

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 603 del 15/04/2019

Seduta Num. 15

Questo lunedì 15 **del mese di** aprile
dell' anno 2019 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Caselli Simona	Assessore
3) Corsini Andrea	Assessore
4) Costi Palma	Assessore
5) Donini Raffaele	Assessore
6) Gazzolo Paola	Assessore
7) Mezzetti Massimo	Assessore
8) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2019/508 del 25/03/2019

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (PRGLA) PER IL TRIENNIO 2019-2021.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Luca Barbieri

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, così come successivamente modificato e integrato, il quale:
all'art. 1, comma 2, individua fra i principi nel cui rispetto opera il Servizio Sanitario Nazionale quello di equità nell'accesso all'assistenza;
all'art. 14 sancisce la necessità di adottare misure che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere provvedano ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Sistema sanitario Nazionale;
all'art 8-quinquies, comma 2 punto C, prevede che gli accordi contrattuali indichino i requisiti organizzativi del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica ed organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale, e all'art. 15 quinquies fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;
- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;
- l'articolo 1, comma 282 della legge n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo che le Regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici, dandone informazione periodica al Ministero della salute;
- l'articolo 1, comma 283 della suddetta legge n. 266/2005, che ha previsto l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale, che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dalla stessa legge;

Considerato:

- che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;
- che l'anzidetta Intesa Stato-Regioni, all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n. 311, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato - del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9;

Vista l'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, con la quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;

Vista la Legge n. 120 del 3 agosto 2007, sulle disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria, nella quale si evidenzia la necessità di allineare i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

Vista l'Intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 a seguito della quale le regioni hanno adottato un Piano regionale attuativo;

Vista la Legge n. 135 del 7 agosto 2012 sulle disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini e in cui tra l'altro, si favorisce la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere;

Vista la Legge n. 189 dell'8 novembre 2012 di conversione del Decreto legge n. 158 del 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, con cui vengono definiti indirizzi per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria

(art. 2 Decreto n. 158/12) e per il riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie anche attraverso la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere;

Visto l'articolo 41, comma 6, del D.Lgs. del 14 marzo 2013, n. 33 "Trasparenza del servizio sanitario nazionale" che prevede l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private;

Vista l'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Patto per la salute per gli anni 2014-2016, di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, con particolare riferimento all'art. 5 "Assistenza territoriale" e all'art. 21 "Attività intramoenia";

Viste:

- la propria deliberazione n. 1532/2006 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa" con la quale si è provveduto a:

adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa;

stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria e l'eventuale IRCCS di riferimento, predispongano il proprio Programma attuativo aziendale da sottoporre al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della conferenza territoriale sociale e sanitaria;

- la propria deliberazione n. 73/2007 "Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. Integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06" con la quale si è provveduto a definire le linee guida "Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni", per disciplinare le procedure per dare risposta a situazioni di forza maggiore che possono comportare una sospensione nell'erogazione delle prestazioni;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n. 175 "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2 "Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;
- la propria deliberazione n. 1035/2009 "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/2006" con la quale sono state date disposizioni alle Aziende USL di integrare il programma attuativo aziendale, disponendo, al fine di ottimizzare il raggiungimento dei risultati attesi, lo

stanziamento di un finanziamento ad hoc, ed è stato dato il mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale con il compito di valutare le attività svolte dalle singole Aziende in tema di liste di attesa;

- la propria deliberazione n.748/2011 "Linee guida CUP" in recepimento delle Linee guida nazionali;
- la propria deliberazione n. 925/2011 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012" con la quale:
è stata recepita l'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010;
sono state date disposizioni alle Aziende USL per l'elaborazione e l'avvio di un Programma attuativo aziendale per il contenimento dei tempi di attesa sia per la parte di specialistica ambulatoriale che per la degenza;
sono stati approvati dal Tavolo tecnico regionale, e sostenuti economicamente, i Programmi attuativi aziendali di tutte le Aziende sanitarie;
- la propria deliberazione n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal D.L. n. 158 del 13/9/2012 a seguito della quale è stata effettuata la ricognizione straordinaria degli spazi disponibili per l'esercizio della libera professione intramoenia e del volume delle prestazioni erogate nell'ultimo biennio; e si è ribadita la necessità del monitoraggio dell'attività libero-professionale rispetto all'attività istituzionale in modo che il ricorso alla libera professione sia conseguenza della libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;
- la propria deliberazione n. 704/2013 "Definizione delle condizioni di erogabilità di alcune prestazioni di TC e RM" con la quale sono state definite analiticamente le condizioni di erogabilità delle TC osteoarticolari e delle RM muscoloscheletriche;
- la propria deliberazione n. 1621/2013, circolari applicative n. 158950 del 2/7/2013, 231682 del 10/6/2014 (e successive integrazioni) attraverso le quali sono state date indicazioni alle aziende sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di pubblicazione delle liste di attesa sia sul versante dell'attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale;
- la propria deliberazione n. 1735/2014 "Misure per l'attuazione della delibera di giunta regionale 24 febbraio 2014, n. 217, concernente linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l'anno 2014" in cui al paragrafo "Politiche di miglioramento dell'accessibilità alle cure specialistiche" sono state indicate le azioni prioritarie, che le Aziende sanitarie avrebbero dovuto attuare per migliorare

l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e contenere i tempi di attesa;

- la propria deliberazione n. 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" attraverso la quale sono stati dati alle aziende sanitarie 22 obiettivi specifici per attuare interventi per il contenimento delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- la legge regionale n. 2/2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" che all' art. 23 reca "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali", attraverso la quale, la Regione, a seguito degli ottimi risultati raggiunti in tema di riduzione dei tempi di attesa, per rendere ancora più efficienti le liste di prenotazione, ha lavorato sulla responsabilizzazione del cittadino affinché si riducessero le mancate presentazioni;
- la propria deliberazione n. 376/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016" con la quale sono state disciplinate le modalità operative per le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale al fine della corretta applicazione della legge regionale 2/2016,
- la propria deliberazione n. 2128/2016 'Case della salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti della medicina di iniziativa' che stabilisce che nelle Case della Salute viene garantita l'assistenza specialistica ambulatoriale, sia come risposta ad un bisogno episodico, occasionale (es. inquadramento diagnostico, indicazione di trattamento), sia nell'ambito di percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, con ciò rappresentando una opportunità per offrire percorsi semplificati di accesso alla assistenza specialistica
- la propria deliberazione n. 272/2017 "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna", che ha disposto che ciascuna Azienda Sanitaria realizzasse specifici interventi per il monitoraggio e la riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri chirurgici programmati;

Considerato che:

- il programma di mandato della Giunta (X Legislatura) è stato caratterizzato da un forte impegno per l'abbattimento dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero e che a tal fine sono state fornite precise indicazioni alle direzioni generali e obiettivi specifici alle aziende sanitarie;

- a pochi mesi dall'insediamento della nuova Giunta, a luglio 2015, è stato approvato il piano strategico regionale "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" (DGR 1056/15) di cui sopra;
- tali azioni hanno riguardato una migliore capacità produttiva, aumento dell'offerta, percorsi di garanzia più efficienti in casi di particolare criticità (anche attraverso convenzioni con il privato accreditato), semplificazione delle agende (maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite), aumento degli orari di apertura degli ambulatori (anche nelle ore serali e la domenica), accesso diretto ai punti prelievo, assunzione di 150 nuovi giovani professionisti tra medici, infermieri e tecnici sanitari. In particolare, in ogni ambito territoriale (AUSL/AOSP/IRCSS):
 1. è stato identificato un Responsabile Unitario dell'accesso della specialistica ambulatoriale per il governo e la gestione delle liste di attesa;
 2. sono stati sviluppati e consolidati i percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica in particolare per la prenotazione dei controlli da parte della struttura (Unità Ospedaliera-Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino, nonché lo sviluppo dei percorsi di Day Service Ambulatoriale;
 3. sono stati potenziati i canali di prenotazione (sportello, numero verde per ogni ambito territoriale, CUP WEB, operatori sanitari, farmacie territoriali) per facilitare l'accesso al cittadino. Il sistema di prenotazione regionale on line CUPWEB (www.cupweb.it) presente anche sul Fascicolo sanitario elettronico (FSE) consente di verificare i tempi di attesa, prenotare, disdire o spostare appuntamenti per le prestazioni sanitarie che l'azienda ha messo a disposizione. Per potenziare ulteriormente questa modalità la Regione ha anche sviluppato una app (<http://www.apper.it>) che permette di accedere al sistema di prenotazione e di disdetta on line delle prestazioni specialistiche tramite tablet e/o smartphone;
 4. è stato monitorato continuamente il rapporto tra i volumi erogati in regime istituzionale e in regime di libera professione intramoenia: ogni Azienda, in caso di superamento del rapporto tra attività libera professione e istituzionale e di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione può attuare il blocco immediato dell'attività libero professionale;
 5. come sopra evidenziato sono stati sviluppati i sistemi per ridurre le mancate presentazioni. Per incentivare i cittadini a disdire tempestivamente le prenotazioni, dal mese di aprile 2016 per le mancate disdette con almeno 2 giorni lavorativi di anticipo viene applicato, a titolo di sanzione, il ticket previsto per le fasce di reddito più basse (al massimo per ricetta sanzione pari a 36,15 € e 46,15 €). Il

provvedimento riguarda tutti i cittadini, comprese le persone che hanno diritto all'esenzione (per esempio, per reddito, patologia o invalidità) (LR 2/2016 e DGR 377/2016). Tale disposizione ha una funzione di "responsabilizzazione verso i cittadini", ed è stata supportata da una efficace campagna di comunicazione.

La Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare ha inoltre istituito con Determina n. 11281 del 9/9/2015, un "Osservatorio Regionale per i tempi di attesa" con lo scopo di monitorare nelle diverse Aziende sanitarie le azioni inerenti al contenimento dei tempi di attesa; tale Osservatorio ha visto la partecipazione dei Direttori sanitari, dei Responsabili unitari dell'accesso e di collaboratori regionali.

Sono inoltre state responsabilizzate le Direzioni aziendali (ed in particolare quelle Sanitarie):

inserendo l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa nelle delibere di programmazione annuali e nelle delibere con gli obiettivi di mandato dei Direttori Generali;

vincolando prioritariamente il riconoscimento di incentivazioni economiche al raggiungimento dei risultati in tema di governo dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- al fine di rafforzare ulteriormente gli interventi sopra descritti:

la rilevazione dei tempi di attesa, inizialmente trimestrale, da settembre 2015 è stata disposta a cadenza settimanale: attraverso un cruscotto regionale, ogni settimana vengono rilevate dai CUP di tutti gli ambiti territoriali regionali, le prenotazioni effettuate e quelle garantite entro i tempi standard. I dati di performance sono pubblicati sul sito www.tdaer.it e sono consultabili on-line da tutti i cittadini. Il collegamento a tale portale è presente in ogni sito aziendale;

è stata realizzata una campagna informativa ("Insieme per una sanità più veloce") per far conoscere a tutti i cittadini le novità previste dal programma di riduzione dei tempi d'attesa e i risultati raggiunti.

- per quanto riguarda i percorsi inerenti ai tempi di attesa dei ricoveri programmati, in particolare è stato avviato un monitoraggio rispetto ai seguenti interventi:

Interventi chirurgici tumore Mammella
Interventi chirurgici tumore Prostata
Interventi chirurgici tumore colon retto
Interventi chirurgici tumori dell'utero
Interventi chirurgici tumore del Polmone

Intervento protesi d'anca
By pass aortocoronarico
Angioplastica Coronarica (PTCA)
Endoarteriectomia carotidea
Coronarografia
Tonsillectomia
Biopsia percutanea del fegato
Emorroidectomia
Riparazione di ernia inguinale

- con la collaborazione delle Aziende Sanitarie sono state definite le "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna", finalizzate alla predisposizione di regolamenti aziendali. Le azioni di attuazione della DGR 272/2017, oltre al perseguimento dell'ottimizzazione del sistema di raccolta dei dati di monitoraggio del percorso di accesso alle prestazioni di ricovero le azioni hanno riguardato in particolare:

l'identificazione per ciascuna azienda sanitaria di un Responsabile Unico per l'Accesso (RUA).

la comunicazione al paziente, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, equità e trasparenza

la gestione informatizzata del registro di prenotazione, attraverso lo sviluppo di strumenti che integrino le funzioni delle liste di attesa, del registro operatorio e ADT (Accettazione, Dimissione, Trasferimenti) ricoveri, e l'implementazione di sistemi di reportistica dinamica in grado di monitorare lo stato delle liste di attesa, consentendo di intervenire in maniera tempestiva in casi di criticità

lo sviluppo di un flusso regionale (SIGLA) finalizzato al monitoraggio prospettico delle liste di attesa; a tal fine è stato revisionato il nomenclatore delle prestazioni chirurgiche (diagnosi+intervento) gestibile dal flusso informativo

la produzione di indicazioni in merito all'ottimizzazione clinica ed organizzativa dei percorsi di pre ricovero

la definizione di sinergie di rete mediante accordi con altre strutture pubbliche o private accreditate che consentano di proporre al paziente una valida ed equivalente alternativa di ricovero all'interno della rete degli ospedali provinciali, qualora i tempi non possano essere rispettati;

Sottolineato come il complesso degli interventi già avviati a partire dal 2015 in tema di liste di attesa ambulatoriali e per ricoveri programmati abbiano già portato a conseguire gli obiettivi posti dal PNGLA di cui all'accordo Stato-Regioni del 21 Febbraio 2019;

Considerato che:

- il governo delle liste di attesa è un sistema complesso che va affrontato su numerosi fronti. È importante seguire tutti gli step e gli attori del percorso: dal momento della prescrizione (MMG/PLS/specialista), della corretta prenotazione (operatori CUP), della garanzia di accesso entro i tempi (Direzioni Aziende sanitarie) fino all'erogazione della prestazione (specialisti).
- per il triennio 2019-2021 l'obiettivo è mantenere gli ottimi risultati raggiunti e potenziare la prenotazione dei controlli (ravvicinati o a distanza) da parte dello specialista o della struttura che ha in carico il cittadino. Fondamentale a questo fine è il completamento dell'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione e prenotazione e il ritorno della refertazione elettronica al MMG/PLS, coerentemente con le indicazioni aziendali/regionali;

Vista la Legge 30 dicembre 2018, n. 145 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021", che, ai commi 510, 511, 512 recita "... per l'attivazione di interventi volti a ridurre, anche in osservanza delle indicazioni previste nel vigente Piano nazionale di governo delle liste di attesa, i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, secondo il principio dell'appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittiva, mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie, è autorizzata, la spesa di 150 milioni di euro per l'anno 2019 e di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021. E che tali risorse sono ripartite tra le regioni secondo modalità individuate con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge medesima;

Ritenuto di rimandare a successivo atto di questa Giunta l'approvazione degli interventi attuativi delle previsioni contenute nella L. 145/2018 indicate al paragrafo che precede, indirizzati alla riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie sia inerenti la specialistica sia i ricoveri programmati, sulla base della disciplina complessiva dettata da questa Amministrazione in materia e del presente provvedimento;

Vista **l'Intesa del 21 febbraio 2019** tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e 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 che:

A. prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei **tempi massimi di attesa** individuati nei loro Piani regionali 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 ...

C. ribadisce che, in caso di mancata esplicitazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome dei tempi massimi di attesa delle prestazioni di cui si tratta, 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.

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. Suggerisce 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.

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, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, 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;

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;

Richiamati:

- la L.R. n. 43/2001 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e successive modifiche;
- il D.Lgs. n. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e ss.mm.ii.;

Vista e richiamata la propria deliberazione n. 2344 del 21/12/2016 recante "Completamento della riorganizzazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare";

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007", e successive modifiche, per quanto applicabile;

Richiamate altresì le proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- n. 1059 del 3 luglio 2018 "Approvazione degli incarichi dirigenziali rinnovati e conferiti nell'ambito delle Direzioni generali, Agenzie e Istituti e nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), del Responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante (RASA) e del Responsabile della protezione dei dati (DPO)";
- n. 1123 del 16 luglio 2018 "Attuazione Regolamento (UE) 2016/679: definizione di competenze e responsabilità in materia di protezione dei dati personali. Abrogazione appendice 5 della delibera di giunta regionale n. 2416/2008 e ss.mm.ii.";
- n. 122 del 28 gennaio 2019 "Approvazione piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021", ed in particolare l'allegato D "Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2019-2021;

Richiamate infine le proprie deliberazioni n. 193/2015, n. 516/2015, n. 628/2015, n. 1026/2015, n. 56/2016, n. 106/2016, n. 270/2016, n. 622/2016, n. 702/2016, n. 1107/2016, n. 2123/2016, n. 2344/2016, n. 3/2017, n. 161/2017 e n. 578/2017, relative alla riorganizzazione dell'Ente Regione e alle competenze dirigenziali;

Dato atto che il responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore Politiche per la Salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

per le motivazioni esposte in premessa che qui si intendono integralmente richiamate:

1. **di recepire l'Intesa Stato-regioni del 21 febbraio 2019**, i cui contenuti si trovano analiticamente esposti in premessa, **Allegato 1**, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di adottare il Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all' **Allegato 2**, anch'esso parte integrante e sostanziale del presente atto, stabilendo la data **dal 23 aprile 2019** per la sua entrata in vigore;
3. di disporre che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliera-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, adottino, **entro 60 giorni** dall'approvazione del presente Piano regionale, **un Programma attuativo aziendale** in coerenza con gli obiettivi definiti nel presente atto e che lo stesso venga trasmesso alla Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare;
4. di istituire un **Osservatorio Regionale sulle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero** con la composizione e il mandato come definiti nell'**Allegato 3** (parte integrante della presente deliberazione), con lo scopo di definire eventuali strategie innovative ed efficienti per la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini;
5. di rimandare a successivo atto del Direttore generale la definizione dei gruppi tecnici con lo scopo di valutare il Programma attuativo di cui al punto 3 e monitorare nelle diverse Aziende sanitarie le azioni inerenti al contenimento dei tempi di attesa;
6. di confermare la necessità di utilizzare a livello aziendale e regionale, tutti gli strumenti finalizzati al governo dei tempi di attesa indicati nelle disposizioni normative nelle premesse richiamate;
7. di trasmettere il Piano regionale alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute **entro 30 giorni dalla sua adozione**;
8. di rimandare a successivo provvedimento di questa Giunta l'approvazione del piano attuativo, inerente sia la specialistica che i ricoveri programmati, delle previsioni contenute nella L. n. 145/2018 commi 510, 511, 512 che riguardano l'assegnazione di risorse per l'attivazione di interventi volti a ridurre i tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante l'implementazione e l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie;
9. di dare atto che per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si provvederà ai sensi delle disposizioni normative ed amministrative richiamate in parte narrativa;
10. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna Telematico e sul portale **www.tdaer.it**



Presidenza del Consiglio dei Ministri

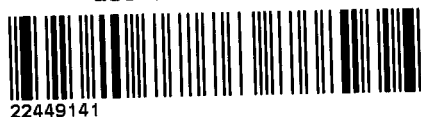
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio: "Sanità, lavoro e politiche sociali"
Codice sito: 4.10/2018/98/CSR

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
20 Feb 2019
Prot. n. 1050/CSR

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DAR 0003053 P-4.37.2.10
del 20/02/2019



Al Ministero dell'economia e delle finanze
Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle
Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

All'assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Vicario Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di
Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

E,p.c. Al Ministero della salute
Gabinetto
gab@postacert.sanita.it

Ufficio Legislativo
leg@postacert.sanita.it

Direzione generale della programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Oggetto: Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e 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. (SALUTE) Codice sito : 4.10/2018/98/CSR. Servizio "Sanità, lavoro e politiche sociali.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Si trasmette la versione definitiva del provvedimento in oggetto.

Il Direttore dell'Ufficio

Cons. Adriana Piccolo

AG

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, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, 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, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" 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.
 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.

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 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
Diagnostica per Immagini			
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
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	MDC		
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	Ecocolordoppler 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 corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio	45.24	45.24

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	flessibile		
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	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
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 modifichino 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	

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, allorquando 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.

Allegato B

Piano Nazionale di Governo 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.

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 erogato 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

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

	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. prenotazioni 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

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 ssmmii.”**

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

Note per il calcolo:1. *Criteri 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. *Criteri 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)

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

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 continuino 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 7giorni 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	specificare denominazione Regione			
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento			
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				



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Procedura gestionale per l'applicazione
del modello RAO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Questo documento è stato redatto da

Giovanni Caracci (Ex Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Giulia Chiarelli (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Raffaella Cingolani (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Simone Furfaro (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Maria Gentilini (Servizio Epidemiologia Clinica e Valutativa - APSS di Trento)

Giuliano Mariotti (Agenas/APSS di Trento)

Emanuela Reale (Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Quinto Tozzi (Dirigente Ufficio Qualità sicurezza, buone pratiche ed umanizzazione delle cure - Agenas)

Per approfondimenti: reale@agenas.it

Agenas, Roma, Giugno 2017 (aggiornamento al 30/01/2019)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

REFERENTI PROGETTO

Elenco dei Referenti Istituzionali, delle Associazioni e delle Società scientifiche e di organizzazione sanitaria nominati per il supporto alla realizzazione del Progetto.

Ministero della Salute	Andrea Piccioli, Susanna Ciampalini
Istituto Superiore della Sanità	Luigi Bertinato
Cittadinanzattiva	Tonino Aceti, Carla Berliri, Sabrina Nardi, Daniela Agrimi (Gruppo Aiuto Tiroide), Salvo Leone (Amici Onlus)
Regione Abruzzo	Mariangela Galante, Anita Saponari
Regione Basilicata	Gabriella Sabino, Giuseppe Citro (ASP di Potenza)
Regione Calabria	Sergio Petrillo
Regione Campania	Rosanna Formato, Maria Rosaria Romano, Imma Borrelli (Asl di Salerno), Antonio Cajafa (Asl Napoli Nord), Anna Maria Ferriero (Asl di Salerno)
Regione Emilia-Romagna	Antonio Brambilla
Regione Friuli-Venezia Giulia	Michele Chittaro, Paola Toscani
Regione Lazio	Giorgio Cerquetani, Giulio De Michelis, Gianluca Ferrara, Paolo Papini
Regione Liguria	Marco Macchi, Lorenzo Bistolfi, Enrica Orsi
Regione Lombardia	Aldo Bellini, Cinzia Vanzini, Marco Soncini (AO San Carlo Borromeo)
Regione Marche	Giuseppina Benedetto, Giovanni Lagalla, Claudio Martini, Andrea Doga (AOU Ospedali Riuniti di Ancona), Massimiliano Petrelli (AOU Ospedali Riuniti di Ancona)
Regione Molise	Raffaele Malatesta
Regione Piemonte	Emanuela Zandonà, Carmela Giordano, Raffaella Ferraris
Regione Puglia	Ettore Attolini, Rodolfo Rollo (Asl di Lecce)
Regione Sicilia	Giuseppe Murolo, Giovanni De Luca, Salvatore Brugaletta (Asp di Siracusa), Luigi Maria Montalbano (AO Ospedali Riuniti di Palermo), Giuseppe Milazzo (Asp di Trapani)
Regione Toscana	Gabriella Bellagambi, Carla Rizzuti, Susanna Tamburini (Azienda USL Toscana Centro)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Regione Umbria	Paola Casucci, Simona Panzolini, Ombretta Checconi, Efisio Puxeddu (AO di Perugia)
Regione Valle d'Aosta	Patrizia Vittori, Paola Bullio, Riccardo Papalia, Massimo Pesenti
Regione Veneto	Francesco Bortolan, Milvia Marchiori, Paolo Costa (Azienda ULSS 9 Scaligera), Pierpaolo Faronato (Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana), Domenico Scibetta (Azienda Ulss 6 Euganea), Alessio Gioffredi (ULSS 1 Dolomiti)
P.A. Bolzano	Luca Armanaschi, Pierpaolo Bertoli, Cristina Ghedina, Elisabeth Plancher, Roberta Vanzetta, Michele Comberlato (Ospedale di Bolzano), Anton Wieser (Ospedale di Merano)
P.A. Trento	Giuliano Mariotti (APSS di Trento), Alberto Meggio (Struttura Ospedaliera di Rovereto), Mauro Recla (Struttura ospedaliera di Trento)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AREA ANGIOLOGIA, CARDIOLOGIA E CHIRURGIA VASCOLARE

ANMCO	Michele Massimo Gulizia, Antonio Francesco Amico, Domenico Gabrielli
ANCECARDIO	Antonio Vittorio Panno, Salvo Gibiino
ARCA	Giovanni Battista Zito, Luciano Arcari, Achille Dato
SIAPAV	Maria Amitrano
SIC	Mauro Borzi
SICVE	Stefano Bartoli

AREA ANDROLOGIA, DIABETOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, E OSTETRICIA E GINECOLOGIA

AMD	Domenico Mannino, Amodio Botta, Paolo Di Bartolo
AME	Vincenzo Toscano
AOGOI	Elsa Viora, Enrico Vizza
SIAMS	Daniele Gianfrilli
SID	Giuseppe Lepore, Giuseppina Russo
SIE	Daniele Gianfrilli
SIEOG	Giuseppe Rizzo

AREA GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA

AIGO	Gioacchino Leandro, Marco Soncini
SIED	Bastianello Germanà, Maria Caterina Parodi, Romano Sassateli
SIGE	Santino Marchi

AREA RADIOLOGIA e MEDICINA NUCLEARE

AIMN	Oreste Bagni, Maria Cristina Marzola
SIRM	Carlo Masciocchi, Antonio Orlacchio, Enrico Pofi



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AREA PEDIATRIA

FIMP	Teresa Cazzato, Valdo Flori, Adima Lamborghini
SICUPP	Flavia Ceschin, Giuseppe Ragnatela, Pier Luigi Tucci
SIEDP	Pietro Buono
SIP	Mauro Bozzola, Elena Bozzola

AREA DI MEDICINA GENERALE

SIMG	Claudio Cricelli, Giulio Nati, Damiano Parretti, Mauro Ruggeri
SNAMID	Francesco Chiumeo, Enzo Pirrotta, Paolo Spriano

ALTRE SOCIETÀ

ANMDO	Gianfranco Finzi, Maria Teresa Cuppone, Michele Tancredi Loiudice, Giuseppe Schirripa, Cristina Sideli, Karl Kob
ANCI	Giacomo Bazzoni
CARD	Rosa Borgia, Gilberto Gentili, Renato Lisio, Gennaro Volpe
FEDERSANITA'	Angelo Lino Del Favero
FIASO	Nicola Pinelli, Chiara Gibertoni, Adalgisa Protonotari
SIFOP	Francesco Losurdo, Giancarlo Roscio



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

1. PREMESSA ALLA FASE II	1
1.1. Ambiti territoriali di applicazione	1
1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione	2
2. VINCOLI STRUTTURALI	2
2.1. Strumenti di prenotazione.....	2
2.2. Referenti.....	2
3. VINCOLI DI PROCESSO.....	3
3.1. Prestazioni previste dall'applicazione	3
3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas.....	4
3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione	4
3.2.2. Regioni che già applicano il modello	4
3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti.....	4
3.2.4. Quali indicazioni cliniche?	5
3.2.5. Quali classi temporali?	5
3.2.6. Valutazione concordanza	7
3.2.7. Numerosità	7
3.2.8. Audit clinici.....	8
3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione	8
3.4. Procedura operativa	8

Allegati

1. Manuale RAO Agenas
2. Fac-simile per raccolta dati in fase di erogazione
3. Tracciato record per raccolta dati per Agenas
4. Excel per raccolta dati per Agenas



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



1. PREMESSA ALLA FASE II

1.1. Ambiti territoriali di applicazione

- 1.1.1. Nella fase di avvio dell'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise è necessario considerare le diverse caratteristiche delle organizzazioni sanitarie, soprattutto associate alle diverse dimensioni territoriali, che vedono coinvolte le aree distrettuali e le aree specialistiche ospedaliere e poliambulatoriali distrettuali. Sulla base dei dati empirici, ad oggi raccolti con varie esperienze di cosiddetta "integrazione ospedale-territorio", si ritiene di poter individuare 3 principali aree: i) area rurale e area di valle, caratterizzata da un numero limitato di medici di famiglia che dispongono di una struttura specialistica di riferimento all'interno del proprio territorio; ii) area provinciale, caratterizzata da un numero ampio di medici di famiglia che dispongono di una o più strutture specialistiche di riferimento all'interno del proprio territorio; iii) area metropolitana, caratterizzata da una grande dimensione della struttura urbana con numerose strutture specialistiche di riferimento di elevata complessità sociale per la grande quantità di soggetti che di fatto interagiscono per l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali.
- 1.1.2. Mentre, da un lato, nelle aree rurali e di valle l'integrazione territorio-ospedale può essere caratterizzata, in funzione della disponibilità dei medici specialisti al contatto telefonico o con altra efficace tecnologia informativa, da contatti diretti fra medici delle cure primarie e medici delle cure secondarie e viceversa, dall'altro lato, nelle aree metropolitane, vi è una enorme quantità di erogatori ed una complessa circolazione dei pazienti nel territorio urbano che rende non solo difficile e oneroso il contatto diretto, ma anche molto impegnativo il coinvolgimento partecipativo efficace di medici delle cure primarie e secondarie, vista la tendenza dei cittadini a spostarsi su diversi erogatori.
- 1.1.3. L'ambito che si ritiene ideale per il coinvolgimento partecipativo efficace è quello provinciale, nel quale gli erogatori sono limitati ed il numero di medici delle cure primarie è, di norma, attorno a valori massimi compresi fra 400 e 500 unità. In queste ultime aree, gli ambiti distrettuali con strutture specialistiche nel proprio interno geografico (ad es.: ospedali per acuti e/o strutture poliambulatoriali distrettuali) sono network ideali per un programma di coinvolgimento partecipativo per l'applicazione di classi di priorità cliniche.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

1.2. Regioni/PA partecipanti all'applicazione

- 1.2.1. Le Regioni che stanno iniziando ad applicare o sviluppare (in quanto già in parte sperimentato in passato) il modello RAO¹ è opportuno che scelgano, in una prima fase, un ambito provinciale.
- 1.2.2. Le Regioni/PA, che già applicano il modello, procedono nel percorso di diffusione in ambito regionale, se l'applicazione è ancora limitata ad aree sub-regionali, oppure consolidano il modello, se è già diffuso su tutto l'ambito di Regione/PA.

2. VINCOLI STRUTTURALI

2.1. Strumenti di prenotazione

- 2.1.1. Le aree soggette all'applicazione devono disporre di strumenti informatizzati di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (sarebbe opportuno fossero in grado di interfacciarsi con sistemi di prescrizione con ricetta dematerializzata²). Tali strumenti possono essere centralizzati (tutte le agende delle strutture erogatrici sono visibili tramite un unico applicativo informatico) oppure possono essere suddivisi in applicativi informatici diversi.

2.2. Referenti

- 2.2.1. Ogni struttura erogatrice sarebbe opportuno che disponesse di almeno un referente della specialistica ambulatoriale, che, fra le mansioni, deve gestire, direttamente o tramite collaboratori, le agende della struttura.
- 2.2.2. Ogni Servizio di prenotazione sarebbe opportuno che disponesse di un referente (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari) per eventuali valutazioni e decisioni in fase di prenotazione.
- 2.2.3. Sarebbe opportuno che la Regione/PA indicasse un MMG referente della medicina generale e un PLS referente della pediatria.

¹ Il modello RAO è descritto nel documento di Agenas, *Modello RAO (sintesi)* (<http://www.agenas.it/applicazione-diffusa-priorita-cliniche-alle-prestazioni-specialistiche>) ed inoltre nell'articolo pubblicato su *Health Policy* (117) 2014, 54-63 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851014000311>)

² Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3. VINCOLI DI PROCESSO

3.1. Prestazioni previste dall'applicazione

3.1.1. In considerazione delle semplici caratteristiche organizzative, ma al tempo stesso di sufficiente esaustività che deve avere l'applicazione (prima fase di azione di un processo di cambiamento), si propone di effettuare la predetta applicazione limitatamente ad 11 dei 50 set di prestazioni condivise dai Gruppi tematici³. Tra gli 11 set di prestazioni scelti (Tabella I), che si ritiene siano di elevato impatto sociale (considerata anche la relativa elevata quantità della domanda di tali prestazioni) e di rilevanza diagnostica, vi sono rappresentate, con diversa proporzione, le tre discipline specialistiche dei Gruppi tematici (cardiologia, gastroenterologia ed endoscopia digestiva, radiologia).

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" ⁴	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

³ I Gruppi Tematici sono stati nominati nell'ambito del Progetto di Agenas e riguardano le Aree di Cardiologia, Gastroenterologia ed endoscopia digestiva, Radiologia. I Gruppi Tematici hanno definito le indicazioni cliniche anche in coerenza con i contenuti dell'Allegato 4D del DPCM 12/01/2017 e i codici delle prestazioni in base all'Allegato 4 dello stesso DPCM.

⁴ I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazioni faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.2. Indicazioni cliniche condivise dai gruppi tematici Agenas

3.2.1. Regioni che intraprendono o riavviano l'implementazione

- 3.2.1.1. Le indicazioni cliniche, condivise dai Gruppi Tematici del progetto Agenas, verranno introdotte ex novo per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**) come raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) da parte delle Regioni/PA che stanno intraprendendo l'applicazione o riavviando esperienze parziali già svolte.
- 3.2.1.2. L'implementazione, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie.
- 3.2.1.3. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.2. Regioni che già applicano il modello

- 3.2.2.1. Le Regioni/PA che stanno già applicando il modello aggiorneranno le raccomandazioni di appropriatezza e tempestività di erogazione (priorità cliniche) con le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici del progetto Agenas, per le prestazioni previste dall'applicazione e contenute nel Manuale RAO Agenas (**Allegato 1**).
- 3.2.2.2. L'aggiornamento delle indicazioni cliniche già in uso, che ha in parte caratteristiche comunicative top-down, deve prevedere uno o più momenti di confronto plenario con agenti della domanda e dell'offerta (medici di famiglia e medici specialisti), oltre che con i referenti dei servizi di prenotazione, che sono i gestori delle interfacce prescrittore-cittadino-erogatore ed i referenti della specialistica ambulatoriale delle aziende sanitarie. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.3. Tutte le Regioni partecipanti

- 3.2.3.1. Devono essere previsti, anche con il contributo di referenti aziendali ove presenti (ad esempio: URP), uno o più momenti di confronto plenario con Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato (Movimento di partecipazione civica), e con eventuali altre associazioni che rappresentano categorie di cittadini



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

della propria realtà regionale, al fine di trasmettere fin da subito l'informazione sull'inizio dell'applicazione coordinata da Agenas. Inoltre, deve essere contestualmente proposta a Cittadinanzattiva/Tribunale dei diritti del malato e ad eventuali altre associazioni che operano nell'ambito sanitario, una collaborazione per il "monitoraggio dal lato del cittadino" dell'efficacia percepita. A tali momenti di confronto possono partecipare referenti di Agenas o referenti esperti di alcune Regioni/PA che applicano già il modello.

3.2.4. Quali indicazioni cliniche?

- 3.2.4.1. Le indicazioni cliniche condivise nell'ambito dei Gruppi Tematici sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione della prestazione per una diagnosi differenziale. Possono tuttavia essere presenti indicazioni riferite a necessità cliniche per accedere a percorsi diagnostico-terapeutici (ad esempio: mammografia con indicazione clinica "nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto" che potrebbe rientrare nel PDTA "neoplasia della mammella") o in percorsi organizzativi di accesso specifici.
- 3.2.4.2. Sono escluse le indicazioni cliniche che presuppongono una presa in carico del paziente in emergenza clinica (Pronto Soccorso).
- 3.2.4.3. Oltre alle prime visite⁵ sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia).
- 3.2.4.4. Nell'ambito dell'applicazione dovrebbero essere escluse le visite a completamento della prima visita (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di controllo (follow-up), che dovrebbero avere percorsi "privilegiati" di accesso alla prenotazione⁵, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

3.2.5. Quali classi temporali?

- 3.2.5.1. Le classi temporali di attesa derivano dalle definizioni ad esse date dal Decreto 17.3.2008, che definisce gli attuali campi "priorità" della RICETTA SSN in uso (U, B,

⁵ Le seguenti definizioni sono tratte dall'Allegato 4 ("Legenda") del DPCM 12.1.2017 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 65, Supplemento ordinario n. 15 del 18.3.2017).

Prima visita: nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.

Visita a completamento della prima: nella visita a completamento della prima viene completato l'iter diagnostico, stilata la diagnosi definitiva ovvero evidenziati ulteriori quesiti diagnostici, prescritto un adeguato piano terapeutico ed aggiornata la documentazione clinica.

Visita di controllo: nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

D, P)⁶. Da tali classi temporali dovrebbero essere escluse le prestazioni di controllo o successive alla prima, che presuppongono una gestione del paziente da parte della struttura specialistica.

3.2.5.2. Le Regioni/PA, nelle loro articolazioni aziendali, in alcuni casi come risulta dai rispettivi Piani regionali, prevedono limiti massimi di attesa diversi ma non superiori a quelli previsti dal Decreto 17.3.2008 e dal PNGLA⁷. Ad esempio: 7 oppure 8 giorni invece che 10 della classe “B”; 30 giorni invece che 60 per le prestazioni strumentali della classe “D”. Le modalità sopra descritte permettono comunque la prenotabilità delle prestazioni e quindi la tracciabilità dei tempi di attesa (dalla data di contatto con il sistema di prenotazione alla data di erogazione della prestazione) per singolo evento.

3.2.5.3. Vi sono Regioni/PA che, nelle loro articolazioni aziendali, prevedono, per prescrizioni con RICETTA SSN di classe di priorità “U”, l’accesso diretto (open) degli utenti ai servizi ambulatoriali, pertanto senza prenotazione. Sebbene l’accesso degli utenti, con tali modalità, garantisca tempi ridotti rispetto ai limiti definiti dalle norme nazionali, nell’ambito dell’applicazione, ai fini della valutazione della concordanza e/o dell’audit clinico, vanno definite dalla Regione/PA modalità ad hoc di raccolta dati.

3.2.5.4. Oltre a condizioni cliniche che presuppongono la differibilità temporale entro i limiti massimi di attesa sopra indicati, vi sono situazioni cliniche che non la prevedono, pertanto da effettuare “nel più breve tempo possibile” da parte dei servizi dell’emergenza sanitaria territoriale e/o da parte dei servizi di Pronto Soccorso. Le indicazioni definite dai Gruppi tematici non riguardano tali fattispecie di condizioni cliniche e pertanto, ai fini dell’applicazione, non è necessario vengano monitorate.

3.2.5.5. Nell’ambito dell’applicazione, l’eventuale superamento dei limiti massimi di attesa (fra la data di contatto con il Servizio di prenotazione e la data di presunta erogazione della prestazione) per i livelli di priorità U, B, D, nei singoli casi, è gestito e autorizzato dal referente del Servizio di prenotazione (se non fosse un operatore sanitario, dovrebbe però fare riferimento ad uno o più referenti sanitari).

⁶ Quanto segue è tratto dalle definizioni contenute nel paragrafo 3.1.4.8 (“Priorità della prescrizione”) dell’Allegato 1 del Decreto del Ministero delle Finanze 17.3.2008 (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n. 86, Supplemento ordinario del 11.4.2008).

Lettera “U”, da eseguire: nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore (secondo l’Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale livello di priorità non prevedeva differibilità ma soltanto “nel più breve tempo possibile”).

Lettera “B”, da eseguire: entro 10 giorni.

Lettera “D”, da eseguire: entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici (quest’ultima dizione si ritiene ragionevole corrisponda alle cosiddette “prestazioni strumentali” con finalità diagnostica).

Lettera “P”, da eseguire: senza priorità (secondo l’Allegato 1 del precedente Decreto del Ministero delle Finanze 18.5.2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie Generale n.251 del 25-10-2004 - Suppl. Ordinario n. 159, tale limite era esplicitato in “entro 180 giorni”).

⁷ Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006 e il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.2.5.6. Nell'ambito dell'applicazione, non saranno monitorate le prenotazioni per le quali l'utente, per motivi personali e non clinici, sceglie una specifica struttura o uno specifico professionista che non sono coerenti con la priorità assegnata e per le quali, pertanto, il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

3.2.5.7. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).

3.2.6. Valutazione concordanza

3.2.6.1. Ad ogni utente, lo specialista, preferibilmente prima di erogare la prestazione⁸, attribuirà una classe di priorità, al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza).

3.2.6.2. La raccolta dei dati, in assenza di applicativi informatici ad hoc, potrà essere effettuata su carta, utilizzando griglie prestampate (**Allegato 2**). A ciò dovrà seguire l'inserimento dei dati raccolti in applicativi informatici di minima ma sufficiente adeguatezza per fare analisi statistiche descrittive e poterli eventualmente trasferire su altri applicativi per analisi statistiche inferenziali.

3.2.7. Numerosità

3.2.7.1. Per ciascun set di prestazioni degli 11 oggetto di monitoraggio (Tabella I) si richiede vengano raccolte almeno 100 prescrizioni per struttura erogante prestazioni (ad esempio: presidio ospedaliero, poliambulatorio distrettuale), con relativa attribuzione del codice di priorità da parte dello specialista che eroga la prestazione (per successiva valutazione di concordanza). Le suddette prescrizioni devono essere raccolte in modo consecutivo dalla data scelta come inizio dell'applicazione. Agenas fornirà indicazioni sulla dimensione dei campioni, stratificandoli in base alle aree di applicazione che verranno individuate da parte delle Regione/PA.

⁸ L'attribuzione della classe di priorità clinica da parte dello specialista dovrebbe essere "in cieco" rispetto a tutte le informazioni contenute nella prescrizione (ad esempio: ricetta SSN) e nella prenotazione (ad esempio: priorità attribuita dal medico prescrittore). Tale condizione organizzativa, nella pratica quotidiana, può essere di difficile realizzazione. Pertanto si ritiene necessario ribadire l'opportunità (non la "pretesa") della attribuzione "in cieco" della priorità clinica da parte dello specialista.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.2.8. Audit clinici

3.2.8.1. In aggiunta alla valutazione di concordanza, possono essere attuati audit clinici (analisi ex post sulla documentazione clinica) al fine di confrontare i dati contenuti nella prescrizione con raccomandazioni di appropriatezza definite da linee guida riconosciute dalla società scientifiche a livello nazionale e/o internazionale.

3.3. Riassunto dati necessari da raccogliere per l'applicazione

3.3.1. I dati minimi necessari da raccogliere per ciascun evento, caratterizzato da prescrizione-prenotazione-erogazione della singola prestazione, associate al singolo utente, sono descritti nell'**Allegato 3**.

3.4. Procedura operativa

3.4.1. Nell'**Allegato 1 (Manuale RAO Agenas)** viene anche riportato lo schema di procedura operativa da utilizzare nell'ambito dell'applicazione, con la finalità di ridurre al minimo la disomogeneità di comportamento da parte di chi gestisce prescrizione, prenotazione ed erogazione della prestazione specialistica, oltre che la raccolta dati, nelle diverse articolazioni organizzative coinvolte.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATI



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 1



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Manuale RAO Agenas



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Indice

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS	1
SCOPO	1
CAMPO DI APPLICAZIONE	1
DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	2
DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI	2
BIBLIOGRAFIA	3
INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE	9
TABELLE RAO	11
COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23.....	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3	13
COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	13
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4	15
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2	17
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5	19
ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9	20
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5	21
ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7	21
ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3	22
ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1	23
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1	24
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1	25
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1	26
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2	27
ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2	28
ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1	29
ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2	29
ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3	30
ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78	32
ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6	33
ELETTRCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50	34



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2.....	35
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24.....	35
MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1	37
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2	37
ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE - Codice 87.11.3	38
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3.....	39
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9.....	41
RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5	43
RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1	44
RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2	45
RM DEL COLLO - Codice 88.91.6.....	46
RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7	46
RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6	47
RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5	47
RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B	48
RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	48
RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2	49
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V.....	50
RM MUSCOLOSCHIELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G.....	51
RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1	53
RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2.....	53
RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24.....	54
RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7	54
RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6	54
RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1.....	55
RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2.....	55
RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3.....	55



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<i>RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1</i>	<i>56</i>
<i>RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2</i>	<i>56</i>
<i>RX DEL POLSO - Codice 88.23.1.....</i>	<i>57</i>
<i>RX DELLA MANO - Codice 88.23.2.....</i>	<i>57</i>
<i>RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2.....</i>	<i>58</i>
<i>RX DEL TORACE - Codice 87.44.1</i>	<i>59</i>
<i>TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2.....</i>	<i>60</i>
<i>TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4.....</i>	<i>60</i>
<i>TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6.....</i>	<i>60</i>
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9.....</i>	<i>61</i>
<i>TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H.....</i>	<i>62</i>
<i>TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5.....</i>	<i>63</i>
<i>TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03.....</i>	<i>64</i>
<i>TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1.....</i>	<i>65</i>
<i>TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2.....</i>	<i>66</i>
<i>TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3</i>	<i>67</i>
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C.....</i>	<i>68</i>
<i>TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F</i>	<i>69</i>
<i>TC DEL TORACE - Codice 87.41.....</i>	<i>70</i>
<i>TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1.....</i>	<i>71</i>
NOTE	72



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

PROCEDURA OPERATIVA PER L'APPLICAZIONE (FASE II) PROGETTO AGENAS

SCOPO

La procedura ha la finalità di descrivere alcuni passi operativi orientativi, finalizzati a rendere il più possibile uniformi i comportamenti di prescrizione-prenotazione-erogazione fra le diverse Regioni/PA e loro articolazioni organizzative, che partecipano al progetto Agenas sulla diffusione di priorità cliniche condivise.

CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica alle prestazioni erogate in attività specialistica ambulatoriale (utenti non ricoverati) presso le strutture specialistiche aziendali e prescritte da medici di famiglia o medici specialisti. Il set di prestazioni oggetto dell'applicazione è riportato nella Tabella I.

Tabella I: set di prestazioni individuate per l'applicazione

SET DI PRESTAZIONI "PILOTA" ¹	
1	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4
2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4
3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5
4	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1
5	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2
6	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24
7	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2
8	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3
9	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9
10	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1
11	TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1

La Regione/PA può applicare procedure simili ad ulteriori prestazioni.

¹ I codici riportati nella Tabella I sono coerenti con quelli contenuti nel nomenclatore nazionale (Allegato 4D) del DPCM 12/01/2017. Le Regioni/PA partecipanti alla sperimentazioni faranno riferimento ai codici da loro utilizzati.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CONCORDANZA	Valutazione di corrispondenza, relativa allo stesso caso clinico, tra la classe di priorità attribuita dal medico prescrittore e quella attribuita dallo specialista
CUP	Centro Unico (o unificato) Prenotazioni
DEMAT	Ricetta elettronica dematerializzata
MCA	Medici di Continuità Assistenziale
MMG	Medici di Medicina Generale
PA	Provincia Autonoma
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PRIORITÀ CLINICA	Indicazione clinica che consente al medico di prescrivere ad un paziente una prestazione specialistica attribuendo un tempo differito di attesa che, sulla base di linee guida, raccomandazioni condivise da società scientifiche o scelte motivate clinicamente dal prescrittore, si ritiene, in considerazione della diagnosi differenziale posta o del quadro clinico di cui è nota la diagnosi, non ne comprometta la prognosi
RAO	Raggruppamenti di Attesa Omogenea per priorità clinica
RICETTA SSN	Ricetta SSN prescritta manualmente o informaticamente (non dematerializzata)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale

DOCUMENTI NORMATIVI E ORIENTATIVI

- Ministero della Sanità, Commissione di studio sulle liste di attesa istituita con DM 28.12.2000: Analisi e Proposte in tema di liste di attesa nel SSN. Relazione Finale. Roma, Maggio 2001
- DPCM 16.4.2002, Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi d'attesa. Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, n. 122 del 27.5.2002
- Accordo Stato Regioni 11 luglio 2002 (Allegato Tecnico), Repertorio Atti n. 1488
- Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (PNCTA) 2006-2008 approvato con Intesa Stato-Regioni 28 Marzo 2006
- Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010
- Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011 – Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- DPCM LEA 12/01/2017 definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui art. 1, comma 7 del D. Lgs 30/12/1992, n. 502. G.U. 18 marzo 2017, n. 65
- D.lgs. n. 187/2000, Attuazione della direttiva 97/43/EURATOM in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche. Modificato dall'art. 39, Legge 1 marzo 2002, n. 39

BIBLIOGRAFIA

Area Cardiologia

- Aspromonte N, Gulizia MM, Di Lenarda A, Mortara A, Battistoni I, De Maria R, Gabriele M, Iacoviello M, Navazio A, Pini D, Di Tano G, Marini M, Ricci RP, Alunni G, Radini D, Metra M, Romeo F. ANMCO/SIC Consensus Document: cardiology networks for outpatient heart failure care. *European Heart Journal Supplements* (2017) 19 (Supplement D), D89-D101.
- Crawford MH, Bernstein SJ, Deedwania PC, DiMarco JP, Ferrick KJ, Garson A Jr, Green LA, Greene HL, Silka MJ, Stone PH, Tracy CM. ACC/AHA guidelines for ambulatory electrocardiography: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the Guidelines for Ambulatory Electrocardiography). *J Am Coll Cardiol*. 1999; 34: 912-48.
- Cherubini A, Mureddu GF, Temporelli PL, Frisinghelli A, Clavario P, Cesana F, Fattiroli F, a nome dell'Area Prevenzione Cardiovascolare ANMCO. Appropriatelyzza delle procedure diagnostiche in prevenzione cardiovascolare: di che cosa possiamo fare a meno?. *G Ital Cardiol*. 2014; 15 (4): 253-263.
- Chou R; High Value Care Task Force of the American College of Physicians. Cardiac screening with electrocardiography, stress echocardiography, or myocardial perfusion imaging: advice for high-value care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2015; 162 (6): 438-447.
- Douglas PS, Garcia MJ, Haines DE, Lai WW, Manning WJ, Patel AR, Picard MH, Polk DM, Ragosta M, Ward RP, Weiner RB. ACCF/AHA/ASA/ASNC/ HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 appropriate use criteria for echocardiography: a report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57: 1126-66.
- Lattanzi F., Magnani M., Cortigiani L., Mandorla S., Zuppiroli A., Lorenzoni R., a nome del Gruppo di Valutazione dell'Appropriatezza ANMCO-Toscana. La valutazione dell'appropriatezza della prescrizione dell'ecocardiogramma. *Ital Heart J. Suppl* 2002; 3 (6): 613-618.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Mandorla S., Trambaiolo P., De Cristofaro M., Baldassi M., Penco M., a nome del Consiglio Direttivo 2005-2007 della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. Appropriatelyzza dell'esame ecocardiografico e definizione delle classi di priorità: una proposta della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. *G Ital Cardiol.* 2010; 11 (6): 503-533.
- Marques AC, Calderaro D, Yu PC, Gualandro DM, Carmo GA, Azevedo FR, et al. Impact of cardiology referral: clinical outcomes and factors associated with physicians' adherence to recommendations. *Clinics.* 2014; 69 (10): 666-671.
- Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, Albus C, Benlian P, Boysen G, Cifkova R, Deaton C, Ebrahim S, Fisher M, Germano G, Hobbs R, Hoes A, Karadeniz S, Mezzani A, Prescott E, Ryden L, Scherer M, Syväanne M, Scholte op Reimer WJ, Vrints C, Wood D, Zamorano JL, Zannad F; European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR); ESC Committee for Practice Guidelines (CPG). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *Eur Heart J.* 2012; 33 (13): 1635-701.
- Steinberg JS, Varma N, Cygankiewicz I, et al. 2017 ISHNE-HRS expert consensus statement on ambulatory ECG and external cardiac monitoring/telemetry. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 2017; 22: e12447. <https://doi.org/10.1111/anec.12447> (ultimo accesso 5 giugno 2017).

Area Gastroenterologia ed endoscopia digestiva

- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 831-837.
- Buri L., Hassan C. et al. Appropriateness guidelines and predictive rules to select patients for upper endoscopy: a nationwide multicenter study. *Am J Gastroenterology.* 2010 jun; 105 (6): 1327-37.
- Di Giulio E., Hassan C., Pickhardt PJ, Zullo A., Laghi A., Kim DH, Iafra F.. Cost-effectiveness of upper gastrointestinal endoscopy according to the appropriateness of the indication. *Scand J gastroenterology.* 2009; 44 (4): 491-8.
- Di Giulio E., Hassan C. et al. Appropriateness of the indication for upper endoscopy: a meta-analysis. *Dig Liver Dis.* 2010 feb; 42 (2): 122-6.
- Fassil et al. Approaches for classifying the indications for colonoscopy using detailed clinical data. *BMC Cancer.* 2014; 14: 95.
- Hassan C., Bersani G., Buri L., Zullo A., Anti M., Bianco MA, Di Giulio E., Ficano L., Morini S., Di Matteo G., Loriga P., Pietropaolo V., Cipolletta L., Costamagna G.. Appropriateness of upper –GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2007 May; 65 (6): 767-74.
- Minoli G., Meucci G., et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of colonoscopy in an open access system. *Gastrointestinal Endoscopy.* 2000; 52: 175-179.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Paterson WG, Depew WT, Paré P. et al. for the Canadian Association of Gastroenterology Wait Time Consensus Group, Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care, *Can J Gastroenterol.* 2006; 20 (6): 411-423.
- Società Italiana di Endoscopia Digestiva. *Linee Guida SIED.* 2007 Aug (<http://www.sied.it/>) (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Vader JP, Froehlich F, Dubois RW, Beglinger C, Wietlisbach V, Pittet V, Ebel N, Gonvers JJ, Burnand B. European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy (EPAGE): conclusion and WWW Site. *Endoscopy.* 1999; 31 (8): 687-694.

Area Radiologia

- American College of Radiology. *ACR–ASNR–ASSR–SPR Practice Parameter for the Performance of Computed Tomography (CT) of the Spine.* Revised 2016.
https://www.acr.org/~media/ACR/Documents/PGTS/guidelines/CT_Spine.pdf?db=web (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Bingol O, Ayrik C, Kose A, et.al. Retrospective analysis of whole-body multislice computed tomography findings taken in trauma patients. *Turk J Emerg Med.* 2015; 15 (3): 116-121.
- Chong AL, Chandra RV, Chuah KC, Roberts EL, Stuckey SL. Proton Density MRI increases detection of cervical spinal cord multiple sclerosis lesions compared with T2-weighted Fast Spin-Echo. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2016; 37 (1): 180-184.
- Chou R., Fu R., Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2009; 373 (9662): 463-472.
- Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross JT Jr, Shekelle P, Owens DK. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians/American Pain Society. Low Back Pain Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2007; 147 (7): 478-491.
- Chou R., Qaseem A., Owens DK, et al. Diagnostic imaging for low back pain: advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 154 (3): 181-189.
- Royal Australian College of General Practitioners. *Clinical guidance for MRI referral.* East Melbourne, 2013.
<http://www.racgp.org.au/download/Documents/Guidelines/MRI%20referrals/clinicalguidancemri%20referral.pdf> (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Cohan S., Chen C., Baraban E., Stuchiner T., Grote L. MRI utility in the detection of disease activity in clinically stable patients with multiple sclerosis: a retrospective analysis of a community based cohort. *BMC Neurology.* 2016; 16 (1): 184.
- Dagenais S, Tricco AC, Haldeman S. Synthesis of recommendations for the assessment and management of low back pain from recent clinical practice guidelines. *The Spine Journal.* 2010; 10 (6): 514-529.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Dreizin D., Letzing M., Sliker CW, et al. Multidetector CT of blunt cervical spine trauma in adults. *Radiographics*. 2014; 34 (7): 1842-1865.
- Dutoit JC, Verstraete KL. MRI in multiple myeloma: a pictorial review of diagnostic and post-treatment findings. *Insights into Imaging*. 2016; 7 (4): 553-569.
- Fairbairn KJ, Saifuddin A, Green RAR. Musculoskeletal tumours. In: Nicholson T (ed). *Recommendations for cross-sectional imaging in cancer management*, Second edition. London: The Royal College of Radiologists, 2014.
- Galler S., Stellmann J-P, Young KL, Kutzner D., Heesen C., Fiehler J., Siemonsen S. Improved lesion detection by using axial T2-weighted MRI with full spinal cord coverage in multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (5): 963-969.
- Geyer LL, Korner M., Hempel R. et al. Evaluation of a dedicated MDCT protocol using iterative image reconstruction after cervical spine trauma. *Clinical Radiology*. 2013; 68 (7): e391-e396.
- Goertz M, Thorson D, Bonsell J, et al. *Adult acute and subacute low back pain*. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2012.
https://www.icsi.org/guidelines__more/catalog_guidelines_and_more/catalog_guidelines/catalog_musculoskeletal_guidelines/low_back_pain/ (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Kneisl JS, Rosenberg AE, Anderson PM, et al. Bone. In: *AJCC Cancer Staging Manual*, 8th. Amin MB. (Ed), AJCC, Chicago. 2017.
- Lateef H, Patel D. What is the role of imaging in acute low back pain? *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2009; 2 (2): 69-73.
- Lim CY, Ong KO. Imaging of musculoskeletal lymphoma. *Cancer Imaging*. 2013; 13 (4): 448-457.
- *Linee guida per la diagnostica per immagini*, Atto rep. n. 2113 del 28 ottobre 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 100 del 2 maggio 2005 - supplemento ordinario n. 79.
- McLellan AM, Daniel S., Corcuera-Solano I., Joshi V., Tanenbaum LN. Optimized imaging of the postoperative spine. *Neuroimaging Clinics of North America*. 2014; 24 (2): 349-364.
- Modic MT, Obuchowski NS, Ross JS et al. Acute low back pain and radiculopathy: MR imaging findings and their prognostic role and effect on outcome. *Radiology*. 2005; 237 (2): 597-604.
- Nandini PD et al. ACR Appropriateness Criteria Low Back Pain. *Journal of the American College of Radiology*. 2016,13 (9): 1069-1078, 10p
- Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshange KM. Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ*. 2003; 327 (7401): 323.
- Riederer I., Karampinos DC, Settles M., Preibisch C., Bauer JS, Kleine JF, Muhlau M., Zimmer C. Double inversion recovery sequence of the cervical spinal cord in multiple sclerosis and related inflammatory diseases. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2015; 36: 219-225.
- Rovira À., Auger C., Rovira A. Other noninfectious inflammatory disorders. *Handbook of Clinical Neurology*. 2016; 135: 425-446.
- Società Italiana di Radiologia Medica. *Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in diagnostica per immagini*. Documenti SIRM, 2012.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- Sundarakumar DK, Smith CM, Hwang WD, Mossa-Basha M, Maravilla KR. Evaluation of Focal Cervical Spinal Cord Lesions in Multiple Sclerosis: Comparison of White Matter–Suppressed T1 Inversion Recovery Sequence versus Conventional STIR and Proton Density–Weighted Turbo Spin-Echo Sequences. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (8): 1561-6.
- Sun R., Skeete D., Wetjen K., et al. A pediatric cervical spine clearance protocol to reduce radiation exposure in children. *J Surg Res*. 2013; 183 (1): 341-346.
- Tillema J-M, Pirko I. Neuroradiological evaluation of demyelinating disease. *The Adv Neurol Disord*. 2013; 6 (4): 249-268.
- Traboulsee A, Simon JH, Stone L, Fisher E, Jones DE, Malhotra A, Newsome SD, Oh J, Reich DS, Richert N, Rammohan K., Khan O, Radue E-W, Ford C, Halper J, Li D. Revised recommendations of the Consortium of MS Centers Task Force for a standardized MRI protocol and clinical guidelines for the diagnosis and follow-up of multiple sclerosis. *AJNR Am J Neuroradiol*. 2016; 37 (3): 394-401.
- Utz M., Khan S., O' Connor D., Meyers S. MDCT and MRI evaluation of cervical spine trauma. *Insights Imaging*. 2014; 5: 67-75.
- Wong CC, McGirt MJ. Vertebral compression fractures: a review of current management and multimodal therapy. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2013; 6: 205-214.
- Yi JS, Cha JG, Han JK, Kim HJ. Imaging of herniated discs of the cervical spine: Inter-modality differences between 64-Slice Multidetector CT and 1.5-T MRI. *Korean J Radiol*. 2015; 16 (4): 881-888.

Gestione della prescrizione-erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali

- ABIM Foundation. Choosing Wisely campaign, <http://www.choosingwisely.org/>, Philadelphia, PA (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Akbari A., Mayhew A., Al-Alawi MA, Grimshaw J., Winkens R., Glidewell E., Pritchard C., Thomas R., Fraser C.. *Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care*. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group, 2008.
- Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research*. Southampton (UK): NIHR Journals Library, 2015.
- Mariotti G., Siciliani L., Rebba V., Fellini R., Gentilini M., Benea G., Bertoli P., Bistolfi L., Brugaletta S., Camboa P., Casucci P., Dessi D., Faronato P., Galante M., Gioffredi A., Guarino TM, Pofi E., Liva C. Waiting time prioritisation for specialist services in Italy: the homogeneous waiting time groups approach. *Health Policy*. 2014; 117 (1): 54-63.
- Mehrotra A., Forrest C. B., Lin C. Y.. Dropping the Baton: Specialty Referrals in the United States. *The Milbank Quarterly*. 2011; 89 (1): 39-68).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Referral Advice: A guide to appropriate referral from general to specialist services*. NICE, 2001.
[http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_\(NICE\)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf](http://carepathways4gp.org.uk/Acne_Care_Pathway/Referral_criteria_(NICE)_files/iGWmJf-Referraladvice.pdf) (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Nuti S, Vainieri M. Managing waiting times in diagnostic medical imaging. *BMJ Open*. 2012; 2: e001255. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001255> (ultimo accesso 5 giugno 2017).
- Sharma T., Choudhury M., Kaur B., Naidoo B., Garner S., Littlejohns P., Staniszewska S.. Evidence informed decision making: the use of "colloquial evidence" at nice. *Int J Technol Assess Health Care*. 2015; 31 (3): 138-46.
- Siciliani L., Borowitz M. and Moran V. (eds.). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2013.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en> (ultimo accesso 5 giugno 2017)
- Slow Medicine. Riflessioni in progress. Slow Medicine sulle liste d'attesa, <https://www.slowmedicine.it/index.php/it/il-pensiero-di-slow-medicine/riflessioni-in-progress/95-slow-medicine-sulle-liste-d-attesa>, Torino (ultimo accesso 5 giugno 2017)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

INDICAZIONI DI MODALITÀ OPERATIVE

1	I medici che possono prescrivere le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (MMG, PLS, MCA e specialisti) o altri medici autorizzati ad utilizzare la RICETTA SSN o la DEMAT, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione.
2	Gli specialisti che erogano le prestazioni sono tutti i medici dipendenti e convenzionati (specialisti convenzionati e specialisti delle strutture private convenzionate) che operano presso le strutture a gestione diretta o accreditate con la Azienda sanitaria/Regione/PA, dell'ambito territoriale che partecipa all'applicazione. Alla modalità di erogazione secondo criteri di priorità clinica partecipa anche il personale non medico, ove coinvolto.
3	I medici prescrittori prescrivono ai propri utenti le prestazioni, indicando sempre la priorità della prescrizione per le prime visite e le prime prestazioni strumentali diagnostiche.
4	Ad ogni prestazione specialistica corrisponde un identico vincolo di tempo massimo di attesa: classe U = max 3 giorni; classe B = max 10 giorni; classe D = max 30 giorni per le visite e max 60 giorni per le prestazioni strumentali; classe P = senza limite massimo di attesa o secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
5	Le prescrizioni di prestazioni da indirizzare ai Servizi di urgenza/emergenza (prestazione da erogare al più presto possibile) devono riportare la dicitura per esteso "urgente" (o altra indicazione definita a livello di Regione/PA). Tali prescrizioni non fanno riferimento alle indicazioni cliniche previste dal Manuale RAO Agenas.
6	Per un uso corretto delle indicazioni cliniche e dei rispettivi codici occorre fare riferimento al Manuale RAO Agenas. Si stabilisce che nel caso in cui una ricetta fosse priva del codice priorità, la prestazione viene prenotata come fosse di classe "P" (senza priorità) e secondo le indicazioni del Piano regionale per il Governo dei tempi di attesa.
7	L'informazione della prescrizione può essere presa in carico dall'operatore di prenotazione: i) direttamente (prescrittore gestisce la prenotazione), ii) con la dichiarazione verbale (se il paziente è al telefono), iii) con l'indicazione scritta sulla ricetta SSN (se il paziente è allo sportello) della classe di priorità o iv) tramite prenotazione on-line da parte dell'utente. Ove disponibile la DEMAT, la prenotazione tramite operatore o, ove previsto, direttamente da parte dell'utente, potrà essere facilitata grazie alla trasmissione informatica dei dati della ricetta.
8	Al momento della prenotazione, l'operatore indica nell'agenda, oltre alle informazioni richieste per prassi, la classe di priorità indicata dal medico prescrittore (classe "P" ove fosse assente l'indicazione della classe). Nel caso di DEMAT le informazioni saranno direttamente accessibili all'operatore.
9	Il medico specialista che sottopone il paziente alla prestazione deve attribuire il codice priorità (U-B-D-P) al paziente stesso sulla base della valutazione clinico-anamnestica al fine di permettere il confronto inter-soggetti delle attribuzioni di priorità (valutazione di concordanza). Qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche), l'attribuzione del codice di priorità sarà effettuato sulla base del quesito clinico contenuto nel campo note della ricetta SSN.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

10	L'attribuzione della classe di priorità da parte dello specialista è opportuno venga effettuata prima dell'erogazione della prestazione.
11	Lo specialista attribuisce la classe di priorità sulla base delle indicazioni cliniche contenute nel Manuale RAO Agenas. Qualora la prescrizione si riferisse ad indicazioni cliniche non esplicite (indicazioni "Altro (10%)"), lo specialista attribuirà una priorità sulla base della valutazione delle condizioni clinico-anamnestiche del paziente oppure sulla base del quesito clinico incluso nel campo note della ricetta SSN.
12	In assenza di sufficienti informazioni per attribuire una classe di priorità, il caso dovrà essere classificato come "non valutabile": ad esempio, qualora non vi fosse contatto con il paziente (ad esempio: prestazioni radiologiche) o fosse incongruo quanto riportato nel campo note della ricetta SSN (ad esempio: campo note non compilato).
13	Nel caso di controindicazione all'esecuzione della prestazione (ad esempio: RM in paziente portatore di dispositivi metallici o altro), il caso dovrà essere classificato come "non erogabile".
14	Se nell'ambulatorio specialistico non si utilizza un applicativo informatico che permetta di attribuire la priorità al momento, ad esempio, della refertazione, la priorità assegnata dallo specialista deve essere indicata in una griglia ad hoc (esempio in Allegato 2).
15	Il referente della specialistica ambulatoriale, o suo collaboratore, deve poter apportare correzioni nel caso rilevasse errori (difformità) tra i dati presenti nella ricetta SSN originale e quelli utilizzati in fase di prenotazione (ad esempio: nominativo prescrittore, data impegnativa, classe di priorità prenotata).
16	Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa andrà monitorato il tempo intercorso tra la data della prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione) e la data di presunta erogazione della prestazione. Nell'ambito dell'applicazione, andrà monitorato anche il tempo intercorso fra la data della prescrizione della RICETTA SSN e la data di prenotazione (data di contatto con il Servizio di prenotazione).
17	Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati tempestivamente al referente della specialistica ambulatoriale della propria struttura (_____; tel. fisso: _____; tel. mobile _____; e-mail: _____@_____), che a sua volta, nel caso il problema non fosse risolvibile, lo segnalerà tempestivamente al referente della Regione/PA dell'applicazione (_____; tel. fisso: _____; tel. mobile _____; e-mail: _____@_____).



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

TABELLE RAO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Melena accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore) 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto 8. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
P	120 gg	1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ASS_RAO 002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Scialoadeniti acute e colica salivare 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa 2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 3. Massa collo fissa 4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta 3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo 4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ASS_RAO 002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 003	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in paziente sintomatico 2. Sospetta cardiopatia sintomatica 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Aritmie maggiori documentate (ECG, Holter) 2. Cardiopatia dilatativa o ipocinetica nota, scadimento della classe funzionale 3. Cardiopatia valvolare nota, scadimento della classe funzionale 4. Sospetto di cardiopatia in pazienti in trattamento emodialitico 5. IMA, entro 6 mesi, complicato da disfunzione ventricolare sinistra 6. Insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio) 7. Post operati portatori di protesi valvolare o vascolare aortica, scadimento della classe funzionale o recente episodio settico 8. Recente insorgenza di dispnea in soggetto senza cardiopatia o pneumopatia nota 9. Soffio di n.d.d. di recente comparsa in paziente sintomatico 10. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 003	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo - Codice 88.72.2 Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Blocco di branca sinistro di nuovo riscontro asintomatico 2. Cardiopatie ischemiche 3. Pazienti con sospetto di cardiopatia o valvulopatia se asintomatico 4. Soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca 5. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. PDA emodinamicamente non significativo 2. Soffio di n.d.d. di primo riscontro in assenza di sintomatologia 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Edemi declivi e/o epatomegalia a lenta evoluzione (da > 30 giorni) 2. Familiarità per cardiopatia (es. S. di Marfan, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva -CMPIO, cardiomiopatia dilatativa - CMPD) o morte improvvisa 3. Familiarità per cardiopatia a trasmissione genetica 4. Valutazione danno d'organo nella ipertensione arteriosa e nel diabete mellito insorti o noti da almeno 6 mesi 5. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 004	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	1. Presenza di gradiente pressorio >30 mm Hg tra i due arti superiori 2. Cardiopatia ischemica o arteriopatia obliterante degli arti inferiori sintomatica o dilatazione aortica 3. Soffio carotideo isolato (non aortico) anche se asintomatico 4. Trombosi retinica arteriosa 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Valutazione in aterosclerosi polidistrettuale con fattori di rischio 2. Pazienti con multipli fattori di rischio cardiovascolare (ipertensione, ipercolesterolemia, fumo, diabete, familiarità, fibrillazione atriale) 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 005	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI - Codice 88.74.9 Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Ipertensione grave (PAD > 120 mmHg) ad esordio improvviso o rapidamente ingravescente o refrattaria ad un trattamento aggressivo (triplice terapia) 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta ipertensione secondaria a stenosi delle arterie renali 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 006	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.4 e 88.77.5 ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO - Codici 88.77.6 e 88.77.7	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. ARTERIOSO: segni di peggioramento di arteriopatia nota, con dolore a riposo e/o lesioni trofiche distali 2. VENOSO: sospetta trombosi venosa superficiale o sua recidiva 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. ARTERIOSO: claudicatio < 100 metri 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. ARTERIOSO: claudicatio > 100 metri 2. ARTERIOSO: diabete mellito 3. ARTERIOSO: paziente asintomatico con fattori di rischio e con ABI < 0,90 4. VENOSO: valutazione dell'indicazione alla chirurgia in sindrome varicosa cronica (non per teleangectasie o varici reticolari) 5. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 007	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI - Codice 88.76.3 Escluso: vasi viscerali	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Obiettività fisica suggestiva per aneurisma dell'aorta addominale 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Riscontro occasionale di calcificazioni aortiche 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 008	ECOENCEFALOGRAFIA - Codice 88.71.1 Ecografia transfontanellare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Ricerca segni di emorragia 2. Ricerca segni di lesioni parenchimali 3. Ricerca segni di idrocefalia 4. Ricerca segni di malformazioni 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Ipotonia 2. Micro-macrocefalia 3. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 009	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Colica reno-ureterale recente 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Massa addominale in età pediatrica 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. 1° riscontro di alterazione bioumorale nel sospetto clinico di neoplasia 2. 1° riscontro di alterazione della funzionalità renale 3. Ascite in assenza di cause note 4. Infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti 5. Sospetto aneurisma aorta addominale asintomatico 6. Massa addominale in età adulta 7. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale 2. Ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar) 3. Infezioni nefro-urinarie pediatriche 4. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 010	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta patologia neoplastica organi pelvici 2. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 011	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione ColorDoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Colica biliare persistente 2. Ittero ad insorgenza acuta 3. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Ittero ad insorgenza acuta 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Epatoesplenomegalia di prima insorgenza 2. Significativo incremento degli enzimi di colestasi 3. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Reflusso gastro-esofageo nel lattante 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Angiomi cutanei multipli 2. Malattie neuro-cutanee 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 012	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Masse pelviche sintomatiche 2. Menometrorragie gravi 3. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Masse pelviche asintomatiche 2. Sanguinamenti in menopausa 3. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Sanguinamento in prepubere 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 012	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale - Codice 88.78.2 Incluso: eventuale EcocolorDoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Dolore pelvico cronico 2. Sospetto fibroma uterino 3. Irregolarità mestruali 4. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Irregolarità mestruali 2. Amenorrea con test negativo 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Sterilità/infertilità di coppia 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Acne/irsutismo 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 013	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione ColorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Addensamento o distorsione sospetta in mammografia 2. Linfadenomegalia ascellare clinicamente sospetta età < 40 anni senza flogosi mammaria 3. Linfonodi sopraclaveari clinicamente sospetti 4. Nodulo di recente riscontro 5. Nodulo mammario nell'uomo 6. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto 7. Sospetto ascesso o cisti infetta 8. Sospetto ematoma post traumatico 9. Altro (10%)
D	60 gg	1. Accrescimento di nodulo "benigno" noto (fibroadenoma) 2. Anomalie dello sviluppo mammario 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Galattocele 2. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età <40 anni 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 014	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta rottura muscolare tendinea acuta con compromissione motoria 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Coxalgia acuta 2. Tumefazione ad insorgenza acuta dei tessuti molli 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Masse non dolorose a rapida insorgenza tessuti superficiali 2. Tumefazione post-traumatica (ematoma o sieroma) 3. Periartrite scapolo-omeroale con impotenza funzionale 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata nel bambino persistente dopo terapia ed osservazione cute e sottocute 2. Sospetto clinico di displasia dell'anca in neonato sintomatico 3. Patologia, sospetta neoplastica, delle parti molli e linfadenopatia superficiale, di recente insorgenza 4. Sospetta infiammazione acuta articolare (sinovite acuta) 5. Sospetto ascesso delle parti molli 6. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 014	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE - Codice 88.79.3 Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Spalla dolorosa da impingement o lesione traumatica della cuffia dei rotatori o periartrite scapolo-omeroale 2. Tumefazione tessuti molli (cisti, lipomi, tumefazioni para-articolari) 3. Patologia degenerativa del tendine d'Achille 4. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Screening della displasia congenita dell'anca 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Tendinopatie Achillee: epicondilopatie 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 015	ECOGRAFIA OSTETRICA - Codice 88.78	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sanguinamenti in gravidanza 2. Sospetta anomalia strutturale fetale 3. Altro (10%)
B	10 gg	1. Sospetto ritardo di crescita fetale 2. Sospetta macrosomia 3. Sospetta placenta previa 4. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 016	ECOGRAFIA SCROTALE - Codice 88.79.6 Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione ColorDoppler	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Massa testicolare 2. Orchite 3. Epididimite 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Criptorchidismo 2. Idrocele sintomatico 3. Dolenzia scrotale persistente 4. Aumento volumetrico scroto non dolente 5. Altro (10%)
P	120 gg	1. Varicocele 2. Sospetto idrocele 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 017	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter) - Codice 89.50	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sintomatologia di sospetta origine aritmica cardiogena ad incidenza frequente (quotidiana o quasi quotidiana) a seguito di valutazione cardiologica 2. Valutazione del carico aritmico di aritmia ipercinetica ventricolare complessa (recente ECG) a seguito di valutazione cardiologica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Valutazione efficacia di terapia in aritmia precedentemente documentata 2. Valutazione della frequenza ventricolare media in fibrillazione atriale nel sospetto di scarso controllo della stessa 3. Cardiopalmo in cardiopatia organica 4. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Esigenza di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti in pazienti con fattori di rischio per emorragia digestiva 3. Sintomi d'allarme: • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) • calo ponderale significativo con sintomi digestivi 4. Sospette neoplasie rilevate obiettivamente e/o con diagnostica strumentale 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24	
	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Anemia sideropenica 2. Pazienti > 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica dolorosa di recente insorgenza (< 6 mesi), persistente (> 4 settimane) o non responsivi alla terapia (mai indagata con EGDS) 3. Sospetta celiachia-malassorbimento 4. Stadiazione pre-trapianto 5. Valutazione varici/gastropatia da ipertensione portale 6. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Positività test del sangue occulto in asintomatico 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica (mai indagata con EGDS) con sintomi persistenti anche dopo test and treat per HP 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 019	MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Accertamenti in pazienti oncologici con neoplasia primitiva misconosciuta 2. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto 3. Secrezione ematica dal capezzolo dopo esame citologico del secreto 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente non sospetto 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Prima richiesta in paziente ad elevato rischio eredo/familiare in donne con età ≥ 40 anni 2. Prima richiesta in paziente in fascia di età compresa tra 40 e 49 anni e > 70 anni asintomatiche con l'obiettivo di prevenzione secondaria (1° accesso) 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 020	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE - Codice 87.11.3 Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta lesione ossea o dentale traumatica 2. Sospetta lesione ossea o dentale flogistica (granuloma, ascesso, carie dolorosa sintomatica) 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Ortopantomografia per carie, disodontiasi, controlli odontoiatrici 2. Studio pre-implantologico, valutazione ortodontica 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica 2. Dispnea, palpitazione o affaticamento per sforzi lievi, verosimilmente di natura cardiaca con caratteristiche di recente insorgenza in soggetti senza precedente diagnosi di cardiopatia 3. Scarica isolata di defibrillatore automatico impiantato 4. Aritmie asintomatiche: ipocinetiche 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel neonato 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 Incluso: ECG (89.52)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Primo episodio di sincope senza trauma 2. Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza 3. Dispnea non severa in soggetto con fattori di rischio cardiologici 4. Dispnea, palpitazione o affaticamento persistenti per sforzi moderati o intensi 5. Prima visita in pregressa crisi ipertensiva 6. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi (escluso il neonato) 7. Valutazione di Portatori di Malattia Sistemica che influenzi l'Apparato Cardiovascolare 8. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi nel bambino 2. Altro (10%)
P	120 gg	1. Prima visita in pazienti con ipertensione arteriosa di recente diagnosi 2. Malattie cronico degenerative (ad es.: connettivopatie, endocrinopatie, malattie metaboliche, malattie infettive) che non rientrano nelle classi precedenti in base alla gravità clinica 3. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Epatopatie in fase di acuzia o di scompenso 2. Ascite progressiva di nuova insorgenza (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 3. Prima diagnosi di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Riacutizzazione moderata di IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 5. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia dell'apparato digerente 6. Sintomi d'allarme: • vomito ricorrente (presenti da almeno 5-7 giorni) con esclusione di cause di natura infettiva, metabolica, neurologica e psicogena • disfagia/odinofagia (presenti da almeno 5-7 giorni) 7. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Calo ponderale (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Ematochezia 3. IBD (inflammatory bowel disease o malattie infiammatorie intestinali) 4. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 5. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA - Codice 89.7A.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	30 gg	1. Anemia sideropenica di sospetta origine gastroenterologica (già indagata con EGDS e colonscopia) 2. Diarrea cronica 3. Dolore toracico non cardiaco 4. Ipertransaminasemia (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 5. Sindrome dispeptico/dolorosa in soggetti >50 anni (già indagata con ecografia addominale, EGDS e colonscopia) 6. Sospetto di malattia celiaca e/o malassorbimento (già indagata con esami di laboratorio) 7. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	30 gg	1. Alterazione di funzione epatica (già indagata con esami di laboratorio e ecografia addominale) 2. Deficit accrescitivo ponderale 3. Altro (10%)
P	120 gg	1. Paziente < 50 anni con sindrome dell'intestino irritabile 2. Pazienti < 50 anni con sindrome da reflusso gastroesofageo o sindrome dispeptica 3. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 023	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC - Codice 88.95.5 Incluso: relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna in sede pelvica dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Endometriosi 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 024	RM DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.95.1 Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Quadro clinico laboratoristico di ittero ostruttivo dopo ecografia non conclusiva 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Dolore persistente post colecistectomia (colangio-RM) 2. Patologia ostruttiva dell'apparato urinario (uro-RM) 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 025	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC - Codice 88.95.2 Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Caratterizzazione di lesione solida pancreaticata indeterminata alla ecografia e TC 2. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia e TC non conclusive 3. Ostruzione acuta delle vie biliari dopo ecografia e TC non conclusive 4. Sospetto di neoplasia maligna in sede addominale dopo esame diagnostico di 1° livello o prima stadiazione 5. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Incidentaloma surrenalico 2. Sospetta patologia malformativa-genetica 3. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 026	RM DEL COLLO - Codice 88.91.6 [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare RM DEL COLLO SENZA E CON MDC - Codice 88.91.7 [Faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta neoplasia maligna del tratto rino-oro-ipofaringeo e ghiandole salivari, dopo ecografia ed TC non conclusive 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. A completamento di indagine TC (es. per chemodectoma) 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 027	RM DELLA COLONNA IN TOTO - Codice 88.93.6 RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCCIGEO - Codici 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati 2. Dolore rachideo e/o sintomatologia di tipo neurologico, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane 3. Traumi recenti e fratture da compressione 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 028	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.7 e 88.93.B RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC - Codici 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: dolore violento, recente, ingravescente in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 2. SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 3. SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV in caso di esame radiografico e/o TC non conclusivo 4. Altro (10%)
B	10 gg	1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale 2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: in presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore 3. Complicanze post-traumatiche 4. Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico; dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare (solo per codice 88.93 B) 5. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 029	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO - Codice 88.91.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Idrocefalo (dopo TC non conclusiva) 2. Patologia espansiva orbitaria 3. Prima diagnosi di Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti 4. Primo episodio di epilessia 5. Tumori cavità orale e lingua 6. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Tumori cavità orale e lingua 2. Arresto sviluppo psico-motorio 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Cefalea continua di nuova insorgenza non sensibile a terapie, in assenza di segni o sintomi localizzanti, dopo con TC conclusiva 2. Prima diagnosi di Morbo di Parkinson (preferibilmente RM senza mdc per codice 88.91.1) 3. Sospetto neurinoma del nervo acustico 4. Sospetta patologia espansiva ipofisaria 5. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	1. Sindromi genetiche 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	1. Sindromi genetiche 2. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 030	RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetta neoplasia dopo indagine radiologica di 1° livello 2. Sospetta osteomielite o raccolta flogistica/ ematica 3. PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata 4. SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee 5. Altro (10%)
D	60 gg	1. Patologia reumatica 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 031	RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Gonalgia acuta con limitazioni funzionali gravi (compromissione della deambulazione) o blocco articolare in paziente con età <65 anni 2. Sospette lesioni tendinee o ligamentose postraumatiche in pazienti di età < 65 anni e/o fibrocartilaginee 3. Sospetta osteonecrosi 4. Spalla dolorosa con grave limitazione funzionale dopo almeno 30 giorni di terapia documentata e non risolutiva 5. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare; valutazione preliminare alla artroscopia. (solo per RM Ginocchio) 6. PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia 7. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 031	RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
D	60 gg	1. Patologia del tunnel carpale in caso di recidiva dopo chirurgia 2. Sospetta necrosi dello scafoide (solo se precedenti indagini sono negative) 3. Sospetta osteocondrite 4. POST-CHIRURGICA: (non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze 5. SOSPETTA INFIAMMAZIONE: per malattia artritica per valutazione estensione processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. (non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica - early arthritis. Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM) 6. Altro (10%)
P	120 gg	1. Sindrome da conflitto articolare 2. Gonalgia con limitazioni funzionali in paziente con età >65 anni 3. Patologia algico-disfunzionale dell'articolazione temporo-mandibolare 4. Patologie infiammatorie croniche 5. Altro (10%)



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 032	RX DELLA CAVIGLIA - Codice 88.28.1 RX DEL PIEDE [CALCAGNO] - Codice 88.28.2 comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 033	RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE - Codici 87.22, 87.23,87.24 RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE - Codici 87.23.64, 87.24.7 RX STANDARD SACROCOCCIGE - Codice 87.24.6	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Morfometria vertebrale per sospetto crollo vertebrale su base osteoporotica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Scoliosi, dismorfismi scheletrici 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 034	RX DEL FEMORE - Codice 88.27.1 RX DEL GINOCCHIO - Codice 88.27.2 RX DELLA GAMBA - Codice 88.27.3	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Sospetta artrite settica o infiammatoria 3. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 035	RX DEL GOMITO - Codice 88.22.1 RX DELL'AVAMBRACCIO - Codice 88.22.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 036	RX DEL POLSO - Codice 88.23.1 RX DELLA MANO - Codice 88.23.2 comprese le dita	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Bilancio di estensione di malattia reumatica sintomatica (primo esame) su indicazione specialistica reumatologica 2. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 3. Sospetta artrite settica o infiammatoria 4. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 037	RX DELLA SPALLA - Codice 88.21.2	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dolore persistente dopo trauma lieve 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Dolore persistente e resistente alla terapia dopo 3 settimane 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 038	RX DEL TORACE - Codice 87.44.1 Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Dispnea ingravescente senza causa nota 2. Sospetta broncopolmonite 3. Sospetta lesione neoplastica (in presenza di segni/sintomi clinici specifici) 4. Sospetto versamento pleurico 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Tosse senza causa evidente 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta patologia interstiziale diffusa 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 039	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.2 Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC - Codice 88.01.4 Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC - Codice 88.01.6	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Calcolosi renale complicata con ecografia non conclusiva (solo su richiesta specialistica urologica)
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (ecografia) di patologia oncologica addomino-pelvica 2. Primo riscontro ecografico di aneurisma dell'aorta addominale, superiore a 4 cm 3. Riscontro a seguito di follow-up ecografico di aumento maggiore di cm 1 di diametro di aneurisma dell'aorta addominale 4. Caratterizzazione di lesioni focali al fegato, dopo ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 5. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta surrenopatia endocrina con ecografia non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia) 2. Sospetta pancreatite cronica 3. Lesioni focali al fegato con diagnosi ecografica verosimilmente benigna ma non conclusiva (è preferibile la RM come indagine di II livello dopo ecografia in caso di pazienti giovani) 4. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 040	TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) - Codici 88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4, 88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta frattura dopo esame radiografico negativo 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica. 2. Valutazione di alterazioni ossee riscontrate in esame radiografico in paziente pauci-sintomatico 3. Valutazione di rilievi scintigrafici ossei positivi con esame radiografico non conclusivo 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 041	TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC - Codici 88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C, 88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Valutazione/caratterizzazione patologia espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. PATOLOGIA ONCOLOGICA: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiografici (in pazienti in cui è controindicata la RM) 3. SOSPETTO ONCOLOGICO: valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiografici o alla scintigrafia ossea (in pazienti in cui è controindicata la RM) 4. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 042	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE - Codice 88.38.5	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di neoplasia maligna dopo esame radiografico di 1° livello 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 043	TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Sospetto ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Sospetta demenza vascolare 2. Vertigini non di pertinenza otorino 3. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 044	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MCD (87.03.D)	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta lesione espansiva intracranica in paziente clinicamente sintomatico (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	1. Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo 2. Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) 3. Patologia dell'orecchio medio (otiti croniche e colesteatomi) 4. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 045	TC MASSICCIO FACCIALE - Codice 87.03.2 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide clinicamente sintomatica 2. Patologie odontogene complesse riconosciute alla indagine radiografica 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Patologia sinusale infiammatoria e polipoide paucisintomatica/cronica 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 046	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC - Codice 87.03.3 [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Sospetto di lesione espansiva (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)
D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 047	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE - Codici 88.38.A, 88.38.B, 88.38.C	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetta frattura vertebrale dopo esame radiografico non conclusivo 2. Altro (10%)
B	10 gg	1. Rachialgia acuta o cronica riacutizzata in paziente con grave e persistente sintomatologia radicolare (deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati, (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Rachialgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) - (in pazienti in cui è controindicata la RM) 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 048	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC - Codici 88.38.D, 88.38.E, 88.38.F	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore. 2. SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori. 3. COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE (in pazienti in cui è controindicata la RM) 4. Altro (10%)
D	60 gg	1. PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 049	TC DEL TORACE - Codice 87.41 [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	1. Sospetto di pneumotorace o pneumomediastino in paziente paucisintomatico con esame radiografico non conclusivo 2. Sospetta patologia infiammatoria acuta con esame radiografico non conclusivo 3. Altro (10%)
B	10 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
D	60 gg	1. Sospetta interstiziopatia polmonare 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

CLASS_RAO 050	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1 [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	
CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO MASSIMO DI ATTESA	INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
B	10 gg	1. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia oncologica mediastinica, polmonare o pleurica 2. Evidenza clinica o strumentale (RX) di patologia vascolare mediastinica (allargamento mediastinico) 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Versamento pleurico e patologia infiammatoria a lenta risoluzione dopo esame radiografico 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

NOTE

ALTRO (10%)

Qualsiasi condizione clinica non prevista dalle “parole chiave” che si ritiene giustifichi l’attribuzione a quello specifico raggruppamento. Presuppone in ogni caso la descrizione in dettaglio delle condizioni cliniche.

RICHIESTE URGENTI/EMERGENTI

Area Cardiologia

Vi sono condizioni cliniche di ambito cardiologico che motivano l'invio del paziente in Pronto Soccorso. Tali condizioni presuppongono la presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso, la cui gestione potrà includere prestazioni strumentali di cardiologia.

Area Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

Vi sono condizioni cliniche di ambito gastroenterologico che motivano l'invio del paziente in Pronto Soccorso. Tali condizioni sono molteplici (ad esempio: rettorragia e/o enterorragia massiva, corpo estraneo) e presuppongono la presa in carico del paziente da parte del Pronto Soccorso, la cui gestione potrà includere visite specialistiche e prestazioni strumentali diagnostiche, di gastroenterologia ed endoscopia digestiva.

Area Radiologia

Vi sono condizioni cliniche che necessitano di approfondimento radiodiagnostico da eseguire al più presto o comunque entro 24 ore. In tali casi deve essere previsto l'accesso diretto al servizio radiologico oppure, in base alla gravità clinica, la presa in carico da parte del Pronto Soccorso.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 2



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



DATI DA RACCOGLIERE IN FASE DI EROGAZIONE SU SUPPORTO CARTACEO

<u>RICETTA SSN*</u>	
PRESTAZIONE	1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.23.4 2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 6. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24 7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2 8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC - Codice 88.93.9 10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1
CODICE PRESTAZIONE	CODICE ALFANUMERICO
DATA PRESCRIZIONE	GG/MM/AA
QUESITO DIAGNOSTICO	Codice ICD9CM e/o TESTO
CODICE PRIORITA'	U B D P
MEDICO PRESCRITTORE**	CODICE ALFANUMERICO
<u>PRENOTAZIONE</u>	
DATA CONTATTO	GG/MM/AA
DATA EROGAZIONE	GG/MM/AA



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<u>REFERTAZIONE</u>	
MEDICO SPECIALISTA (EROGATORE)**	CODICE ALFANUMERICO
CLASSE PRIORITA' ATTRIBUITA DAL MEDICO CHE VALUTA IL PAZIENTE	U B D P NON VALUTABILE NON EROGABILE

* Tali informazioni devono poter essere successivamente associate, in forma anonima, ai dati della prescrizione. Per facilitare la raccolta dei dati potrà essere prevista la fotocopia della ricetta SSN, garantendo l'anonimato del paziente e del medico prescrittore.

** I dati (data di nascita, genere, ospedaliero o specialista ambulatoriale interno) saranno raccolti a cura del referente della specialistica ambulatoriale.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 3



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

TRACCIATO RECORD

Qui di seguito è descritto il tracciato record relativo ai dati minimi necessari da raccogliere per ciascun evento, caratterizzato da prescrizione-prenotazione-erogazione della singola prestazione, associate al singolo utente (per l'invio dei dati utilizzare il file Excel **Allegato 4**).

AREA TERRITORIALE	
CODICE REGIONE*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE REGIONE*	TESTO
CODICE ASL*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE ASL*	TESTO
CODICE STRUTTURA EROGANTE (STS11/HSP.11 e HSP.11 bis)*	CODICE NUMERICO
DENOMINAZIONE STRUTTURA EROGANTE*	TESTO
PRESCRIZIONE	
PRESTAZIONE PRESCRITTA*	1. COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.23.4 2. DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 3. ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI - Codice 88.73.5 4. ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO - Codice 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE - Codice 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE - Codice 88.74.1 5. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.1 ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA - Codice 88.73.2 6. ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] - Codice 45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA – Codice 45.16.1 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA – Codice 45.16.2 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO - Codice 42.24 7. MAMMOGRAFIA BILATERALE - Codice 87.37.1 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - Codice 87.37.2 8. PRIMA VISITA CARDIOLOGICA - Codice 89.7A.3 9. RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE - Codice 88.93.4 RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC – Codice 88.93.9 10. TC CRANIO-ENCEFALO - Codice 87.03 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC - Codice 87.03.1 11. TC DEL TORACE - Codice 87.41 TC DEL TORACE SENZA E CON MDC - Codice 87.41.1



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

DATA RICETTA SSN*	GG/MM/AA
DETTAGLI CLINICO-DIAGNOSTICI (CONTENUTI NEL CAMPO NOTE DELLA RICETTA)	CODICE ICD9CM e/o TESTO
CLASSE DI PRIORITÀ*	U B D P
<u>PAZIENTE</u>	
DATA DI NASCITA*	GG/MM/AA
GENERE*	CODICE ALFANUMERICO
<u>MEDICO PRESCRITTORE</u>	
CODICE IDENTIFICATIVO	CODICE ALFANUMERICO
DATA DI NASCITA	GG/MM/AA
GENERE	CODICE ALFANUMERICO
PRESCRITTORE*	MMG PLS MCA SPECIALISTA
NEL CASO DI MMG O PLS: NUMERO ASSISTITI*	CODICE NUMERICO
NEL CASO DI MMG O PLS: SE NON LAVORA IN ASSOCIAZIONE (0) O SE LAVORA IN ASSOCIAZIONE (1)	CODICE NUMERICO
NEL CASO DI SPECIALISTA: SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1)	CODICE NUMERICO
<u>SERVIZIO DI PRENOTAZIONE</u>	
DATA DI PRENOTAZIONE (CONTATTO)*	GG/MM/AA
DATA DI EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE*	GG/MM/AA



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

<u>SPECIALISTA</u>	
CODICE IDENTIFICATIVO	CODICE ALFANUMERICO
DATA DI NASCITA	GG/MM/AA
GENERE	CODICE ALFANUMERICO
SE OSPEDALIERO (0) O SE SPECIALISTA CONVENZIONATO O IN STRUTTURA CONVENZIONATA (1)*	CODICE ALFANUMERICO
CLASSE DI PRIORITÀ (ATTRIBUITA DALLO SPECIALISTA CHE VALUTA IL PAZIENTE)*	U B D P NON VALUTABILE NON EROGABILE

*DATI OBBLIGATORI



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ALLEGATO 4



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

campi obbligatori

Pag. 1 a 1

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

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 avallata 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.

ALLEGATO 2

Obiettivi per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021

Sommario

A - Prestazioni specialistiche ambulatoriali.....	2
1) <i>Contesto di riferimento.....</i>	<i>2</i>
2) <i>Ruoli e Responsabilità.....</i>	<i>2</i>
3) <i>Sistema incentivante.....</i>	<i>3</i>
4) <i>Governo della domanda.....</i>	<i>3</i>
5) <i>Appropriatezza prescrittiva.....</i>	<i>6</i>
6) <i>Governo dell'offerta.....</i>	<i>7</i>
7) <i>Percorsi di tutela a garanzia dei tempi di attesa.....</i>	<i>7</i>
8) <i>Fornitori privati accreditati.....</i>	<i>8</i>
9) <i>Governo del fenomeno della 'prestazione non eseguita' per mancata presentazione dell'assistito.....</i>	<i>8</i>
10) <i>Informazione e comunicazione sulle liste di attesa.....</i>	<i>9</i>
11) <i>Prestazioni ambulatoriali monitorate.....</i>	<i>10</i>
12) <i>Flussi informativi.....</i>	<i>13</i>
B - Prestazioni di ricovero ospedaliero.....	15
1) <i>Contesto di riferimento.....</i>	<i>15</i>
2) <i>Obiettivi regionali relativi al triennio 2019-2021.....</i>	<i>19</i>
3) <i>Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021.....</i>	<i>21</i>
C - Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica.....	26
D - Programmi attuativi aziendali contenimento tempi di attesa.....	28

A - Prestazioni specialistiche ambulatoriali

1) Contesto di riferimento

Nel 2018 in Regione Emilia-Romagna sono state monitorate circa il 38% delle prestazioni erogate, escludendo il laboratorio, che raggiunge il 50% se si considerano le visite e le prestazioni di diagnostica strumentale.

Prestazioni erogate nell'anno 2018 in Regione in regime SSN per azienda sanitaria di erogazione:

Azienda	monitorate	totale escluso laboratorio	totale visite e diagnostica
PIACENZA	308.265	983.568	663.070
PARMA	486.552	1.060.841	785.017
REGGIO EMILIA	704.709	2.083.186	1.540.369
MODENA	807.407	1.662.526	1.363.083
BOLOGNA	1.115.536	2.376.786	1.860.098
IMOLA	159.989	390.677	290.805
FERRARA	410.419	906.333	718.439
ROMAGNA	1.655.738	4.219.254	3.167.079
AOSPU PARMA	198.423	687.016	530.031
AOSPU MODENA	188.037	872.802	606.681
AOSPU BOLOGNA	239.770	927.625	699.349
AOSPU FERRARA	119.625	544.056	397.254
I.O.R.	22.811	117.302	98.783
TOTALE	6.417.281	16.831.972	12.720.058

2) Ruoli e Responsabilità

La responsabilità del governo delle liste di attesa è affidata al Direttore Generale di ciascuna azienda sanitaria.

- Il Direttore Generale dell'Azienda USL, in collaborazione del Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera (ospedaliera universitaria o IRCCS di riferimento se presenti) nomina i componenti del Team operativo sulle liste di attesa interaziendale o di altro organismo/i che a livello aziendale sia stato preposto al governo dei tempi di attesa e quindi con le medesime finalità e il Responsabile Unitario dell'accesso, al quale vengono affidati i seguenti compiti:
- coordinamento dei componenti del Team operativo sulle liste di attesa interaziendale
- presidio, monitoraggio e verifica degli interventi adottati in tema di facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'ambito territoriale di riferimento
- gestione della definizione e modifica delle agende di specialistica ambulatoriale
- garanzia del mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard

- verifica l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa
- partecipa alla stesura del Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa
- propone alla Direzione Generale la sospensione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) nel caso in cui non vengano rispettate le condizioni di equilibrio tra l'ALPI e l'SSN e non vengano garantiti i tempi di attesa standard regionali in regime istituzionale rendendo visibile l'offerta anche in alpi in tutte le aziende dell'ambito territoriale (in collaborazione con il Responsabile/i dell'ALPI aziendale/i)
- collabora ai lavori in tema di specialistica ambulatoriale nella relativa Area Vasta
- collabora ai lavori del Gruppo tecnico regionale liste di attesa

Obiettivi e tempi:

Nel Programma attuativo indicazione del Responsabile unitario dell'accesso (RUA) e del Team operativo sulle liste di attesa interaziendale

3) Sistema incentivante

Nelle delibere di programmazione e di finanziamento del triennio, l'obiettivo di facilitazione all'accesso delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è prioritario.

Il sistema incentivante per le Direzioni aziendali e per i Responsabili unitari dell'accesso, deve tenere conto prioritariamente dei risultati ottenuti sul mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard, e sull'effettiva presa in carico del cittadino da parte dello specialista

Obiettivi:

- garanzia tempi di attesa, ovvero mantenimento indice di performance $\geq 90\%$ dei tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso urgenze brevi (classe di priorità B), differibili (classe di priorità D) e programmate (classe di priorità P).
- garanzia prescrizione e prenotazione a carico dello specialista/struttura, ovvero la prenotazione degli approfondimenti diagnostici o dei controlli ravvicinati o a distanza senza limite temporale è obbligatoria

Tempi: obiettivi monitorati al **31 dicembre di ogni anno**

4) Governo della domanda

4.1 Regole prescrittive

È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni:

- informazioni anagrafiche del cittadino
- le prestazioni
- il quesito diagnostico
- il tipo accesso
- le classi di priorità

Le **informazioni anagrafiche del cittadino** (nome, cognome, indirizzo di residenza e di domicilio, codice esenzione etc.) vengono rilevate dall'Anagrafe Regionale Assistiti

(ARA), in caso di cittadini residenti o assistiti in Regione Emilia-Romagna. È responsabilità dell'Azienda sanitaria tenere costantemente aggiornate le informazioni presenti sull'Anagrafe Regionale Assistiti.

Il **quesito diagnostico** descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni.

In assenza del quesito clinico, la ricetta non è erogabile con oneri a carico del servizio sanitario regionale.

Il **Tipo accesso** indica se la prescrizione/prestazione si riferisce ad un **primo accesso** o ad altri accessi.

In particolare,

il **Tipo accesso=1** (primo accesso) è riferito a:

- prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, nei casi in cui si necessita di primo inquadramento diagnostico
- visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente.

Il **Tipo accesso=0** (accesso successivo) è riferito a:

- visita o prestazione di controllo, follow up
- prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale

L'indicazione del Tipo accesso da parte del medico prescrittore, a livello nazionale, è obbligatoria in ricetta dal 1° giugno 2019.

È prevista una fase di transizione durante la quale su tutti gli applicativi di prescrizione e prenotazione verranno implementate nuove funzionalità per gestire questa informazione.

Le prestazioni successive che si rendono necessarie dopo il primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza quindi reinvio al MMG/PLS per la prescrizione.

Inoltre, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far garantire la prenotazione delle suddette prestazioni contestualmente all'emissione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura (se non diversamente richiesto dal paziente).

A tal fine, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino, pianificando la fruibilità delle prestazioni con tempi appropriati con il decorso della patologia.

Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli o *follow up*, si istituiranno apposite agende (o spazi riservati) dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, tali agende saranno integrate nel sistema CUP, al fine di centralizzare la gestione dell'offerta, con accesso in prenotazione a profili riservati.

L'evidenza della presa in carico sarà dimostrata anche tramite un incremento delle prescrizioni a carico degli specialisti e in una riduzione delle prescrizioni a carico dei MMG/PLS con particolare riferimento a quelle 'suggerite'.

Utilizzo sistematico delle classi di priorità

L'indicazione delle classi di priorità (U, B, D, P) è obbligatoria in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale nel caso in cui il medico indichi il primo accesso (tipo accesso=1).

Vengono definiti i seguenti standard per il primo accesso

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, **entro 72 ore**;
- **B (Breve)** da eseguire **entro 10 gg**;
- **D (Differibile)** da eseguire **entro 30 gg per le visite o 60 gg per gli accertamenti diagnostici**
- **P (Programmata)** da eseguire **entro 120 gg**

Al fine di semplificare l'operatività dei sistemi di prenotazione e garantire gli standard, si definisce che:

- le prescrizioni con classi di priorità **U e B**, sono valide ai fini prenotativi fino al **massimo 7 gg** di calendario a partire dalla data di prescrizione. Passati i 7 gg dalla data di prescrizione, le ricette con classi di priorità U e B non sono più prenotabili e non più erogabili.
- le prescrizioni con classi di priorità **D, P** sono valide ai fini prenotativi fino a **6 mesi** a partire dalla data di prescrizione.
- le prescrizioni con **tipo accesso = 0**, possono essere considerate valide anche dopo 6 mesi dalla prescrizione, in relazione alle indicazioni fornite dallo specialista che le ha prescritte.

I giorni di attesa per l'esecuzione di una qualunque prestazione, con qualunque classe di priorità, devono essere calcolati, a partire dalla data di prenotazione, sui **giorni di calendario** non quindi sui giorni lavorativi.

Per garantire l'accesso entro gli standard indicati dalle classi di priorità, le Aziende devono definire **protocolli appropriati di erogabilità** condividendoli con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e i medici specialisti.

La regione in collaborazione di AGENAS sperimenta presso l'AUSL di Imola il modello RAO per verificarne la possibilità di successiva implementazione presso le altre Aziende.

4.2 Applicativi di prescrizione

Con la DGR 748/11 si è definito come unico strumento prescrittivo regionale il Catalogo SOLE della specialistica ambulatoriale. L'utilizzo di questo strumento, oltre a garantire la prescrizione e l'erogazione delle sole prestazioni presenti nei LEA, è inoltre indispensabile ai fini della redazione della ricetta dematerializzata, i cui flussi prevedono lo scarto dell'impegnativa se non contiene la codifica SOLE della prestazione.

Ciò premesso è quindi necessario che le Aziende procedano all'implementazione del catalogo regionale SOLE su tutti gli applicativi prescrittivi in uso dagli specialisti.

L'importanza dell'utilizzo del catalogo SOLE si riferisce a tutte le informazioni correlate alle prestazioni in esso contenute, indispensabili per la corretta redazione della prescrizione, quali esenzioni per patologia o gravidanza, branca di appartenenza, codice nomenclatore tariffario, particolari note per il prescrittore su prestazioni specifiche.

Gli applicativi in uso nelle aziende sanitarie per la prescrizione specialistica nonché quelli in uso a MMG e PLS, devono quindi recepire le specifiche di implementazione delle regole prescrittive, sia per quanto attiene all'aggiornamento del catalogo prescrittivo, sia per tutte le indicazioni di appropriatezza, garantendone il tempestivo aggiornamento tramite i servizi web messi a disposizione dalla regione.

Al fine di uniformare le modalità prescrittive, la regione ha messo a disposizione dei MMG la *cartella regionale SOLE*, un applicativo di prescrizione che garantisce l'applicazione a livello regionale di tutte le indicazioni normative vigenti. Tutte le funzioni dell'applicativo sono finalizzate ad una efficace, sicura e facilitata prescrizione specialistica. Vi è la possibilità di strutturare 'percorsi informatici' pre-condivisi per guidare i medici nella compilazione delle prescrizioni, gestire lo storico. Sono disponibili degli alert che indirizzano il prescrittore nella scelta di prestazioni, quesiti diagnostici e classi di priorità, esenzioni per patologia a garanzia delle regole di erogabilità.

Al fine di rispondere agli obblighi normativi previsti dal nuovo Piano Nazionale per il Governo delle liste di attesa (di cui all'allegato 1), gli applicativi di prescrizione devono prevedere una nuova funzionalità che consenta al medico prescrittore, di indicare sulla ricetta il "tipo accesso" (1=primo accesso, 0=accesso successivo) in aggiunta alla classe di priorità.

Obiettivi e tempi

entro il 31 dicembre 2019, le aziende devono adeguare gli applicativi degli specialisti per la prescrizione, secondo le specifiche messe a disposizione dalla regione.

5) Appropriatezza prescrittiva

Il DPCM 12/01/2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha ridefinito le "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale" previste dal Decreto Ministeriale del 9 dicembre 2015, limitando il numero di prestazioni assoggettate a condizione di erogabilità, spostando, a parità di condizioni, i vincoli del prescrittore verso l'appropriatezza prescrittiva, ovvero verso l'aderenza complessiva del medico alle evidenze scientifiche.

Considerato che numerose prestazioni del DPCM 2017 sono già contenute nel nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Emilia-Romagna, si ritiene di procedere a mutuare le indicazioni di appropriatezza prescrittiva dal provvedimento Nazionale, per fornire indicazioni uniformi necessarie agli adeguamenti dei sistemi informativi (applicativi di prescrizione, prenotazione ed erogazione).

Obiettivi e tempi

Durante il periodo di vigenza del Piano regionale:

- le Aziende periodicamente devono attuare controlli a campione per verificare l'appropriatezza prescrittiva.

- La Regione mette a disposizione lo strumento di prescrizione guidata SSI, aggiornato con le indicazioni normative vigenti. Le Aziende in tale applicativo possono implementare protocolli in uso nel proprio ambito territoriale.

6) Governo dell'offerta

Al fine di garantire la piena potenzialità produttiva nei Programmi aziendali, deve essere chiara la valutazione del fabbisogno dell'attività e del personale, attraverso la definizione la **programmazione dell'offerta** e la pianificazione di attività delle equipe, per ogni regime di erogazione (in regime istituzionale e in libera professione intramoenia) e per ciascuna modalità di accesso.

Deve essere garantito l'utilizzo delle **grandi apparecchiature di diagnostica per immagini** per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Di norma le apparecchiature sono utilizzabili dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20, e il sabato dalle 8 alle 14 per un totale di 66 ore settimanali.

Nei Programmi aziendali viene riportato la valutazione del fabbisogno delle apparecchiature, l'elenco di quelle in uso, la tipologia (con evidenza delle obsolete), la localizzazione per ambito di garanzia, e il relativo tempo di utilizzo al netto dei fermi macchina per guasto/manutenzione.

Obiettivi

Per le prestazioni monitorate per i tempi di attesa, elaborazione del Piano di Produzione annuale dell'attività e del piano delle apparecchiature triennale

Tempi

Piano di Produzione del 2019 nel Programma attuativo

Piano di Produzione del 2020 entro il 31/12/2019

Piano di produzione del 2021 entro il 31/12/2020

7) Percorsi di tutela a garanzia dei tempi di attesa

Si confermano gli strumenti funzionali al contenimento dei tempi di attesa indicati a livello regionale:

- Definizione per ogni prestazione degli ambiti di garanzia, ambiti territoriali (distretto, area, azienda) nei quali l'Azienda è tenuta a garantire i tempi massimi stabiliti;
- Confronto dei tempi di attesa con i volumi pianificati per il regime istituzionale e libero professionale;
- Implementazione di eventuali strategie di modulazione temporale della produzione attraverso l'utilizzo di strumenti contrattuali (in attuazione dell'art. 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002) come ad esempio l'utilizzo delle 26 ore annuali derivanti dalle ore dedicate all'aggiornamento, l'utilizzo dell'esternalizzazione delle guardie nella misura percentuale prevista dal contratto;
- Identificazione dei Percorsi di garanzia, ovvero percorsi che devono essere attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui

non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa;

- Revisione continua delle agende di prenotazione: separazione delle prime visite, dei controlli, dei follow up, tipologie e volumi di prestazioni non presenti a CUP, apertura continua delle agende, overbooking; trasparenza delle modalità prenotative dell'attività libero professionale secondo le indicazioni presenti nella delibera di giunta regionale n. 748/2011 (linee guida CUP);
- Possibilità di sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe, come previsto dalla normativa vigente (DGR 1035/2009, DGR 200/2008, DGR 54/2002, Legge n. 120 del 3/8/2007, DPCM del 27/3/2000, D.Lgs. 502/92), nel caso si verificano squilibri significativi tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale.

8) Fornitori privati accreditati

La Regione riconosce il ruolo fondamentale del modello di gestione concertativo basato su un sistema misto pubblico-privato nell'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali, che contribuisce alla sensibile riduzione delle liste di attesa, obiettivo strategico del sistema sanitario, ed al contenimento della mobilità passiva extraregionale.

Tutte le strutture private accreditate, in sede di sottoscrizione del contratto di fornitura con le Aziende sanitarie sono tenute a rispettare il debito informativo di cui al "flusso informativo della specialistica ambulatoriale - ASA" per il monitoraggio degli accordi contrattuali, con l'avvertenza che il mancato rispetto o l'erronea compilazione della modulistica di cui a tale obbligo darà luogo al rifiuto di pagamento delle prestazioni.

Inoltre, sempre nel contratto di fornitura, occorre prevedere che esse siano tenute ad entrare nella rete informatica "Progetto Sole" e fascicolo Sanitario Elettronico per favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura. In particolare, con oneri a carico delle strutture private accreditate:

- devono essere implementate tutte le funzionalità necessarie all'ingresso nella rete sole in particolare finalizzate alla erogazione delle ricette SSN e all'invio del referto al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- devono essere assicurate tutte le funzionalità necessarie alla visualizzazione ed erogazione delle ricette dematerializzate, secondo le regole previste dal flusso ministeriale;
- esclusivamente per il periodo di vigenza del contratto di fornitura, le Aziende USL consentono ai privati accreditati la consultazione attraverso il servizio applicativo SAIA RER, delle informazioni anagrafiche utili ai fini della prenotazione ed erogazione;
- deve essere consentita la consultazione delle informazioni relative al pagamento del ticket, attraverso l'integrazione degli applicativi o con altre modalità operative concordate con le Aziende sanitarie.

9) Governo del fenomeno della 'prestazione non eseguita' per mancata presentazione dell'assistito

A seguito degli interventi messi in atto con la DGR 1056/2015 e degli ottimi risultati raggiunti in tema di riduzione dei tempi di attesa, con l'art. 23 della Legge 2/2016 e la DGR 377/2016, la Regione, per rendere ancora più efficienti le liste di attesa, ha lavorato sulla responsabilizzazione del cittadino affinché si riducessero le mancate presentazioni.

Tale fenomeno infatti, incide negativamente sui tempi di attesa, toglie l'opportunità ad altre persone di usufruire dei servizi sanitari e comporta costi per il servizio sanitario regionale.

La Legge 2/2016 prevede che l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima della data fissata. L'assistito, anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini indicati, è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita.

Le Aziende in collaborazione con i servizi regionali (Servizio Assistenza territoriale e Servizio Affari legislativi della Giunta regionale) e con il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ), hanno definito specifiche indicazioni operative al fine di rendere uniformi le modalità applicative della legge.

Per facilitare la disdetta da parte del cittadino, in tutti i promemoria di prenotazione vi è la chiara indicazione del termine ultimo entro cui disdire e tutte le modalità attraverso cui farlo: numero verde, sportello CUP, on line con CUPWEB, FSE, App ERSalute, ecc.

Inoltre, è stata avviata la campagna informativa "Insieme per una sanità più veloce" che ha previsto, oltre alle indicazioni sui tempi di attesa e sulle modalità di accesso, anche chiare informazioni ai cittadini sull'applicazione della sanzione in caso di mancata o tardiva disdetta.

Tutte le Aziende sanitarie hanno applicato uniformemente le indicazioni sopra descritte.

Complessivamente a livello regionale, si riscontra positivamente la diminuzione delle mancate presentazioni agli appuntamenti da parte dei cittadini che sono risultate stabili negli ultimi due anni pari all'1% sul totale delle prenotazioni, contro un 7% riscontrato nel 2015.

La legge regionale si è rivelata un efficace strumento di miglioramento delle liste di attesa e di responsabilizzazione dei cittadini che ha determinato un incremento delle disdette entro i termini, un calo delle mancate presentazioni e un conseguente recupero, da parte delle Aziende, degli appuntamenti disdetti a favore di nuove prenotazioni.

Obiettivi e tempi

- Monitoraggio trimestrale delle mancate presentazioni dell'assistito e dell'applicazione uniforme delle indicazioni operative di cui sopra
- Entro i termini della vigenza di questo Piano, implementazione di un sistema di rilevazione nel Cruscotto regionale rilevazione tempi di attesa

10) Informazione e comunicazione sulle liste di attesa

A completamento della campagna di comunicazione già avviata, articolata a livello regionale e locale e rivolta ai cittadini e ai professionisti, le Aziende sanitarie devono mantenere un rapporto stabile con i cittadini e le loro rappresentanze in modo da favorire un'adeguata conoscenza sulle regole e sulle modalità di accesso ai servizi sanitari.

È importante a questo fine, che ciascuna Azienda, in caso di criticità, sviluppi moduli formativi motivazionali e di empowerment in tema liste di attesa **rivolti agli operatori degli URP e dei CUP**.

L'informazione deve essere completa finalizzata alla chiarezza e alla semplificazione dell'accesso ma deve riguardare anche i doveri che il cittadino è tenuto a rispettare, come ad esempio la puntualità ad un appuntamento e il dover disdirlo entro i termini in caso di impossibilità ad eseguire la prestazione.

A tutela dell'equità e della trasparenza, la Regione aggiorna costantemente il portale regionale dei tempi di attesa www.TDAER.IT rispetto alle modalità organizzative, alle eventuali novità normative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, ai tempi standard per classi di priorità.

In tale portale, presente in tutti i siti web di ciascuna azienda sanitaria, ogni settimana vengono pubblicati i tempi di attesa rilevati dai CUP di tutti gli ambiti territoriali regionali.

Inoltre, attraverso il Portale Sole la regione ha creato un ambiente telematico di immediato accesso, di informazione diretta tra le aziende sanitarie e i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti, che oltre a garantire l'uniformità prescrittiva è funzionale anche alla formazione continua dei medici rispetto alle novità in tema di congruità e appropriatezza prescrittiva (ad esempio newsletter, video, comunicazioni via mail diffuse in automatico a tutti i prescrittori).

Una migliore informazione dei diritti e dei doveri e delle scelte adottate da parte delle Aziende sanitarie, in un rapporto continuo e trasparente con i cittadini e i professionisti è uno strumento fondamentale di miglioramento delle performance dei tempi di attesa regionali.

Obiettivi e tempi

A livello regionale:

aggiornamento settimanale delle informazioni e dei dati pubblicati su www.TDAER.it

aggiornamento costante delle novità informative presenti sul Portale Sole

A livello aziendale:

predisposizione di moduli formativi operatori CUP e URP almeno 1 volta all'anno

11) Prestazioni ambulatoriali monitorate

Per le visite e per le prestazioni diagnostico strumentale, ad almeno **il 90% delle prenotazioni** di primo accesso devono essere garantiti i seguenti tempi massimi di attesa secondo la tabella che segue:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;• B (Breve) da eseguire entro 10 gg;• D (Differibile) da eseguire entro 30 gg per le visite o 60 gg per gli accertamenti diagnostici• P (Programmata) da eseguire entro 120 gg |
|---|

Tali tempi massimi di attesa riguardano tutte le visite o prestazioni di diagnostica strumentale.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione:

- le visite di primo accesso (codici di prima visita o codici di visita di controllo solo in caso di esenzione per patologia) e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto

Sono invece escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa le seguenti prestazioni specialistiche:

- le prestazioni di controllo
- le prestazioni di screening
- le prestazioni con classe di priorità U (Urgente)
- le prestazioni erogate nei consultori
- Le prestazioni erogate in contesti assistenziali diversi dal livello di assistenza ambulatoriale (assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale, sert, servizi di salute mentale, neuropsichiatria infantile) e non rilevate nel flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA)

Elenco prestazioni oggetto di monitoraggio

VISITE SPECIALISTICHE

Prestazione	Codice Nomenclatore
Prima Visita cardiologia	87.7A.3
Prima Visita chirurgia vascolare	89.7A.6
Prima Visita endocrinologica	89.7A.8
Prima Visita neurologica	89.13
Prima Visita oculistica	95.02
Prima Visita ortopedica	89.7B.7
Prima Visita ginecologica	89.26.1
Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8
Prima Visita urologica	89.7C.2
Prima Visita dermatologica	89.7A.7
Prima Visita fisiatrica	89.7B.2
Prima Visita gastroenterologica	89.7A.9
Prima Visita oncologica	89.7B.6
Prima Visita pneumologica	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Prestazione	Codice Nomenclatore
--------------------	----------------------------

Mammografia bilaterale	87.37.1
Mammografia monolaterale	87.37.2
TC del Torace	87.41
TC del Torace senza e con MCD	87.41.1
TC dell'addome superiore	88.01.1
TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2
TC dell'Addome inferiore	88.01.3
TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
TC dell'addome completo	88.01.5
TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6
TC Cranio – encefalo	87.03
TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1
TC del rachide e dello speco lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
RM della colonna in toto	88.93
RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5
Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
Ecografia dell'addome completo	88.76.1
Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
Ecografia ostetrica	88.78
Ecografia ginecologica	88.78.2

Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria semplice	89.37.1
Spirometria globale	89.37.2
Fotografia del fundus	95.11
Elettromiografia	93.08.1

Obiettivi

Monitoraggio delle prestazioni secondo le Linee Guida dal piano Nazionale

12) Flussi informativi

Flusso ASA

Al fine di ottemperare alle esigenze di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, le aziende dovranno prestare particolare attenzione alla tempestività di invio dei dati nonché alla loro completezza.

Inoltre, dovranno adeguare i sistemi di rilevazione del flusso con la nuova variabile *tipo accesso* che dovrà essere obbligatoriamente rilevata come anche la classe di priorità ed il codice SOLE della prestazione.

Cruscotto regionale tempi di attesa

Rilevazione quotidiana del numero di prenotazioni di prestazioni di primo accesso oggetto di monitoraggio e dei relativi tempi di attesa, con calcolo dell'indice di performance.

B - Prestazioni di ricovero ospedaliero

1) Contesto di riferimento

Con riferimento alle prestazioni di ricovero chirurgico programmato il PNGLA per il triennio 2019-2021 specifica quanto segue:

- *ambito della rilevazione*: il monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A.
- *indicatore*: proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A (ovvero 30 giorni)
- *soglie di garanzia*: definite in base alla distribuzione dei tempi di attesa nazionali dell'anno 2016; per il primo anno (2019) è il valore mediano osservato della distribuzione, per il secondo anno (2020) è il valore osservato relativo al III quartile, mentre per il terzo anno (2021) è il valore del 90%.
- *prestazioni chirurgiche oggetto di monitoraggio*: TM mammella, TM prostata, TM colon, TM retto, TM utero, melanoma, TM tiroide, bypass, angioplastica, endoarteriectomia carotidea, protesi d'anca, TM polmone, colecistectomia laparoscopica, coronarografia, biopsia percutanea del fegato, emorroidectomia e riparazione di ernia inguinale.

La Regione Emilia-Romagna con la DGR 272/2017 ha sottolineato la necessità di raggiungere l'obiettivo di una piena trasparenza ed equità nella gestione dell'accesso dei ricoveri chirurgici programmati e un controllo più stringente sul rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio. La DGR 272/2017, in linea con il Piano Nazionale precedente, ha definito:

- *ambito della rilevazione*: tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili, indipendentemente dalla classe di priorità assegnata
- *soglie di garanzia*: 90% dei ricoveri erogati entro i tempi massimi previsti, valide per tutti gli interventi oggetto di monitoraggio

Più nel dettaglio, la DGR 272/2017 fissa i seguenti standard:

- a) *patologie neoplastiche* (tumore mammella, prostata, colon-retto, utero e polmone): 90% dei casi entro 30 gg (unica eccezione gli interventi per tumore alla prostata: 90% entro i tempi indicati dalla classe di priorità)
- b) *protesi d'anca*: 90% dei casi entro 180 gg
- c) *tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio* (bypass, endoarteriectomia carotidea, coronarografia, angioplastica, tonsillectomia, biopsia percutanea del fegato, emorroidectomia e riparazione di ernia inguinale): 90% dei casi entro i tempi indicati dalle relative classi di priorità

La tabella seguente (tabella 1) riporta i risultati relativi al monitoraggio retrospettivo da SDO raggiunti nel biennio 2017-2018 e nei primi due mesi del 2019 dalle Aziende della Regione Emilia-Romagna:

Tabella 1 – Monitoraggio retrospettivo da SDO, trend 2017 - 2019

		Anno 2017	Anno 2018	I bimestre 2019
Chirurgia oncologica	N° ricoveri	9.242	9.483	1.418
	% entro la classe	79,7	88,4	89,4
Protesi d'anca	N° ricoveri	7.873	8.321	1.411
	% entro la classe	81,6	89,4	91,7
Altri interventi	N° ricoveri	22.970	23.729	3.746
	% entro la classe	71,2	80,7	84,2
Totale	N° ricoveri	40.085	41.533	6.575
	% entro la classe	75,2	84,2	86,9

Le Aziende della Regione Emilia-Romagna hanno quindi raggiunto l'obiettivo regionale del 90% degli interventi erogati entro i tempi massimi sia per la chirurgia oncologica che per la protesi d'anca, con un trend decisamente in crescita. Tali risultati sono stati raggiunti riuscendo a garantire al contempo l'esaurimento delle liste di attesa pregresse, ovvero quelle relative ai pazienti inseriti in lista prima del 1° gennaio 2018.

Rispetto al livello nazionale esse hanno già in larga parte raggiunto gli obiettivi previsti per il primo anno del Piano Nazionale; la tabella seguente (tabella 2) mostra infatti che tutte le prestazioni hanno già superato l'obiettivo fissato per l'anno 2019, con la sola eccezione degli interventi di melanoma, che tuttavia si discostano di due soli punti percentuali dall'obiettivo (87,5% vs 89,1%).

Si segnala che per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi per gli interventi per melanoma, tumori della tiroide e colecistectomie laparoscopiche, pur configurandosi come un obiettivo di nuova introduzione, si possono registrare fin da ora performance elevate a riprova dell'efficacia degli interventi complessivi fino ad oggi attuati per il miglioramento dell'intero processo di accesso alle prestazioni chirurgiche programmate.

Tabella 2 – Risultati RER rispetto agli obiettivi PNGLA 2019 - 2021

Interventi monitorati - Classe A	RER 2018		Obiettivo PNGLA 2019 - % entro la classe	Obiettivo PNGLA 2020 - % entro la classe	Obiettivo PNGLA 2021 - % entro la classe
	N° ricoveri	% entro la classe			
TUMORE MAMMELLA	5.166	94,3	74,5	86,1	90
TUMORE PROSTATA	895	61,8	50,8	58,8	90
TUMORE COLON	1.502	93,3	86,7	90	90
TUMORE RETTO	545	87	77,8	83,3	90
TUMORE UTERO	850	91,1	83,5	87,2	90
TUMORE POLMONE	1.054	95,1	78,4	89,3	90
TUMORE TIROIDE	559	80	68,1	76,6	90
MELANOMA	521	87,5	89,1	90	90
PROTESI D'ANCA	1.526	99,1	66,7	74,5	90
BYPASS	672	90,6	84,9	90	90
CORONAROGRAFIA	5.574	91,9	85	90	90
PTCA	2.878	91,7	88,6	90	90
ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	612	74,5	61	70,1	90
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	729	78,6	67	75,3	90
BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	478	97,7	90	90	90
EMORROIDECTOMIA	419	83,5	73,3	84,5	90
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	1.305	76	72,8	79,1	90
<i>Tutti gli interventi monitorati a livello nazionale</i>	25.285	89,8	.	.	.

A partire dal 1° gennaio 2018 le Aziende Sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna alimentano il flusso regionale *SIGLA (Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa)* che raccoglie i dati analitici relativi alle posizioni attive in lista di attesa presso ciascuna azienda. Le informazioni riguardano la struttura che ha effettuato la prenotazione, la priorità assegnata al paziente, il tipo di intervento programmato (sono inclusi soltanto gli interventi elencati all'interno del Nomenclatore Regionale), le giornate di sospensione, ed ulteriori variabili rilevanti. I dati sono aggiornati in tempo reale, quindi è sempre possibile conoscere lo stato dei pazienti (in attesa, ricoverati, sospesi, trasferiti o rimossi dalla lista) ed i relativi tempi di attesa.

Nel corso dell'anno 2017, con la collaborazione delle Aziende Sanitarie, la Regione Emilia-Romagna ha definito le "Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati" (circolare 7/2017) finalizzate alla predisposizione di regolamenti aziendali.

Le principali azioni incluse nei suddetti regolamenti aziendali hanno riguardato:

- l'identificazione per ciascuna azienda sanitaria di un Responsabile Unico per l'Accesso (RUA);
- la gestione informatizzata del registro di prenotazione, attraverso lo sviluppo di strumenti che integrino le funzioni delle liste di attesa, del registro operatorio e ADT

(Accettazione, Dimissione, Trasferimenti), e l'implementazione di sistemi di reportistica dinamica in grado di monitorare lo stato delle liste di attesa, consentendo di intervenire in maniera tempestiva in casi di criticità;

- l'alimentazione del flusso regionale (SIGLA) finalizzato al monitoraggio prospettico delle liste di attesa
- la comunicazione al paziente, nel rispetto dei criteri di appropriatezza, equità e trasparenza

La Regione Emilia-Romagna, inoltre, attraverso il sistema informativo regionale, ha messo a disposizione delle Aziende un sistema di reportistica sia di tipo retrospettivo che di tipo prospettico. Il primo si basa sul flusso SDO e consente di monitorare mensilmente l'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio; il secondo, invece, basandosi sul flusso SIGLA e riguardando quindi tutte le prestazioni previste dal Nomenclatore regionale, consente alle Aziende, attraverso un sistema di tipo dinamico, di conoscere in tempo reale la consistenza delle proprie liste di attesa, avendo quindi la possibilità di intervenire in maniera tempestiva in caso di criticità.

Sono stati inoltre predisposti, sempre con il contributo delle Aziende, i seguenti documenti:

- “Governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna” (PG/2018/0367946 del 21/05/2018) che definisce i profili standard di riferimento preoperatori condivisi fra i professionisti e omogenei, per la valutazione anestesiológica dei pazienti da sottoporre a prestazioni di ricovero programmato
- “Carcinoma prostatico: classi di rischio, strategie terapeutiche e tempistiche di trattamento chirurgico radicale” che contiene indicazioni cliniche per l'appropriato inserimento in lista e l'attribuzione della classe di priorità in relazione ai livelli di rischio (PG/2017/0720985 del 16/11/2017)

Con cadenza annuale sono infine condotte analisi comparative dei tassi di ospedalizzazione relativi ai ricoveri chirurgici programmati al fine di evidenziare eventuali elementi di inappropriatezza o differenti modalità di accesso (degenza ordinaria/day hospital) alle prestazioni chirurgiche tra le diverse province della regione.

2) Obiettivi regionali relativi al triennio 2019-2021

Elenco delle prestazioni in regime di ricovero e soglie di garanzia

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicati nella seguente tabella – in grassetto i riferimenti per le nuove prestazioni inserite:

Tabella 3 – Elenco prestazioni oggetto di monitoraggio e criteri di selezione (codici ICD-9-CM)

Numer o	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;	185; 198.82

		60.97	
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 utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
9	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
10	By pass aortocoronarico	36.1x	
11	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
12	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
14	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	
18	Tonsillectomia	28.2x, 28.3x	

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

Tali prestazioni sono ricercate all'interno di tutti i ricoveri per acuti:

- di tipo programmato, con o senza preospedalizzazione;
- erogati in regime ordinario o day hospital;
- con qualunque codice di priorità
- con codice ICD-9-CM intervento/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione;
- con codice ICD-9-CM diagnosi principale o secondaria;

Il monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione del seguente indicatore: **“Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità”**.

Le classi di priorità sono quelle richiamate dalla DGR 272/2017:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
CLASSE A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente tanto da diventare emergenti o da determinare una compromissione della prognosi
CLASSE 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
CLASSE C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né può l'attesa, diventare una pregiudiziale per la prognosi
CLASSE D	Ricovero che non richiede la definizione di una attesa massima: casi clinici senza dolore o disfunzione o disabilità. La prestazione va comunque garantita entro i 12 mesi .

Le **soglie di garanzia** (valide per l'intero triennio 2019-2021) saranno le seguenti:

Macro-gruppo di interventi	Soglia di garanzia
chirurgia oncologica	90% delle prestazioni di ricovero da erogare entro 30 giorni (l'unica eccezione è rappresentata dagli interventi chirurgici per tumore maligno della prostata: 90% delle prestazioni di ricovero da erogare entro i tempi massimi previsti dalla effettiva classe di priorità assegnata - PG/2017/0720985 del 16/11/2017)
protesi d'anca	90% delle prestazioni di ricovero da erogare entro 180 giorni
altri interventi	90% delle prestazioni di ricovero da erogare entro i tempi massimi previsti dalla classe di priorità assegnata

Il **tempo di attesa**, valido per il calcolo dell'indicatore, sarà misurato come differenza tra la data di ammissione e la data di prenotazione del ricovero, al netto delle giornate di sospensione.

I campi del tracciato SDO necessari al corretto calcolo del tempo di attesa sono quindi i seguenti:

- 1. Data di prenotazione (inserimento in lista):** corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Tala data rappresenta quindi la conferma dell'indicazione, ovvero la convalida, da parte dello specialista.
- 2. Data di ammissione:** indica la data di ricovero nell'istituto di cura.
- 3. Sospensione:** si concretizza mentre il paziente è in lista di attesa e può dipendere da motivi sanitari del paziente o indisponibilità del paziente per motivi personali. Nel flusso SDO la sospensione è rilevata in giornate che rappresentano il numero di giorni di indisponibilità del paziente.

3) Linee di intervento per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021

Di seguito si rappresentano le principali azioni che si intendono attuare nel triennio in continuità con quanto già definito dalla DGR 272/2017.

1. Le Aziende sanitarie hanno identificato i Responsabili Unici per l'Accesso (RUA). Nel triennio si intende promuovere, dove non è già stata realizzata, la costituzione di **tavoli a valenza territoriale** in cui dovranno essere coinvolti tutti gli interlocutori necessari alla pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa.
2. Dovrà inoltre essere attuata la piena integrazione nel sistema di monitoraggio delle **strutture Private Accreditate**, mediante l'adozione da parte delle stesse dei medesimi criteri e modalità di gestione delle liste nonché dell'alimentazione in tempo reale dell'archivio di *SIGLA-Sistema Integrato Gestione Liste di Attesa*

3. Strumenti per il monitoraggio

Ricordato che, a livello nazionale, il monitoraggio dei tempi di attesa è effettuato in maniera retrospettiva sui dati SDO, per garantire una gestione prospettica dei dati relativi alle attese per le prestazioni di ricovero programmato, funzionale anche alla individuazione tempestiva di criticità e relative soluzioni, a livello regionale si ribadisce l'utilizzo del sistema SIGLA, alimentato dalle procedure informatizzate aziendali, sviluppato e mantenuto a cura della società in house regionale.

Il cruscotto di monitoraggio SIGLA sarà completato di funzionalità tali da garantire anche le esigenze di monitoraggio a livello aziendale.

Un ulteriore sviluppo del sistema di monitoraggio regionale è l'integrazione del sistema di classificazione di SIGLA, in buona parte declinato per patologia, con una classificazione di interventi e procedure chirurgiche, utilizzando codifiche ICD9-CM, funzionale alla gestione sovrazionale. L'adozione di tale classificazione dovrebbe inoltre permettere una più agevole integrazione con gli applicativi che gestiscono la programmazione di sala operatoria.

4. Appropriatelyzza

Gli aspetti relativi alla appropriatezza assumono un rilievo diretto rispetto alla garanzia di corretto utilizzo delle risorse e governo dei tempi di attesa. In continuità con i contenuti della DGR 2040/2015, delle linee di programmazione 2016 (DGR 1003/2016) e della DGR 272/2017 si sottolineano i seguenti aspetti particolarmente rilevanti rispetto all'obiettivo di standardizzare il percorso del paziente chirurgico e di raggiungere criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica.

Per garantire l'equità di accesso alle prestazioni di ricovero elettivo è necessario porre particolare attenzione alla omogenea applicazione dei criteri espliciti, più volte ribaditi, che sono alla base della costruzione di una lista d'attesa:

- la classe di priorità clinica, che definisce i tempi massimi di attesa;
- la data di prenotazione, che consente di calcolare gli indicatori e di fornire una data di chiamata
- le risorse necessarie per l'erogazione della prestazione.

La classe di priorità, oltre a rappresentare un criterio da utilizzare per determinare l'ordine di ingresso alla prestazione, consente di identificare i tempi massimi entro i quali deve essere garantita la prestazione per almeno il 90% dei pazienti. **Un approfondimento ormai necessario dovrà essere previsto a livello provinciale per la condivisione, fra unità operative nell'ambito della stessa specialità, di criteri espliciti per la valutazione dei fattori che consentono l'individuazione della classe di priorità.** Tale condivisione rappresenta uno dei prerequisiti per la regolamentazione dell'offerta di sedi alternative per l'erogazione della prestazione nel caso in cui l'attesa prevista nella struttura di primo contatto sia oltre il valore indicato nella classe di priorità assegnata. Particolare attenzione

deve essere posta nella condivisione del momento in cui il paziente ha requisiti per essere inserito in lista per un determinato intervento. La data di prenotazione corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito gli eventuali trattamenti coadiuvanti e tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta diagnosi e per definire l'indicazione terapeutica. Va quindi esplicitato che la data di prenotazione non corrisponde al momento in cui il paziente viene preso in carico ma al momento in cui può e deve essere programmato uno specifico intervento. Nel momento in cui il paziente viene inserito in lista **è d'obbligo indicare un periodo temporale indicativo entro cui verrà effettuata la chiamata**. L'accertamento periodico della disponibilità del paziente rappresenta un punto cruciale per la corretta tenuta della agenda di prenotazione così come la **regolare pulizia della lista**; inoltre la regolare verifica delle rinunce consente una **ottimale programmazione delle sedute operatorie**. Nel corso dell'attesa il paziente può richiedere una **rivalutazione** che può comportare una revisione della classe di priorità precedentemente assegnata; in questi casi l'eventuale cambio di classe e la data di rivalutazione dovranno essere tracciati nelle agende di prenotazione. Sulla SDO è necessario garantire la coerenza cronologica tra classe di priorità e data di prenotazione riportate. La sistematica analisi dell'andamento delle prenotazioni costituisce una componente sostanziale del monitoraggio e consente la programmazione di interventi di miglioramento

5. Standardizzazione dei percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria

per ogni azienda sanitaria dovrà essere garantita l'analisi di appropriatezza e conseguente omogeneizzazione organizzativa e clinica dei percorsi di valutazione pre-operatoria e di gestione perioperatoria del paziente. Per ciascuna struttura andrà conseguita l'unificazione della organizzazione del percorso.

Inoltre, i punti unici di accesso andranno centralizzati al fine di garantire maggiore efficienza nonché qualità e accessibilità del servizio per gli utenti.

6. Integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche

La integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle sale operatorie risponde in primo luogo ad un criterio di trasparenza nella gestione degli accessi alle prestazioni di ricovero programmato. Anche il pieno utilizzo delle potenzialità produttive e la loro miglior finalizzazione al superamento delle criticità relative alle liste di attesa risultano più agevoli se le procedure vengono integrate. Ciò anche in relazione alla possibilità di produrre statistiche (tempi medi di utilizzo della sala per intervento, utilizzo presidi, etc.) che permettono di formulare programmazioni settimanali basate su dati oggettivi e statisticamente significativi. Resta ferma, evidentemente, la necessità di garantire il pieno utilizzo delle sale operatorie.

7. Programmazione delle sale operatorie sviluppata sulla consistenza/criticità delle liste di attesa

La possibilità di programmare l'assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per disciplina, patologia e/o classe di priorità può trarre un impulso decisivo dalla integrazione di cui al punto precedente, ma può essere realizzata anche a prescindere dal completamento della integrazione delle procedure informatiche. Oltre agli aspetti tecnici, assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione complessiva che devono garantire una visione corretta ed equa dei fenomeni. Tali processi vanno inoltre

collocati in un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito provinciale.

8. Impiego ottimale piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni

Nelle situazioni in cui sia garantito il pieno utilizzo delle sale operatorie e permangano criticità nelle liste di attesa, va programmato l'utilizzo su sei giorni, anche per attività chirurgica programmata, delle sale operatorie. Obiettivo: - programmazione sale operatorie su sei giorni per superamento criticità

9. Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h

Una corretta, condivisa ed omogenea gestione dei percorsi di valutazione preoperatoria e di chiamata dei pazienti dovrebbero influire positivamente sulle dimensioni dei rinvii di interventi programmati nelle successive 48h. Nel 2018 le dimissioni da reparti chirurgici classificate con il codice di "intervento rinviato" sono state 3.312. Tale dato ricomprende sia i rinvii per cause sanitarie che quelli per cause organizzative. Al fine di limitare al minimo tale seconda tipologia occorre sottoporre a specifico monitoraggio i rinvii degli interventi programmati.

10. Attuazione di sinergie di rete per la garanzia dei tempi di attesa

Deve essere perseguita la maggiore efficienza, in ambito provinciale, dell'attività chirurgica programmata per garantire i tempi di attesa previsti. La medesima finalità di garanzia dei tempi deve essere perseguita rafforzando le sinergie di rete in primo luogo all'interno della rete ospedaliera pubblica in ambito distrettuale e/o provinciale, successivamente, ricercando sinergie con il privato accreditato che insiste nell'area territoriale di competenza, attraverso la finalizzazione della committenza. Le sinergie di rete ai vari livelli dovranno garantire all'utente l'offerta di un'eventuale sede alternativa, nel rispetto della libera scelta del cittadino, in caso di mancata garanzia dei tempi di attesa.

11. Coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia

Nel 2018 su 188.200 ricoveri chirurgici programmati nelle strutture pubbliche, 3.274 sono stati erogati in regime di libera professione, per una percentuale del 1,7%. A livello di sistema il corretto rapporto fra attività istituzionale ed attività libero professionale previsto dalle normative è pertanto garantito in modo adeguato. A livello delle singole aziende andrà monitorato in modo specifico, prevedendo il **blocco dell'attività libero professionale** nei casi che presentino criticità permanenti nel corretto rapporto fra volumi erogati istituzionalmente e in regime di libera professione e/o nei tempi di attesa. Relativamente alla trasparenza dei percorsi, le Aziende dovranno garantire il monitoraggio comparativo dei tempi di attesa dei ricoveri in relazione all'accesso a partire da prestazioni istituzionali o prestazioni in regime libero professionale, garantendo che non vi siano differenze nei tempi di attesa, per classi di priorità, fra le due tipologie di prestazione.

12. Flussi informativi

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa dell'attività di ricovero si evidenzia l'importanza della qualità e completezza dei dati trasmessi e che alimentano i flussi informativi regionali. Di seguito si descrivono i flussi informativi regionali funzionali al monitoraggio:

- SDO (monitoraggio ex-post): per tutti i ricoveri chirurgici programmati, correttezza data di prenotazione, data del ricovero, priorità, codici diagnosi e intervento
- SIGLA (monitoraggio ex-ante): per le 11 discipline nomenclate (cardiochirurgia, cardiologia, chirurgia generale, maxillo-facciale, chirurgia toracica, chirurgia

vascolare, neurochirurgia, ortopedia, ginecologia, ORL, urologia) correttezza codice nomenclatore, classe di priorità, sospensioni, trasferimenti, data di prenotazione e nosologico.

Durante il periodo di validità del piano (triennio 2019-2021) sarà utile prevedere l'ampliamento del nomenclatore regionale ad ulteriori discipline particolarmente rilevanti (dermatologia, chirurgia plastica e oculistica).

13. Piano della comunicazione

Semplificazione accesso

Ai diversi livelli, aziendale, provinciale e regionale, dovranno essere uniformate le procedure di accesso alle prestazioni di ricovero programmato secondo principi di trasparenza e semplificazione. A livello di singolo stabilimento tali procedure devono garantire una gestione centralizzata.

Informazione ai pazienti

Le aziende devono predisporre materiali informativi uniformi, almeno di livello aziendale, inerenti le modalità di accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Tali materiali, per i diversi canali informativi devono contenere le informazioni inerenti le modalità di accesso, gli elementi più significativi del percorso di accesso, le modalità di contatto che la struttura adotterà verso il paziente nel corso della sua permanenza in lista, anche con la finalità di garantire la cosiddetta "pulizia" della lista e l'eventuale offerta di sedi alternative per i casi che stanno attendendo troppo a lungo. Dovrà inoltre essere specificata la modalità di visualizzazione da parte del paziente della propria posizione in lista rispetto alla priorità. Rispetto agli elementi di trasparenza si richiamano le necessità di pubblicazione dei dati previste dalle norme sulla trasparenza.

Comunicazione e informazione al paziente in corso di permanenza in lista

La comunicazione della data/periodo previsto per il ricovero, al momento della iscrizione in lista, rappresenta un diritto per i cittadini e deve pertanto essere un obiettivo verso il quale far convergere tutte le diverse azioni messe in campo per il miglioramento dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato. Tenuto conto di come, allo stato attuale, solo in una percentuale di casi limitata, alla iscrizione in lista corrisponde la comunicazione della data/periodo previsto di ricovero è necessario adottare pratiche trasparenti e professionali di comunicazione ed informazione al paziente in corso di permanenza in lista. Dal punto di vista informativo occorre garantire la visualizzazione della propria posizione in lista per livello di priorità ed il tempo prospettato per il trattamento. Durante la permanenza in lista andranno previsti contatti gestiti dagli operatori attraverso canali di comunicazione anche diversificati (telefono, posta elettronica, canali informatici per il contatto diretto), che permettano di: richiedere al paziente conferma della volontà di permanere in lista, a fronte del tempo che è realisticamente prospettabile, avvisare il paziente in prossimità della data di ricovero, o di avvio del percorso pre-ricovero e prospettare sedi alternative di trattamento in caso di previsto superamento dei tempi di attesa.

Siti web

I piani attuativi delle Aziende devono prevedere anche progetti per la predisposizione di materiale informativo per i pazienti da diffondere attraverso i siti web aziendali o presso i principali punti informativi definendone i contenuti a livello sovra-aziendale ed in collaborazione con le associazioni di tutela dei diritti del malato.

Trasparenza

In ottemperanza a quanto previsto dal decreto legislativo n. 33/2013 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, la Regione Emilia Romagna rende disponibili, con cadenza annuale, i dati relativi all'indice di performance degli interventi monitorati (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/sanita/sdo/analisi-statistica/reportistica-predefinita-sdo/> , sezione “Efficienza”).

E' stata inoltre predisposta una pagina web con informazioni generali sul sistema di governo delle liste di attesa (<http://salute.regione.emilia-romagna.it/sisepts/liste-di-attesa-ricoveri>)

Ulteriori informazioni devono essere rese disponibili all'interno dei siti aziendali.

Collegamento FSE

È necessario prevedere l'integrazione tra i flussi informativi aziendali, SIGLA e il Fascicolo Sanitario Elettronico. In tal modo i cittadini potranno ricevere sul Fascicolo sanitario elettronico le informazioni relative al proprio percorso in lista di attesa, visualizzare la classe di priorità, la data o il periodo presunto per l'intervento, consultare e scaricare l'informativa e la documentazione resa disponibile dalle Aziende o dalla RER.

C - Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica

Con il PNGLA 2010-2012 sono stati monitorati i percorsi diagnostico terapeutici (PDT) relativi all'area oncologica e all'area cardiovascolare secondo una metodologia predisposta dall'AGENAS, in collaborazione con le Regioni, le Province Autonome e il Ministero della Salute.

In questi anni lo scopo del monitoraggio è stato quello di verificare che i pazienti con determinati problemi di salute avessero completato il proprio percorso diagnostico terapeutico in tempi congrui.

I tempi massimi d'attesa per ciascun percorso diagnostico terapeutico, per le patologie oggetto di monitoraggio, non dovevano essere superiori ai 30 giorni per la formulazione della diagnosi clinica e 30 giorni per l'avvio della terapia appropriata per quella condizione patologica per almeno il 90% dei pazienti

I risultati ottenuti nel 2018 a seguito del monitoraggio nazionale:

	Carcinoma della mammella		Carcinoma del colon-retto		Carcinoma del polmone	
N° casi incidenti	3.798		1.654		743	
Percorsi diagnostici	N°	%	N°	%	N°	%
- entro 30 gg	1.693	90	958	90	217	65
- tra 30 e 90 gg	189	10	80	8	106	32
- oltre 90 gg	5	0	22	2	9	3
Totale	1.887	100	1.060	100	332	100
Percorsi terapeutici	N°	%	N°	%	N°	%
- entro 30 gg	1.558	83	895	84	284	86
- tra 30 e 90 gg	320	17	159	15	48	14
- oltre 90 gg	9	0	6	1	0	0
Totale	1.887	100	1.060	100	332	100

	Bypass	
N° casi prevalenti	323	
Percorsi diagnostici	N°	%
- entro 30 gg	80	66
- tra 30 e 90 gg	33	27
- oltre 90 gg	8	7
Totale	121	100
Percorsi	N°	%

terapeutici		
- entro 30 gg	99	82
- tra 30 e 90 gg	18	15
- oltre 90 gg	4	3
Totale	121	100

Anche nel PNGLA 2019-2021 è previsto un monitoraggio dei PDT, per il quale devono essere definite le linee guida da parte dell'Osservatorio nazionale liste di attesa.

Percorsi finalizzati alla presa in carico della cronicità (PDTA)

In regione Emilia-Romagna sono stati avviati percorsi finalizzati alla presa in carico dei pazienti cronici anche in coerenza con quanto stabilito dal Piano Nazionale Cronicità di cui all'Accordo Stato-Regione del settembre 2016,

Con la DGR 2128/2016: "Case della Salute: indicazioni regionali per il coordinamento e lo sviluppo delle comunità di professionisti e della medicina d'iniziativa" vengono date indicazioni alle aziende sanitarie atte a perseguire una forte integrazione tra l'assistenza primaria e l'ospedale centrata sull'equipe multidisciplinare (medico di medicina generale, infermieri, assistente sociale, specialisti) e favorire l'ingresso dell'assistito con malattia cronica in un percorso strutturato e garantirgli un Piano Assistenziale Individualizzato attraverso il coinvolgimento delle Comunità locali, e l'utilizzo di tutte le risorse dell'assistenza territoriale come, per esempio, gli ambulatori infermieristici, gli Ospedali di Comunità, l'assistenza domiciliare, la rete delle Cure Palliative; l'uso di tecnologie innovative di Telemedicina.

I PDTA condivisi anche con le Associazioni dei malati con patologie croniche sono quelli relativi alle Malattie renali croniche e insufficienza renale; Malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa; Insufficienza cardiaca cronica (scompenso cardiaco); BPCO e Insufficienza Respiratoria cronica; Malattia di Parkinson e parkinsonismi; Asma in età evolutiva; Malattie endocrine in età evolutiva (incluso diabete); Diabete (adulto); Demenza/Alzheimer; Sclerosi multipla; Epilessia; Endometriosi; Artrite reumatoide e artriti croniche in età evolutiva

D - Programmi attuativi aziendali contenimento tempi di attesa

Entro 60 giorni dall'adozione di questo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie territoriali in collaborazione con l'Azienda ospedaliera -Ospedaliera Universitaria e/o IRCSS di riferimento ove presenti, adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono, dopo averlo condiviso con la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e con le parti sociali, all'invio dello stesso alla Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare che in collaborazione con il Gruppo tecnico dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e con il Gruppo tecnico dei tempi di attesa dei ricoveri provvede al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.

Il Programma Attuativo Aziendale deve essere 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.

Per **l'assistenza specialistica ambulatoriale**, il Programma Attuativo Aziendale, provvede a:

1. Indicare il **Responsabile unitario dell'accesso** e la composizione del **Team operativo** interaziendale sulle liste di attesa
2. **pianificare l'offerta** prestazionale attraverso la valutazione del fabbisogno distinguendo i regimi erogativi e per l'SSN le diverse modalità di accesso per le prestazioni urgenti, brevi, differibili, programmate, altri accessi (con evidenza di percorsi di presa in carico, di day service, accesso diretto etc.)
3. definire le modalità di organizzative e di gestione delle agende delle diverse classi di priorità, **tenendo presente l'obiettivo di semplificare quanto più possibile l'accesso al cittadino**
4. **Implementazione dei** protocolli delle urgenze B (aziendali e/o regionali e di condizioni di erogabilità appropriate e/o quesiti diagnostici mediante il gestionale SOLE, al fine di renderne disponibile la gestione sugli applicativi di prescrizione. Se i protocolli sono condivisi a livello regionale, vengono caricati sul gestionale SOLE e SSI a livello centrale regionale.
5. per le prestazioni di primo accesso aggiornare 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 nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto un accordo con l'azienda più vicina che la eroga al fine di garantire l'accesso al cittadino entro i tempi standard
6. aggiornare, se necessario i **percorsi di garanzia**, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard
7. individuare le **modalità organizzative** attraverso cui le aziende sanitarie dell'ambito territoriale garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio del presente piano ad almeno il 90% dei pazienti;

8. garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i **sistemi CUP** e lo sviluppo del sistema on line di prenotazione CUPWEB ampliando le disponibilità di visite e di diagnostica almeno in una percentuale pari all'80% delle disponibilità presenti attraverso i canali ordinari di prenotazione;
9. indicare le modalità di **verifica della correttezza prescrittiva** (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
10. definire modalità organizzative appropriate per i **rapporti con i cittadini** in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione;
11. 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, ambulatori dei MMG e dei PLS);
12. utilizzare il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla **sospensione dell'erogazione** della prestazione e controllarne l'applicazione (DGR 73/2011);
13. indicare quali **percorsi di tutela**, alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità (oltre i percorsi di garanzia).
14. Garantire la completezza ed **accuratezza nella trasmissione** dei dati nei diversi flussi regionali (ASA, cruscotto regionale tempi di attesa) per l'assolvimento dei debiti ministeriali inerenti i tempi di attesa effettivi prospettici, erogato ALPI, eventi di sospensione attività di erogazione, erogato prestazioni specialistiche traccianti la fase diagnostica dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) nell'area cardiovascolare e oncologica (in collaborazione con il RUA dell'assistenza ospedaliera)
15. Monitorare le mancate presentazioni e tenere traccia delle disdette al fine di facilitare il riutilizzo dei posti
16. Definizione di moduli informativi/formativi rivolti ai professionisti (MMG/PLS/Specialisti/Operatori CUP)

Per i **ricoveri chirurgici programmati**, il Programma Attuativo Aziendale, provvede a:

1. Identificare i Responsabili Unici per l'Accesso (RUA) e costituire i tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa.
2. Definire modalità di accesso anche mediante l'offerta di sedi alternative in caso di prestazioni con attesa prevista oltre i tempi massimi previsti dalla classe di priorità
3. Adottare sinergie di rete con le strutture Private Accreditate per la garanzia dei tempi di attesa
4. Ampliare il monitoraggio rispetto alle prestazioni introdotte dal presente Piano Regionale
5. Implementare i criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica
6. Implementare i percorsi pre-operatori e di gestione perioperatoria, unificando i punti di accesso
7. Procedere all'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche
8. Definire le attività di programmazione delle sale operatorie sulla base della consistenza/criticità delle liste di attesa

- 9.** Definire modalità per l'impiego ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni
- 10.**Regolamentare i rinvii di interventi già programmati entro 48h
- 11.**Monitorare la coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero-professionale intramoenia
- 12.**Garantire la correttezza e la completezza dei flussi informativi utili al monitoraggio retrospettivo (SDO) e prospettico (SIGLA)
- 13.**Definire il piano della comunicazione e modalità della sua implementazione

ALLEGATO 3

**Osservatorio Regionale sulle liste di attesa
delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero**

Composizione:

In rappresentanza delle Aziende sanitarie:

- il Direttore sanitario di ciascuna Azienda sanitaria

In rappresentanza della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare della regione

- il Direttore Generale Cura della Persona, salute e welfare della regione
- il Responsabile del Servizio Assistenza Territoriale
- il Responsabile del Servizio Assistenza Ospedaliera

Mandato:

L'Osservatorio verifica l'applicazione della presente deliberazione e, se necessario, definisce eventuali nuove strategie innovative ed efficienti per la semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Luca Barbieri, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/508

IN FEDE

Luca Barbieri

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2019/508

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 603 del 15/04/2019

Seduta Num. 15

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi