attesa**

Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per ricoveri programmati.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.



ae72fbce



controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.

Agendas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale

6.7. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.

Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.

Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO".

Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.



Allegato B**PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA PNGLA 2019-2021****Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i
Monitoraggio dei tempi di attesa****1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali*****Ambito del Monitoraggio***

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio.

I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. L'elenco sarà progressivamente incrementato.

Il Ministero della Salute rende disponibile all'interno del Cruscotto NSIS – Indicatori LEA, una sezione dedicata al Monitoraggio dei Tempi di attesa. Nella predetta sezione potranno essere consultati i report relativi alla qualità delle informazioni utili al Monitoraggio dei Tempi di attesa. Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno le Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di Monitoraggio.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/03 per il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del Monitoraggio stesso.

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

Data di prenotazione: data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione ed effettua la prenotazione.

Data di erogazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmata (con tempistica: 120gg)^(*)

^(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni



La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.

Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate nella singola ricetta.

Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, coerente con la codifica utilizzata nel modello STS.11. Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Garanzia dei tempi massimi: indica le situazioni per le quali il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

In riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA vigente, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.



2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali***Ambito del monitoraggio***

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali.

Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sotto indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato di seguito, da compilarsi per ciascun erogatore, e da trasmettersi unitamente ad un file di riepilogo regionale. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice, e trasmesse al Ministero della Salute.

Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:

una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNGLA 2019-2021 (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione. Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio ex ante sono:

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Periodo di riferimento		Inserire un progressivo (1,2,3,4) relativo al trimestre di riferimento

DETTAGLIO

HP

4



ae72fbce



Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021
Codice Branca	Codice Branca	Indica la branca corrispondente alla prestazione
Codice Disciplina	Codice Disciplina	
Numero prenotazioni con Classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con Classe di priorità B, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità B per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con Classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, quella quota di prenotazioni con Classe di priorità D, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità D per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con Classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.
% di garanzia (% di rispetto del tempo massimo di attesa)	Esprime il rapporto tra il numero, delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni Classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni per ogni Classe e per ogni prestazione, determinandone	Indica il rapporto tra, il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi di ogni Classe di priorità per singola prestazione ed il numero di prenotazioni che devono essere garantite per ogni singola Classe di



ae72fbce



	quindi la % di garanzia		priorità e per ogni prestazione
--	-------------------------	--	---------------------------------

Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
ASL	<i>Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase1)</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	<i>Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)</i>

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prestazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

[Handwritten signature]



2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati**Ambito della rilevazione**

Il Monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: **“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ssmii.”**

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità “A” entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile. Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 (gg)		
	I quartile	II quartile	III quartile
1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA	67,0	74,5	86,1
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA	43,9	50,8	58,8
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON	81,6	86,7	91,5
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO	64,7	77,8	83,3
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO	76,8	83,5	87,2
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA	80,2	89,1	92,9
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE	65,0	68,1	76,6
8 - BYPASS AORTOCORONARICO	79,7	84,9	91,8
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	54,9	61,0	70,1
11 - Intervento PROTESI d'ANCA	54,7	66,7	74,5
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE	70,4	78,4	89,3
13 - Colectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14 - Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15 - Biopsia cutanea del fegato	92,5	94,0	95,5
16 - Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17 - Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1



ae72fbce



Note per il calcolo:1. *Criteria di eleggibilità*

Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche elencate nella tabella di seguito.

2. *Criteria di esclusione*

- Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.



PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Fonte dati: Flusso informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)



9



ae72fbce



I campi del tracciato SDO necessari per il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Codice istituto di cura: indica il codice della struttura dalla quale è dimesso il paziente (compresi gli stabilimenti).

2. Regime di ricovero: il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.

Valori ammessi:

1 = Ricovero ordinario

2 = Ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)



4. Data di prenotazione: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

5. Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nel DM 8/7/2010 n.135. Valori ammessi:

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

6. Data di ricovero: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

7. Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri in urgenza e dai trattamenti sanitari obbligatori. I valori ammessi per il campo sono i seguenti:

- 1 = ricovero programmato, non urgente;
- 2 = ricovero urgente;
- 3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
- 4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;
- 5 = parto non urgente

N.B. Saranno sottoposti a monitoraggio solo i casi con il campo Tipo di ricovero valorizzato =1 (ricovero programmato non urgente) o = 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione). Sono esclusi dal Monitoraggio i casi con il campo valorizzato = 2 (ricovero urgente) o = 3 (ricovero TSO) o = 5 (parto non urgente).

8. Intervento Principale e Interventi Secondari: indicano gli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche principali e secondarie effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i.. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico-terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2018-20 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In alcuni casi, puntualmente specificati nella tabella 1, il codice dell'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica dovrà essere associato a specifico codice di diagnosi che, qualora non altrimenti specificato, dovrà essere ricercato in tutti i campi dedicati alla codifica delle diagnosi.

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicati nella tabella 1.



Modalità e tempi di trasmissione
Trimestrali

19/8



4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione**Ambito del Monitoraggio**

La rilevazione afferisce alla sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole.

In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il Monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 (che saranno progressivamente revisionate) erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del Monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7 giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari



Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1	

Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" sotto riportato. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Si ritiene utile la verifica della messa in atto delle indicazioni da parte delle regioni e province autonome per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni.

Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>			
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>			
Semestre di riferimento				
Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



ALLEGATO D

GLOSSARIO IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA

Agenda chiusa: Agenda di prenotazione temporaneamente (o periodicamente) chiusa, ovvero in ogni caso non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

Agenda di prenotazione: strumento informatizzato o cartaceo utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e dei ricoveri ospedalieri programmati. Tale registro è soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene alle Agende di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio l'utilizzo delle Agende nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

Attività libero-professionale intramuraria (ALPI) (Rif. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27-3-2000): per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende:

- l'attività che detto personale, individualmente o in équipe, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di day-hospital, di day-surgery e di ricovero, sia nelle Strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe in strutture di altra Azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata;
- la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'Azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'Azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati;
- le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le équipe interessate.

Attività libero-professionale intramuraria "allargata": Attività libero-professionale intramuraria "allargata": "l'attività svolta, previa autorizzazione, presso gli studi professionali



collegati in rete, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramuraria ed in particolare dell'articolo 1, commi 4 e 4 bis.

Azienda sanitaria: il significato può variare nelle diverse norme e flussi informativi. Nel PNGLA indica il soggetto giuridico di diritto pubblico erogatore o garante delle prestazioni. Ai fini della rilevazione dell'ALPI si intendono le Aziende sanitarie locali - le quali ricevono e sintetizzano i dati di base rilevati presso le proprie strutture nonché presso tutti gli erogatori privati accreditati presenti nel territorio dell'Azienda stessa - e le altre Aziende sanitarie pubbliche (Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere universitarie, IRCSS di diritto pubblico, Policlinici universitari a gestione diretta).

Classe di priorità: un sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Per le prestazioni ambulatoriali sono previste le seguenti specifiche.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore);

B= entro 10 gg;

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali);

P= entro 120 gg. La classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 gg.

Per le prestazioni di ricovero sono previste le seguenti specifiche.

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

CUP (Centro unificato di Prenotazione): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative



informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Day Service Ambulatoriale (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Data assegnata per l'erogazione della prestazione specialistica ambulatoriale: è la data che viene assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale oggetto della prenotazione. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data prevista di inizio dell'erogazione.

Data di contatto/prenotazione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità di accesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico di medicina generale che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e la data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista. Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Data di dimissione: corrisponde alla giornata della dimissione, definita secondo le modalità previste per la compilazione della SDO.

Data di erogazione: è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Data di Prenotazione del ricovero: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere



utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Data di prescrizione di prestazione specialistica ambulatoriale: è la data di compilazione da parte del prescrittore della richiesta (prescrizione SSN) di prestazioni ambulatoriali.

Data di prima disponibilità di erogazione: è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.

Data di refertazione: è la data in cui la struttura erogatrice rilascia il referto. Va precisato che i momenti considerati possono essere diversi:

- data in cui lo specialista predispone il referto: lo specialista può refertare subito dopo l'esecuzione della prestazione, oppure dopo alcuni giorni;
- data in cui il servizio rende disponibile il referto alla struttura: è influenzato dal momento della stampa del testo, del controllo e della firma da parte dello specialista, dal tempo impiegato per l'invio ai punti di raccolta e distribuzione dei referti;
- data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato;
- data di ritiro del referto da parte dell'utente, che è una variabile non dipendente dalla struttura per il periodo che intercorre dalla data in cui il referto è effettivamente disponibile a quella del ritiro.

La tipologia e la quantità di date presenti e utilizzabili dipende, anche in questo caso, dai modelli organizzativi e dai sistemi informativi presenti. Considerate le difficoltà inerenti a tale misurazione, dovrebbero però essere disponibili a sistema almeno la data di compilazione del referto da parte dello specialista, essendo questo dato parte intrinseca codificata dell'atto medico, e quindi formalmente garantita in modo più affidabile, e la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.

Data del ricovero: la data effettiva del ricovero è quella riportata nella SDO. Se diversa dalla data prevista, ciò dovrà essere sinteticamente motivato nell'eventuale campo dedicato nella agenda di prenotazione, dove andrà anche motivata la eventuale cancellazione (per risoluzione del problema, mancata presentazione, esigenze personali del paziente, variazione del quadro clinico, decesso ecc.).

Drop-out: mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

Erogatore: struttura sanitaria pubblica o privata accreditata che eroga la prestazione all'utente sia in regime istituzionale che in ALPI. Le tipologie delle strutture eroganti sono le seguenti: Aziende sanitarie locali, Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici Universitari a gestione diretta, IRCSS di diritto pubblico e strutture private accreditate.



Garanzia dei tempi massimi: indica la situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi, per classe di priorità, previsti per le prestazioni ambulatoriali oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Giorno (o periodo) indice: è il giorno (o l'arco temporale) in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o "ex-ante".

Modalità di prenotazione: in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc. In riferimento alla modalità di registrazione della prenotazione, è compresa sia quella informatizzata che quella su supporto cartaceo.

Modalità di rilevazione ex-ante: consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.

Modalità di rilevazione ex-post: l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione.

Numero di persone in attesa: è il numero di persone in attesa della prestazione (ambulatoriale o di ricovero), per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio, che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora una data nemmeno approssimativa.

Pre-ospedalizzazione: procedure per disporre gli accertamenti diagnostici e/o terapeutici preliminari al ricovero e atti a ridurre il periodo della successiva degenza (D.P.C.M. 19-5-1995).

Prestazione ambulatoriale: atto clinico-assistenziale, di natura diagnostica e/o terapeutica, erogato da professionisti/strutture nei riguardi di un paziente. Oggetto di rilevazione per i tempi di attesa sono alcune tipologie di visite specialistiche e prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazione in emergenza/urgenza clinica: per i ricoveri, sono considerati urgenti quelli definiti tali sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Per le prestazioni

RP



ambulatoriali, sono considerate tali le prestazioni che, per il peculiare quadro clinico, vengono solitamente erogate in tempi brevissimi attraverso canali preferenziali (Pronto Soccorso, spazi dedicati e non altrimenti disponibili nell'ambito dell'agenda, ecc.) e modalità di accesso differenti (direttamente alle strutture dell'emergenza/urgenza, ovvero attraverso richiesta su ricetta rossa del SSN). Con riferimento a quanto previsto dalla legge 120/2007, si definisce come urgente, indicata con il codice U nel campo 16 della ricetta, quella prestazione che, pur presentando caratteristiche di gravità clinica, può essere erogata in tempo differito ed in regime ambulatoriale, comunque entro le 72 ore dalla prescrizione del medico proponente.

Prestazione da garantire: prestazione, contenuta in un elenco nazionale e/o regionale, per la quale si prevede la garanzia dei tempi massimi di attesa (vedi "Garanzia dei tempi massimi").

Percorsi diagnostico-terapeutici: si intende una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni, ambulatoriali e/o di ricovero, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica patologia.

RAO (Raggruppamenti d'Attesa Omogenei): categorie di attesa per prestazioni specialistiche ambulatoriali, i cui contenuti clinici sono definiti in base ad accordi locali (regionali e aziendali) fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. L'utilizzo dei RAO prevede: (a) l'attribuzione delle priorità anche da parte degli specialisti eroganti le prestazioni; (b) l'analisi della concordanza, rispetto alle Classi di priorità assegnate ai singoli casi, tra medici proponenti e specialisti eroganti le prestazioni.

Ricovero programmato: per ricovero programmato si intende il ricovero in regime ordinario o in regime di Day-Hospital che, in relazione alle condizioni cliniche del paziente o ai trattamenti cui il paziente deve essere sottoposto, può essere programmato per un periodo successivo al momento in cui è stata rilevata l'indicazione al ricovero stesso da parte del Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta, direttamente o su condivisione di una indicazione specialistica, o dallo Specialista ospedaliero o da un medico di fiducia del paziente.

Scelta dell'utente: situazione nella quale l'utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto per quella prestazione ed eventualmente, per quello specifico codice di priorità.

SDO: Scheda di Dimissione Ospedaliera, istituita con il Decreto del Ministero della Sanità del 28 dicembre 1991, è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale.

Tempo di attesa per le prestazioni di ricovero programmato: tempo che intercorre tra la data di prenotazione della proposta di ricovero (formulata all'erogatore da parte del



MMG/PLS e avvallata dal Medico Specialista Ospedaliero, o formulata direttamente da questi), ed il giorno del ricovero (ordinario o in day hospital). Può essere prospettato (esplicitato a priori, con riferimento alla data prevista di ricovero) o effettivo (calcolato a posteriori, con riferimento alla data di effettivo ricovero). Questo tempo non va confuso con il tempo pre-operatorio, ovvero quello che intercorre tra il momento del ricovero e l'esecuzione della procedura/intervento, che non è oggetto del monitoraggio.

Tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali: il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il tempo di attesa, tuttavia, può essere calcolato ex ante, che indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, ovvero ex post, che indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

Tempo massimo di attesa: Rappresenta il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali.

Tipo di accesso:

Per le prestazioni ambulatoriali indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso.

0= altra tipologia di accesso.

Per le prestazioni di ricovero indica la tipologia del "regime di ricovero", che può essere ordinario o diurno.

Per tutti i ricoveri in regime ordinario, viene indicato il tipo di ricovero, per distinguere i ricoveri programmati dai ricoveri d'urgenza e dai ricoveri obbligatori (TSO) ai sensi degli articoli 33, 34, 35 e 64 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Il codice, ad un carattere, che definisce la modalità di accettazione è il seguente:

- 1. ricovero programmato, non urgente;*
- 2. ricovero urgente;*
- 3. ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);*
- 4. ricovero programmato con pre-ospedalizzazione (ai sensi dell'art. 1, comma 18, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662); in tali casi nella SDO possono essere riportate procedure eseguite in data precedente all'ammissione.*

Questa variabile non si compila per i neonati, limitatamente ai ricoveri corrispondenti alla nascita degli stessi. Se un paziente accede all'Istituto di cura dal Pronto Soccorso



(Provenienza del paziente 1. paziente che acceda all'istituto di cura senza proposta di ricovero formulata da un medico) il campo tipo di ricovero deve essere compilato con la voce 2 ricovero urgente.

Per i ricoveri in regime di day hospital il campo tipo di ricovero non è necessario in quanto, in questo caso, il ricovero è sempre programmato.

Volumi erogati: si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l'attività istituzionale e per l'ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l'insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l'attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di *screening* e quelle erogate presso le strutture private accreditate.

