

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

**Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie
e Osservatorio Epidemiologico**

Servizio 8

" Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti "

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

INDICE

1. Premessa	4
2. Linee di intervento da garantire per Governo delle liste di attesa	5
2.1 Interventi per il Governo della Domanda [IGD]	6
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva [IGD1].....	6
- Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO [IGD2]	6
- Aggiornamento degli accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali [IGD3]	6
- Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione [IGD4]	6
2.2 Interventi per il Governo dell'Offerta [IGO]	7
- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]	7
- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]	7
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3].....	7
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]	8
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5].....	8
- Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6]	8
- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7]	8
- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" del cittadino [IGO8].....	8
- Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]	9
- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10]	9
- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11]	9
- Coordinamento provinciale delle ASP per il governo delle liste di attesa [IGO 12]	10
- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO13]	10
- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO14]	10
- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO15].....	10
- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO16]	10
- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO17]	10
- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO18]	11
- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO19]	11
- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO20].....	11
- Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO21]	11
- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO22].....	11
- Presa in carico del paziente cronico [IGO23].....	11
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO24]	12
- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale. [IGO25]	12
- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO26].....	12
- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]	12
3. Programmi Attuativi Aziendali	13
4. Valutazione dei direttori generali	14
5. Attività libero professionale intramuraria	18
6. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio	19
6.1 Prestazioni ambulatoriali	19
6.2 Prestazioni in regime di ricovero	22
7. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica	24
8. Monitoraggi e relativi flussi informativi	25

8.1 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità ex post.....	25
8.2 Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale	26
8.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate	27
8.4 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	29
8.5 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari	29
8.6 Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente	29
8.7 Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa	30

Allegato A1: Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021

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.

1. Premessa

Il presente documento contiene il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021 (PRGLA) che recepisce il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021 (PNGLA), approvato dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 21 febbraio del 2019, e definisce le linee di intervento che la Regione Siciliana si impegna ad adottare per garantire il diritto di accesso, di equità e di uguaglianza al Servizio Sanitario Regionale.

Il PRGLA rappresenta lo strumento attraverso il quale la regione intende monitorare il rispetto dei tempi massimi di attesa, secondo la metodologia prevista dalle “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa”, contenute nell’allegato B del PNGLA 2019-2021, ed attivare le linee di intervento, sia sul versante della domanda che dell’offerta, necessarie consentire il “governo” delle liste di attesa. Considerato che l’origine del “fenomeno” delle liste di attesa è di natura multifattoriale, il “governo” dei tempi di attesa richiede l’attivazione di una serie di azioni, strumenti, metodi e regole necessarie per controllare il fenomeno e intervenire efficacemente, sia sul versante della domanda che dell’offerta, individuando le appropriate soluzioni correttive nei casi in cui si verificano scostamenti rispetto agli obiettivi standard prefissati. Occorre sottolineare che una efficace applicazione degli interventi previsti richiede necessariamente l’interconnessione e l’integrazione del PRGLA con le linee di attività della Programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale, nonché l’implementazione del Piano nazionale cronicità.

Rispetto alla edizione precedente il nuovo piano, nel confermare e rafforzare diversi elementi già presenti nella edizione precedente, introduce importanti elementi di novità, tra le quali si sottolineano, sul versante dell’offerta, l’apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana, l’aumento dell’utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l’80% della loro capacità produttiva, l’acquisto di prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale, l’interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP per un gestione più efficiente delle prenotazioni, la migliore informazione e comunicazione sul tema delle liste di attesa, il coinvolgimento degli organismi di tutela. Sul versante della domanda si consolida l’implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) e la valutazione dell’appropriatezza prescrittiva; Il Piano Regionale potrà essere successivamente modificato o aggiornato sulla base delle dei risultati delle attività di monitoraggio e delle indicazioni che saranno fornite dall’Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

In coerenza al percorso intrapreso a livello nazionale, il presente PRGLA è stato condiviso nella fase della sua definizione con Cittadinanzattiva.

2. Linee di intervento da garantire per Governo delle liste di attesa

In questo capitolo si riportano le linee di intervento da garantire per Governo delle liste di attesa, estratte dal PNGLA e contestualizzate sulla base delle caratteristiche e delle criticità presenti sul territorio regionale. Per esigenze di sintesi e per favorire l'attuazione del piano i vari interventi previsti dal PNGLA sono schematicamente ricondotti a singoli interventi, distinti in Interventi per il Governo della Domanda (codificati come IGD) e Interventi per il Governo dell'Offerta (codificati come IGO).

Schema di sintesi interventi PRGLA 2019 – 2021

Interventi per il governo della domanda [IGD]
- Valutazione dell'appropriatezza prescrittiva [IGD1]
- Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO [IGD2]
- Aggiornamento degli accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali [IGD3]
- Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione [IGD4]
Interventi per il governo dell'offerta [IGO]
- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]
- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]
- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]
- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IGO4]
- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IGO5]
- Attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IGO6]
- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IGO7]
- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" [IGO8]
- Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IGO9]
- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IGO10]
- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IGO11]
- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO12]
- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO13]
- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO14]
- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO15]
- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO16]
- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: "primi accessi" e "accessi successivi" [IGO17]
- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IGO18]
- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IGO19]
- Garantire il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" [IGO20]
- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IGO21]
- Presa in carico del paziente cronico [IGO22]
- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO23]
- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale. [IGO24]
- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO25]
- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]

2.1 Interventi per il Governo della Domanda [IGD]

Razionalizzare la “domanda” rappresenta un passaggio fondamentale affinché l’offerta dei servizi sia quanto più rispondente ai bisogni della popolazione residente ed ai criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa (rispetto delle indicazioni cliniche, tempestività di erogazione dei servizi e adeguatezza del *setting* assistenziale).

Di seguito si riportano gli interventi del PNLG che le aziende sanitarie dovranno realizzare sul territorio regionale per il “governo della domanda”.

- Valutazione dell’appropriatezza prescrittiva [IGD1]

Le aziende sanitarie devono garantire 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:

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

- Implementazione del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO [IGD2]

Le aziende adottano, come strumento di governo della domanda, il modello dei “Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO” per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, già sperimentato nella Regione Siciliana. Il modello RAO prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; 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 adottato dalla Regione nella fase sperimentale - Allegato C, e successivi aggiornamenti.

- Aggiornamento degli accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli Specialisti Ambulatoriali [IGD3]

Gli Accordi regionali ed aziendali con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e gli specialisti ambulatoriali devono richiamare l’opportunità di attenersi a quanto previsto dal PNGLA e dal PRGLA 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;

- Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione [IGD4]

Realizzazione di un cruscotto di monitoraggio aziendale dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che consente, attraverso un benchmark interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi anche in coerenza al documento con il fabbisogno di prestazioni specialistiche redatto dall’ASP (vedi IGO 1).

2.2 Interventi per il Governo dell'Offerta [IGO]

In questa sezione si riportano gli interventi del PNLG da porre in essere per modulare l'offerta in funzione della domanda, garantire il rispetto dei tempi di attesa, effettuare il monitoraggio dei tempi massimi di attesa, gestire le modalità di prenotazione delle prestazioni attraverso i CUP, vigilare sul divieto della sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale, attivare i percorsi di tutela per il cittadino, garantire l'informazione e comunicazione trasparente sui tempi di attesa, coinvolgere gli organismi di tutela.

- Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali [IGO1]

Le ASP devono definire un documento con il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto delle caratteristiche epidemiologiche e dei bisogni della popolazione residente, delle criticità nella garanzia dei tempi massimi di attesa e della mobilità passiva interregionale. Il documento deve contenere:

- la descrizione della concentrazione dei punti di offerta (totalità delle strutture pubbliche comprensiva delle aziende ospedaliere e policlinici universitari);
- i volumi di attività di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate nell'anno precedente;
- il piano delle prestazioni erogabili con 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 (totalità delle strutture pubbliche comprensiva delle aziende ospedaliere e policlinici universitari) che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

Le aziende ospedaliere devono rendere disponibili le informazioni ed i flussi informativi necessari per la definizione del documento sul fabbisogno a cura delle ASP (la mancata trasmissione dell'informazioni e dei flussi informativi alle ASP necessarie per la definizione del documento per la definizione sul fabbisogno sarà valutata negativamente).

- Apertura delle strutture ambulatoriali anche nelle ore serali e durante il fine settimana [IGO2]

Al fine di favorire il rispetto dei tempi massimi di attesa le ASP e le Aziende Ospedaliere devono garantire la possibilità 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 libero professionale. Tale intervento dovrà rispondere ai criteri di appropriatezza prescrittiva ed essere coerente al documento sul fabbisogno delle prestazioni specialistiche ambulatoriali definito dall'ASP (IGO1), ai criteri di appropriatezza per codice di priorità (IGD2), ed ai risultati dei monitoraggi sui tempi di attesa (IGO9) (IGO11).

- Aumentare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva [IGO3]

Le ASP e le Aziende Ospedaliere (AO) devono garantire 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 atto all'incremento della produttività suddetta e, dove si verifichi la carenza di tecnologie, all'acquisto di apparecchiature idonee a soddisfare la richiesta di esami diagnostici; a tal fine dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi sia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale, sia l'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione), e l'esigenza di una loro sostituzione.

- Incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie [IG04]

Le aziende sanitarie dovranno prevedere nei propri Programmi Attuativi Aziendali l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, 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).

- Acquisto prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale [IG05]

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa le ASP e le Aziende Ospedaliere potranno acquistare prestazioni aggiuntive da erogare in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo (vedi IG07 percorsi di tutela).

A tal fine le Aziende Sanitarie potranno concordare con le équipes professionali, 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.

- Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente ed attuazione del blocco dell'attività libero professionale [IG06]

Al fine di garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa le ASP e le Aziende Ospedaliere devono

- garantire il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas come descritto nel paragrafo 8.6 del presente PRGLA

- attuare il blocco dell'attività libero professionale 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, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

- Attivazione dell'Organismo paritetico regionale [IG07]

La Regione, nell'ambito delle attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 2 e 3, provvederà all'attivazione dell'Organismo paritetico regionale con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

- Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela" del cittadino [IG08]

Le ASP e le Aziende Ospedaliere devono provvedere alla definizione ed applicazione dei "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 in intramoenia (vedi IG05) o presso un erogatore privato accreditato nel

rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente (prestazione sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo).

- Rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero [IG09]

Le aziende sanitarie del S.S.R. devono garantire, per classe di priorità, il rispetto dei tempi massimi di attesa per tutte le prestazioni ambulatoriali e in regime di ricovero (non solo quelle oggetto di monitoraggio e descritte nel successivo capitolo 6) secondo i limiti fissati nelle tabelle sottostanti.

Tabella 1. Classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali (primi accessi)

Priorità	Tempi Massimi di Attesa
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

Tabella 2. Classi di priorità per le prestazioni in regime di ricovero

Classe	Tempi massimi di attesa e 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.

- Riservare la classe di priorità P esclusivamente ai primi accessi e gestire separatamente gli accessi successivi [IG010]

La classe di priorità P (Programmata) deve comprendere esclusivamente le 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. Gli accessi successivi, quali i *follow up* e i controlli, dovranno essere gestiti separatamente dai primi accessi. Tale intervento dovrà obbligatoriamente essere reso operativa dall'1/1/2020.

- Monitoraggio dei tempi massimi di attesa [IG011]

Le aziende sanitarie devono sistematicamente effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa secondo le indicazioni riportate nel successivo capitolo 4, che contiene l'elenco delle prestazioni delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA, in coerenza alle Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B).

- Coordinamento provinciale delle ASP per il governo delle liste di attesa [IGO 12]

A livello provinciale i Direttori Generali delle ASP devono attivare il coordinamento con tutte le strutture di offerta pubbliche e private accreditate, che hanno l'obbligo di aderire, al fine di aumentare l'efficienza operativa e la capacità di offerta per il governo delle liste di attesa.

2.2.1 Interventi per il governo delle prenotazioni CUP e gestione delle prenotazioni

Le aziende sanitarie devono garantire 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.

- Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate [IGO13]

Il CUP delle ASP deve gestire in maniera centralizzata, a livello provinciale, tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate.

- Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP [IGO14]

Nelle more che venga attivato il Sovra-CUP regionale, qualora a livello provinciale non sia disponibile il CUP unico provinciale, entro il 30/06/2020, le ASP e le Aziende Ospedaliere dovranno obbligatoriamente attivare l'interoperabilità provinciale ed interaziendale degli applicativi dei propri CUP al fine di consentire la piena condivisione delle modalità di prenotazione delle prestazioni tra le aziende sanitarie della medesima provincia. In nessuna Provincia dovranno più operare CUP di esclusivo livello Aziendale. *[le ASP di Messina, Catania, Siracusa, Ragusa, Agrigento, Enna, Caltanissetta, Trapani, possiedono già un CUP unico provinciale; nella provincia di Palermo l'A.O. Villa Sofia Cervello, l'ARNAS Civico e il Policlinico di Palermo dovranno obbligatoriamente realizzare l'interoperabilità tra i loro CUP interfacciandosi informaticamente con l'ASP di Palermo] [obiettivo Direttori Generali].*

- Prevedere sistemi di sbarramento delle prenotazioni [IGO15]

I sistemi CUP di tutte le aziende sanitarie 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.

- Attivare il servizio di disdetta telematica delle prenotazioni [IGO16]

Le aziende sanitarie devono attivare servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate.

- Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata [IGO17]

Le aziende sanitarie devono garantire la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali 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, relativamente alle ASP, 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).*

- Garantire la gestione separata dei canali di accesso: “primi accessi” e “accessi successivi” [IG018]

Nella prenotazione delle prestazioni deve essere garantita la separazione dei canali per le diverse **tipologie di accesso** alle prestazioni, cioè “primo accesso” e “accesso successivo” (follow up, controllo).

- Garantire un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale [IG019]

Le aziende sanitarie devono sviluppare 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:

- consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
- annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
- pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
- visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
- ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

- Servizio di prenotazione tramite farmacie territoriali [IG020]

Le ASP devono favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le **farmacie convenzionate**.

- Garantire il governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” [IG021]

Le aziende sanitarie devono garantire 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).

- Recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette [IG022]

Le aziende sanitarie devono utilizzare gli 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; 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”.

- Presa in carico del paziente cronico [IG023]

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.

A tal fine le aziende sanitarie, attraverso specifici ed espliciti protocolli formalizzati, devono garantire che la struttura che ha preso “in carico il paziente”, a completamento del percorso diagnostico terapeutico assistenziale, ha anche la responsabilità di dover provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

- Informazione e comunicazione sulle liste di attesa, [IGO24]

Le aziende sanitarie devono garantire l'informazione e la comunicazione

- a) sulle liste di attesa,
- b) sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni,
- c) sui percorsi di tutela in caso di sfornamento dei tempi massimi,
- d) 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.

Le aziende devono altresì garantire il Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa, come indicato nel paragrafo 8.7 del presente PRGLA

- Vigilanza sulla sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale. [IGO25]

Le aziende sanitarie devono garantire

- la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale secondo le modalità riportate nel capitolo 8.4. del presente documento e le indicazioni nazionali e regionali;
- 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.

- Coinvolgimento degli organismi di tutela [IGO26]

Nel monitoraggio dei propri Programmi Attuativi Aziendali, le aziende sanitarie devono garantire

- il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute
- il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

[Nella fase di sua definizione il PRGLA è stato già condiviso con Cittadinanzattiva e con il Tribunale Diritti del Malato]

- Individuare gli ambiti territoriali di garanzia [IGO 27]

I programmi Attuativi Aziendali delle ASP, per le prestazioni di primo accesso, devono **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.

3. 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 provvede ad attuare tutte le linee di intervento contenute nel capitolo 2 del presente documento. Esso, 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;
- adottare di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, 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).
- 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 territoriali, 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.

4. Valutazione dei direttori generali

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa 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.i. .

Lo *"Schema di contratto di lavoro per i direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Regione Siciliana e documento obiettivi di Salute e Funzionamento delle Aziende Sanitarie Siciliane 2019/2020"*, approvato con Deliberazione n. 96 del 13 marzo 2019, prevede l'osservanza degli adempimenti prescritti dal PNGLA e PRGLA al punto b del comma 2 dell'Art. 3 e nell'Obiettivo n. 3 di Salute e Funzionamento "Monitoraggio e Garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019/2021 e al PRGLA".

4.1 Valutazione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

Per la valutazione ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. sarà considerata la Piena attuazione degli interventi [IGO1]Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali, [IGO8]Definizione ed applicazione dei "percorsi di tutela", [IGO 12]Coordinamento provinciale delle ASP per il governo delle liste di attesa, [IGO13]Centralizzare la totalità delle agende pubbliche e private accreditate, [IGO14]Garantire l'interoperabilità provinciale ed interaziendale dei CUP , [IGO17] Garantire la totale visibilità dell'offerta pubblica e privata accreditata secondo gli indicatori e le tempistiche riportate nella "Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021" (allegato A1 al PRGLA).

4.2 Valutazione obiettivi di funzionamento e salute

L' Obiettivo n. 3 "Monitoraggio e Garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019/2021 e al PRGLA" di cui allo schema di contratto Deliberazione n. 96 del 13 marzo 2019 comprende i seguenti sub obiettivi:

- Ob. 3.1 Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- Ob. 3.2 Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali
- Ob. 3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati
- Ob. 3.4 Piena attuazione degli interventi [IGD e IGO] previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021 (allegato A1 al PRGLA)

Ob. 3.1 Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

La valutazione del sub-obiettivo 3.1 viene effettuata secondo la metodologia riportata nei paragrafi 6.1 e 8.2 del PRGLA 2019-2021 e nelle "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi" allegate al PRGLA (Allegato B).

Per il 2019 viene definita 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.

Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore: l'accesso al sistema di valutazione dell'obiettivo avviene solo se l'Azienda ha debitamente prodotto il monitoraggio ex ante stabilito dalla Regione sulla base delle indicazioni nazionali.

Per la valutazione dell'obiettivo saranno utilizzati gli stessi indicatori (media dei valori delle 43 prestazioni) utilizzati per valutare l'adempimento LEA regionale secondo la metodologia riportata nel capitolo 6.1 del PRGLA 2019-2021 e nelle "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi" allegate al PRGLA (Allegato B), come di seguito riportato:

Indicatori:

Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)
Totale prestazioni prenotate in classe B

Σ N. prestazioni richieste (da 1 a 43)
Totale prestazioni prenotate in classe D

Il **valore atteso** dell'obiettivo sarà il raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B che per la classe D.

Nel 2020 la valutazione sarà estesa alle altre prestazioni del PRGLA e sarà considerata anche la classe P. Gli indicatori potranno subire modifiche o integrazioni sulla base delle eventuali modifiche alle linee guida nazionali e delle indicazioni del Ministero della Salute e/o dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

Valori obiettivo

Livello I - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 100%: raggiungimento della soglia di garanzia $\geq 90\%$ sia per la classe B, sia per la D come media delle prestazioni oggetto di monitoraggio di monitoraggio; il mancato raggiungimento del 90% anche in una sola delle due classi (B o D) non consente il raggiungimento del livello I.

SI = 100% del valore dell'obiettivo; valori $\geq 90\%$ B e $\geq 90\%$ D);

NO = si passa al Livello II

Livello II - permetterà di raggiungere l'obiettivo al 50%: raggiungimento della soglia di garanzia nell'intervallo compreso tra 85% e 89% sia per le classi B, sia per la D come media delle prestazioni oggetto di monitoraggio di cui al PRGLA; il mancato raggiungimento valore compreso tra 85% e 89% anche in una sola delle due classi (B o D) non consente il raggiungimento del livello II.

SI = 50% del valore dell'obiettivo; valori B tra 85% e 89% e valori D tra 85% e 89%). Nel NO = obiettivo nonraggiunto

Punteggio dell'indicatore : 4/10

Ob. 3.2 Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo prevede:

- per tutte le prestazioni previste dal PRGLA 2019-2021, la valutazione della **copertura dei campi** relativi a: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi (pre-requisito);
- la valutazione del livello di **garanzia dei tempi massimi di attesa** per ognuna delle otto seguenti prestazioni (individuando le stesse soglie di garanzia richieste alla Regione come adempimenti LEA): **Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia;**

Pre-requisito per il calcolo dell'indicatore ex post: l'accesso al sistema di valutazione dell'obiettivo avviene solo se valorizzazione di tutti i campi sui tempi di attesa (Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi) sia almeno al 90% nel flusso informativo ex articolo 50 della legge 326/2003.

Indicatori

Saranno utilizzati per le otto prestazioni (Visita oculistica, Mammografia, TAC Torace senza e con contrasto, Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici e RMN Colonna vertebrale, Ecografia Ostetrica - Ginecologica, Visita ortopedica, Visita cardiologia) i seguenti indicatori:

- 1) numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B/totale di prestazioni di classe B.
- 2) numero di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D/totale di prestazioni di Classe D.

L'indicatore viene calcolato per ciascuna prestazione.

Per quanto concerne il calcolo degli indicatori si procederà nel modo seguente sia per la classe di priorità B che per la classe di priorità D:

- 1) selezionare i codici di prestazioni, così come definiti nelle linee guida del PNGLA
- 2) filtrare il campo "garanzia tempi di attesa"
- 3) filtrare le prestazioni di primo accesso
- 4) sommare le prestazioni con tempo attesa previsto all'interno della classe B o D che si sta monitorando (differenza tra data prenotazione data erogazione e sommare i record che rientrano nei tempi)
- 5) sommare il totale prestazioni in classe di priorità B o D che si sta monitorando
- 6) fare il rapporto espresso in percentuale del punto 4/punto 5.

Nel 2020 la valutazione sarà estesa alle altre prestazioni oggetto di monitoraggio e sarà considerata anche la classe P. Gli indicatori potranno subire modifiche o integrazioni sulla base delle eventuali modifiche alle linee guida nazionali e delle indicazioni del Ministero della Salute e/o dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

Valori obiettivo

Raggiungimento nelle 8 prestazioni sopra indicate, e per entrambe le classi B e D, della soglia del 50% per ognuna di esse (adempimento LEA); SI/NO. (SI = 100% del valore dell'obiettivo)

L'assenza del pre-requisito (valorizzazione della media del 90% di tutti i campi previsti) non consente il raggiungimento dell'obiettivo (a prescindere dal livello di soglia di garanzia raggiunto). Qualora anche uno solo degli indicatori non raggiunga la soglia prevista, l'obiettivo sarà considerato non raggiunto.

Punteggio dell'indicatore : 2/10

Ob. 3.3 Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati

Tale monitoraggio viene effettuato per tutte le prestazioni comprese nell'elenco "prestazioni di ricovero oggetto di Monitoraggio":

- 1) Interventi chirurgici tumore maligno Mammella
- 2) Interventi chirurgici tumore maligno Prostata
- 3) Interventi chirurgici tumore maligno colon
- 4) Interventi chirurgici tumore maligno retto
- 5) Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero
- 6) Interventi chirurgici per melanoma
- 7) Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide
- 8) By pass aortocoronarico
- 9) Angioplastica Coronarica (PTCA)
- 10) Endoarteriectomia carotidea
- 11) Intervento protesi d'anca
- 12) Interventi chirurgici tumore del Polmone
- 13) Colectomia laparoscopica
- 14) Coronarografia
- 15) Biopsia percutanea del fegato (1)
- 16) Emorroidectomia
- 17) Riparazione ernia inguinale (1)

secondo le modalità indicate nel paragrafo 6.2 e 8.3 del PRGLA 2019-2021 e nell'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa".

Saranno utilizzati gli indicatori delle prestazioni di ricovero oggetto di Monitoraggio di cui all'elenco del paragrafo 6.2 del PRGLA 2019-2021 riportati nell'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa"

Vengono individuate le soglie di garanzia degli indicatori, per ognuna delle prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio, riportate nell'Allegato B "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa".

Punteggio dell'indicatore: 2/10

Ob. 3.4 Piena attuazione degli interventi [IGD e IGO] previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021 (allegato A1 al PRGLA)

Per la valutazione dell'obiettivo viene considerata l'aderenza alle agli item previsti dalla Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021 (allegato A1 al PRGLA)

Indicatori

Numero interventi [IGD + IGO] previsti nella Checklist garantiti / Totale interventi previsti nella Checklist (Valore atteso 100%)

SI = 100% del valore dell'obiettivo

NO: l'obiettivo non è raggiunto

Punteggio dell'indicatore : 2/10

5. Attività libero professionale intramuraria

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.

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. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio

Fermo restando che l'obbligo del **rispetto dei tempi massimi di attesa** per codice di priorità clinica riguarda la totalità delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate e non solo quelle previste dal monitoraggio nazionale, in questo capitolo viene riportato l'elenco delle prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti, anche sulla base delle indicazioni che saranno fornite dall'osservatorio nazionale.

Non sono comprese nel monitoraggio le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva.

6.1 Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa 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 del S.S.R., secondo la metodologia riportata nelle "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi" allegate al presente piano (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 (come riportato nella tabella sottostante).

Classi di priorità e tempi massimi di attesa

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.

Elenco visite specialistiche

N.	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

Elenco prestazioni strumentali

N.	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
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 flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
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

6.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati la Regione prevede 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.

Le aziende sanitarie dovranno prevedere nei propri Programmi Attuativi Aziendali l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, 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).

Elenco prestazioni di ricovero 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			
N.	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	

7. 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.

8. 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:

- 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) 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;
- 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 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.

8.1 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 6.1 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 6.1 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 6.1 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 6.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

8.2 Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 6.1 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.

L'Azienda Sanitaria Provinciale fornirà le percentuali di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

8.3 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.

Formola: 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			
N.	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	

8.4 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).

8.4.1 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.

8.5 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.

8.6 Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Le Aziende sanitarie devono garantire il monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria 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 6.1) 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*.

8.7 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.