RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 1865 Seduta del 09/07/2019

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

RECEPIMENTO DELL'INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO DEL 21 FEBBRAIO 2019 (REP. ATTI 28/CSR) SUL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019 – 2021 E APPROVAZIONE DELLA PROPOSTA DI PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA (PRGLA) - (ATTO DA TRASMETTERE AL CONSIGLIO REGIONALE)

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Marco Salmoiraghi

L'atto si compone di 25 pagine

di cui 19 pagine di allegati

parte integrante

VISTI:

- l'articolo 52, comma 4, lettera c) della legge 27 dicembre 2002, n. 289 il quale dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa;

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

- il DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)" di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, 502;

- l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 ottobre 2010 concernente il Piano Nazionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012 recepita con DGR n. IX/1775/2011;

- la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 e s.m.i. (Testo Unico delle leggi regionali in materia di sanità);

RICHIAMATI:

- il "*Programma Regionale di Sviluppo dell'XI legislatura*" approvato con DCR n. XI/64 del 10 luglio 2018 per il quale il contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali rappresenta obiettivo prioritario dell'XI Legislatura e indica la necessità di interventi finalizzati all'ulteriore riduzione delle liste di attesa;

- il "*Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014*" approvato con DCR n. IX/88 del 17 novembre 2014 la cui validità è stata prorogata dalla DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014 fino all'approvazione di un nuovo piano;

RICHIAMATI i seguenti provvedimenti regionali:

- la DGR n. VIII/2828 del 27 giugno 2006 "*Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa 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";

- la DGR n. VIII/10946 del 30 dicembre 2009 "*Determinazioni in ordine alla promozione della prevenzione ortodontica e ulteriori misure di razionalizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali*";

- la DGR n. IX/1775 del 24 maggio 2011 "*Recepimento dell'intesa tra il Governo, le Regioni e la Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012*";

- la DGR n. X/351 del 4 luglio 2013 "*Ulteriori determinazioni in merito alla DGR n. X/4334 del 26/10/2012 in relazione all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa e della accessibilità ai servizi sanitari*";

RICHIAMATE:

- la DGR n. X/1846 del 16 maggio 2014 "*Sviluppo di modelli per potenziare l'accessibilità ai servizi di specialistica ambulatoriale in orari e giornate più favorevoli ai soggetti impegnati in attività lavorative*" che ha introdotto, in via sperimentale, un progetto finalizzato ad ampliare l'offerta di visite specialistiche e di prestazioni di radiodiagnostica, anche in orari e giornate più favorevoli ai cittadini;

- la DGR n. X/7766 del 17 gennaio 2018 "*Tempi d'attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale: stato di attuazione delle politiche ed indirizzi di sistema per l'ulteriore contenimento dei tempi d'attesa*" che in merito all'implementazione del governo delle liste d'attesa secondo un modello di domanda differenziata per tipologia di bisogno ed urgenza definito attraverso un criterio di appropriatezza in base alle priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti in stretta collaborazione;

RICHIAMATI i provvedimenti concernenti le Regole di gestione per il servizio sociosanitario regionale, ed in particolare i seguenti:

- DGR n. X/2989 del 23 dicembre 2014,
- DGR n. X/3993 del 04 agosto 2015,
- DGR n. IX/5954 del 5 dicembre 2016,
- DGR n. XI/7600 del 20 dicembre 2017,

che hanno previsto interventi per il miglioramento del governo delle liste d'attesa;

RICHIAMATE altresì:

- la DGR n. X/6164 del 30 gennaio 2017 *"Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/15"*;

- la DGR n. X/6551 del 4 maggio 2017 *"Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/2009"*;

- la DGR n. X/7038 del 3 agosto 2017 *"Ulteriori determinazioni e indicazioni operative per la procedura di valutazione degli idonei di cui alla DGR n. X/6551 del 04/05/17: riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge n. 33/09"*;

- la DGR n. X/7655 del 28 dicembre 2017 *"Modalità di avvio del percorso di presa in carico del paziente cronico e/o fragile in attuazione della DGR n. X/6551del 04/05/2017"*;

provvedimenti tutti volti ad innovare il modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili prevedendo, tra l'altro, agende di prenotazione dedicate e distinte per classi di priorità;

CONSIDERATO inoltre che, con la DGR n. XI/1046 del 17 dicembre 2018, è stata attuata una sperimentazione al fine di intervenire in maniera mirata, mediante una negoziazione sperimentale di volumi e tipologie di prestazioni in alcuni ambiti di attività specialistica ambulatoriale, e procedere alla separazione delle attività negoziate per i pazienti cronici da quelle negoziate per i primi accessi, che ha coinvolto l'ATS della Città Metropolitana di Milano e l'ATS di Brescia che presentavano una maggiore criticità in termini di tempi di attesa e nell'accesso dei cittadini alle agende ambulatoriali degli erogatori, prevedendo uno stanziamento aggiuntivo pari a circa 15 milioni di euro compresi gli oneri del call center, assegnato per il 2019 con D.D.G.S n. 5761 del 18/04/2019 alle due ATS in argomento e alle ASST e Fondazioni IRCCS ubicate nei relativi territori. In particolare, il finanziato 2018 è stato ridotto, sia a livello complessivo di ATS sia a livello degli erogatori a contratto, della quota di prestazioni erogate nel 2018 e riconducibili ai set di riferimento dei pazienti PIC arruolati alla data del 31/03/2019, al netto delle prestazioni eventualmente già prenotate per l'esercizio 2019, nonché della quota delle prestazioni che presentavano criticità per i tempi di

attesa, erogate nel 2018 al fine di garantire al sistema, già nel 2019, per le stesse prestazioni, volumi non inferiori a quelli erogati nel 2018;

DATO ATTO che, in base agli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, con i provvedimenti programmatici sopra richiamati, Regione Lombardia ha inteso delineare un sistema organico di misure mirate al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche attraverso il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema di governo delle liste d'attesa;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 - Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;

RITENUTO di recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 - Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;

CONSIDERATA la necessità di dare attuazione all'intesa di cui trattasi adottando un piano regionale di governo delle liste di attesa coerente e adeguato all'organizzazione e programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria;

VISTO il documento relativo al "*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA*" proposto dalla DG Welfare in base alle indicazioni del "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021" di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;

RITENUTO di approvare il "*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA*" – di cui all'Allegato parte integrante del presente provvedimento - e di comunicare il documento di cui trattasi al Consiglio regionale di Regione Lombardia;

EVIDENZIATO che la modulazione delle priorità di accesso alle prestazioni sanitarie ambulatoriale sono specificate e declinate nel punto 1.1 dell'allegato "Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa";

RITENUTO di dare mandato alla DG Welfare affinché provveda a che tutte le Strutture erogatrici del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario regionale adottino interventi e azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale in argomento;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi, espressi in termini di legge;

DELIBERA

1. di recepire l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 - Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019;

2. di approvare il "*Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa – PRGLA*" – di cui all'Allegato parte integrante del presente provvedimento - predisposta dalla DG Welfare in base alle indicazioni del "Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021", di cui all'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 e di comunicare il documento di cui trattasi al Consiglio regionale di Regione Lombardia;

3. di dare mandato alla DG Welfare affinché provveda a che tutte le Strutture erogatrici del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario regionale adottino interventi e azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa in coerenza con le indicazioni del Piano Regionale in argomento.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Il presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa persegue il rispetto dei tempi massimi di attesa, in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, di seguito definito PNGLA, per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio, mediante l'attivazione di modalità organizzative omogenee per tutto il territorio regionale.

Pertanto, il presente Piano:

- prevede il rispetto, da parte delle Strutture Erogatrici del Servizio Sanitario Regionale, dei tempi massimi di attesa così come indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;

- individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi così come di seguito elencati;

- conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento prevedendo altresì la considerazione di eventuali ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità;

- conferma l'obbligo di indicare su tutte le prescrizioni il quesito diagnostico, se trattasi di primo accesso o 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.
  Le prestazioni successive al primo accesso dovranno 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 adotteranno idonee modalità affinché 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. Dovrà inoltre risultare chiaramente evidente la distinzione tra primi accessi e accessi successivi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.
  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.

- Promuove l'importanza dell'utilizzo di sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con l'obiettivo di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi;

- Conferma le indicazioni della DGR X/1046/18 relativamente alla gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate a contratto, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali.

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.

Per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up, potranno essere istituite 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.

- Individua 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 delle prestazioni erogate nei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico ed eventualmente 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.

- prevede la possibilità di erogazione di prestazioni aggiuntive sostenute economicamente dall'Azienda al fine di rispettare i tempi di attesa nei casi espressamente previsti dal presente piano, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo;

- promuove, facendo seguito alle sperimentazioni che si stanno conducendo in diverse Regioni, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda.

  In particolare, 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", condiviso dalle Regioni in fase sperimentale, e successivi aggiornamenti;

- considera, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili:

  - la programmazione dell'offerta basata su un'accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale;

- 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;
- l'identificazione di percorsi condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, a garanzia della continuità assistenziale, della riduzione dei tempi di attesa per le attività ambulatoriali e di ricovero;

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

1. PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO E RELATIVI TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Le prestazioni oggetto di monitoraggio previsti dal presente piano sono quelle di seguito riportate ai punti 1.1, 1.2, 1.3; il flusso informativo potrà essere adeguato e/o incrementato in base alle esigenze di monitoraggio o in caso di ulteriori segnali di criticità emergenti.

Non sono oggetto di monitoraggio le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva per le quali si confermano le attuali specifiche modalità di offerta e di prenotazione che ne assicurano i tempi e ne danno visibilità al fine di aumentare l'adesione della popolazione target.

1.1. Prestazioni ambulatoriali

Il tempo massimo di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio, indicate nelle tabelle di seguito riportate, deve essere garantito per almeno il 90% delle prenotazioni effettuate nei periodi indice e in tutte le strutture erogatrici pubbliche e private accreditate a contratto che erogano prestazioni per conto del Servizio Sanitario Regionale.
L'indicazione della Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi; l'indicazione della priorità per gli accessi successivi dovrà essere segnalata nel campo note.
Al fine di garantire la correttezza del processo di prenotazione la prescrizione di prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN dovrà obbligatoriamente riportare:

- il quesito diagnostico[1]
- se trattasi di prestazioni in primo accesso [2]
- se trattasi di accesso successivo[3]
- la classe di priorità, così come di seguito declinate

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*[4]

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono pertanto escluse dal monitoraggio di cui al precedente punto tutte le prestazioni di follow up e screening.

[1] 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
[2] 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
[3] Visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, follow up
[4] Fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Il cittadino utente si impegna a presentare la richiesta alla struttura scelta in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione: in questo modo ha diritto ad usufruire della prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità a partire dal momento della richiesta di prenotazione. Tali tempistiche, qui di seguito declinate, sono da ritenersi coerenti rispetto ai tempi previsti per ciascuna priorità:

- U Urgente: 72 ore
- B breve: entro 10 giorni solari
- D differita entro 30/60 giorni solari
- P programmabile entro 120 giorni solari

Se il cittadino presenta la richiesta di prenotazione di una prestazione in un tempo maggiore rispetto alla classe di priorità indicata dal prescrittore (nelle classi B o D), la struttura erogatrice si impegna ad erogare la prestazione nei tempi indicati dalla priorità a decorrere dal momento della presentazione della richiesta da parte del cittadino secondo la seguente tempistica:

- B: prestazione prenotabile entro 20 giorni solari dalla data di prescrizione, mantenendo comunque la scadenza dell'erogazione entro i successivi 10 giorni solari;
- D:
    - **visite specialistiche** - prenotabile entro 40 giorni solari dalla data di prescrizione, mantenendo comunque la scadenza dell'erogazione entro i 30 giorni solari successivi;
    - **prestazioni diagnostiche strumentali -** prenotabile entro 70 giorni solari dalla data di prescrizione, mantenendo comunque la scadenza dell'erogazione entro ulteriori 60 giorni solari;

Se non ci sono disponibilità entro i termini sopra stabiliti, al fine di rendere in ogni caso efficace e il più possibile tempestivo il servizio, sono stabiliti - in funzione delle rispettive classi di priorità - periodi di tolleranza pari al massimo al 20% oltre i tempi previsti per ciascuna classe di priorità (B o D). Tale periodo di tolleranza è subordinato alla specifica richiesta del cittadino di fruire della prestazione nella struttura da lui richiesta: in questo caso le prenotazioni effettuate da call center saranno identificate da uno specifico flag

- Breve (B): ulteriori 2 gg lavorativi successivi
- Differita (D): ulteriori 6 gg lavorativi successivi per visite specialistiche, ulteriori 12 gg lavorativi per prestazioni diagnostiche strumentali.

Nel caso in cui nella struttura che rappresenta la prima scelta del cittadino non ci fossero disponibilità entro i termini stabiliti, il Responsabile Unico Aziendale per i tempi di attesa, si attiverà per individuare altre strutture in grado di offrire la prestazione entro i tempi indicati; qualora sul territorio dell'ATS di riferimento non fossero presenti le disponibilità richieste, la struttura scelta dovrà impegnarsi a fornire comunque la prestazione al solo costo del ticket, se dovuto.

Regione Lombardia emanerà una circolare a tutti gli enti erogatori in merito a quanto sopra per ulteriori specifiche tecniche.

CODIFICA VISITE E PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

1.1.1 VISITE SPECIALISTICHE

N° progressivo	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima Visita cardiologia	89.7	02	87.7A.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

1.1.2 PRESTAZIONI STRUMENTALI

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI			
N° progr.	**Prestazione**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
15	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 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 MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con	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 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	88.91. 1	88.91. 1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1

45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5

1.1.3 ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

N° progr.	**Prestazione**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
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
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

1.2. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati dovrà essere garantito 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 alle tabelle sotto riportate

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 di norma entro 12 mesi.

Al fine di garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno 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 potrà 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, sarà possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

In attesa dell'introduzione da parte dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa di uno specifico set di indicatori di flusso, (di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere), atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri, il presente PRGLA promuove l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, anche mediante l'aggiunta di sedute operatorie sia programmando le stesse anche al pomeriggio, sia agendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, nonché sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione in accordo con il DM 70/2015.

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 (I)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (I)	53.0x- 53.1x	

(I) laddove la prestazione fosse erogata prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio sarà effettuato nel corrispondente setting assistenziale.

1.3. PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI 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.

Ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA sia in ambito cardiovascolare che oncologico saranno individuati con successivi provvedimenti, sulla base di opportune indagini, appositi set di prestazioni ambulatoriali erogabili anche attraverso il day service.

Il PDTA rappresenta la capacità del sistema sanitario di garantire, secondo le necessità del singolo paziente, le tappe necessarie e svolgere nel modo più efficace ed appropriato l'iter diagnostico e terapeutico per determinate condizioni patologiche. Non è quindi uno standard minimo di prestazioni da garantire in modo ripetitivo per tutti i soggetti riferibili ad una patologia, ma una organizzazione e strutturazione dei servizi, secondo la logica della

presa in carico e trasversale tra i diversi setting erogativi, che sia in grado, a fonte di set di riferimento predefiniti di servizi, di garantire quello che serve nei tempi e nei modi più appropriati. 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 in letteratura evidenze di efficacia 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 l0 luglio 2014.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata dall'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 dì tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

1.4. SISTEMI DI PRIOTARIZZAZIONE E GOVERNO DELLA DOMANDA ATTRAVERSO MISURE DI VERIFICA DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Le lunghe liste d'attesa, oltre ad essere sicuro motivo di insoddisfazione per i cittadini, possono esporre il paziente ad un ritardo diagnostico e terapeutico. Il più rapido e diffuso strumento di contrasto all'aumento dei tempi di attesa è l'incremento dell'offerta che, tuttavia, senza l'applicazione di adeguate priorità cliniche da solo non garantisce l'attribuzione di tempi di attesa corretti.

Appropriatezza clinica e gestione delle priorità costituiscono, nel loro insieme, il principale strumento di intervento pubblico per offrire tempi di attesa adeguati ai bisogni sanitari dei cittadini.

La variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati nel corso degli ultimi anni gli interventi della Giunta regionale, in una logica di governo clinico del fenomeno, e nella prospettiva di garantire l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche salvaguardando al contempo l'autonomia professionale del medico.

Sulla scia delle azioni già realizzate Regione Lombardia ha poi ritenuto indispensabile proseguire gli interventi attraverso il concetto di appropriatezza, per garantire la prestazione nel tempo adeguato. Il governo della domanda deve coinvolgere tutte le componenti del sistema: dai pazienti ai medici prescrittori e agli specialisti di tutte le strutture erogatrici.

Alla luce di queste considerazioni, la cui importanza è stata ribadita anche nel recente DPCM sui LEA 2017, Regione Lombardia ha ritenuto il modello proposto dal Nuovo Piano

Nazionale di Governo dei tempi di attesa 2019-2021 idoneo all'avvio di una sperimentazione centrata sull'appropriatezza e sulla concordanza prescrittiva.

A partire dall'aprile 2017 quindi Regione Lombardia ha aderito al progetto di Ricerca promosso e finanziato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas "Applicazione diffusa priorità cliniche alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" dando avvio ad una fase sperimentale che prevede l'implementazione di un modello basato su priorità cliniche condivise fra medici prescrittori e specialisti. Il modello è in corso di sperimentazione in alcune aree territoriali relative alle ATS della Valpadana (ASST Crema) Insubria (ASST Varese) Brianza (ASST Lecco) individuate in base a pregresse esperienze di "integrazione ospedale-territorio" e riguarda un set di 11 prestazioni nelle tre discipline di Gastroenterologia, Cardiologia e Radiologia. i cui risultati si attendono per la fine dell'anno in corso.

2. PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) le ATS dovranno predisporre i Piani attuativi del PRGLA o provvedere all'aggiornamento di quelli esistenti, formalizzarli e trasmettere la documentazione alla DG Welfare.
Le ASST e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, conformemente con i Piani attuativi delle ATS di cui sopra, dovranno predisporre un nuovo Piano attuativo aziendale, formalizzarlo, trasmetterlo alla ATS competente per territorio e alla DG Welfare.
I nuovi Piani attuativi del PRGLA dovranno contemplare 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, dovranno essere disponibili e mantenuti aggiornati sui portali delle ATS e delle ASST di riferimento.

Il Piano Attuativo del PRGLA dovrà provvedere a:

- Individuare, per le prestazioni di primo accesso, gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità al fine di consentire alle Agenzie di Tutela della Salute 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, dovrà essere 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 a contratto garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 1.1 ad almeno il 90% degli assistiti;
- Attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- Garantire la completa disponibilità dell'offerta di specialistica ambulatoriale, erogata dalle strutture pubbliche e private accreditate a contratto, attraverso i sistemi CUP; (eventuali riduzioni dell'offerta di prestazioni, rispetto alla totalità delle stesse per singola disciplina accreditata, dovranno essere autorizzate dall'ATS competente per territorio);

- Garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (es. uso delle classi di priorità, obbligatorietà del quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- Monitorare e fornire informazioni adeguate sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio la cui periodicità sarà indicata con successive note specifiche;
- 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.

3. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

3.1. Le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, saranno erogate nel 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 dovranno assicurare 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.

3.2. 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 I, 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.

4. 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 m 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 a contratto, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

4.1 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 1.1 per le Classi di priorità U, B, D e P prenotate presso tutte le strutture sanitarie.

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 1.1 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 1.1 del presente Piano.

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, il Piano attuativo aziendale dovrà individuare gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate a contratto 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 1.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

4.2 MONITORAGGIO *EX ANTE* PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 1.1 per le Classi di priorità U, B, D e P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate a contratto si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.

Le ATS dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato a contratto ai volumi complessivi delle prenotazioni.

4.3 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.

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 Piani 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/no 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 riferita a tutte le strutture indicate nei Piani Attuativi Aziendali (II quartile) nell'anno 2016; nel secondo anno (2020) il valore mediano 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%.

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-**	**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	

4.4 MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

In coerenza con il nuovo PNGLA, il presente piano conferma le disposizioni vigenti atte a regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa in quanto legata a motivi tecnici. Le ATS attueranno il monitoraggio sugli interventi messi in atto dalle Aziende Sanitarie per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.

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 dei diritti del cittadino alla salute e richiedono pertanto una tempestiva comunicazione nonché la

successiva ri-prenotazione automatica e preferenziale, secondo modalità che le stesse Aziende dovranno definire.

4.5 MONITORAGGIO DEI PERCORSI DEI PAZIENTI CON PATOLOGIE ONCOLOGICHE E CARDIOVASCOLARI

Il Monitoraggio delle prestazioni erogate nei 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.

4.6 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, redatte dall'Agenas in collaborazione con il Ministero della Salute, Cittadinanzattiva, Istituto Superiore di Sanità ed esperti delle Regioni e Provincie Autonome in materia di liste di attesa e ALPI nominati dalla Commissione Salute con lettera prot. 48/SAN del 16/01/2019 in fase di approvazione 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 1.1) 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.

4.7 MONITORAGGIO DELLA PRESENZA SUI SITI WEB DELLA SEZIONE SU LISTE E TEMPI DI ATTESA

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

Il presente piano promuove la comunicazione su tempi e liste di attesa, secondo la normativa vigente (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa), in quanto fattore di rinforzo della multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso i seguenti canali: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico, Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Al fine di avere delle informazioni univoche e disponibili per i cittadini in una forma espositiva uguale in tutto il territorio regionale, dal 1° settembre 2019 tutte le ATS sui propri siti web istituzionali, nella home page, pubblicheranno un link al sito regionale di monitoraggio dei temi di attesa che esporrà, con aggiornamento trimestrale, l'andamento dei tempi di attesa rilevato ex – post per le attività di specialistica ambulatoriale e di ricovero che sono state individuate dal PNGLA oggetto di monitoraggio.