ALLEGATO 1

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Schema di 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.

Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.

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

VISTI gli articoli 2, comma 1, lett. B) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le Regioni in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 1, comma 172, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale prevede la verifica del Ministero della Salute sull'effettiva erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

VISTA l'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'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266, sancita nella seduta del 28 marzo 2006 Rep. Atti n. 2555;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005 n. 266, sancita nella seduta del 28 ottobre 2010 Rep. Atti n. 189;

VISTA l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul recepimento del documento tecnico riguardante la disciplina per la revisione della normativa sull'accreditamento, di cui all'art. 1, comma 280 della

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Legge 23 dicembre 2005 n. 266, sancita nella seduta del 20 dicembre 2012, Rep. Atti n. 259;

CONSIDERATO che un'adeguata organizzazione dell'attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, così come disposto dalla Legge 3 agosto 2007 n.120 recante "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" e dalla Legge dell'8 novembre 2012 n. 189 di conversione in legge del decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, può contribuire anche al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche;

VISTO l'articolo 41, comma 6, del D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" (GU Serie Generale n.80 del 05-04-2013);

VISTA la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2011 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;

CONSIDERATA la delibera del consiglio ANAC n. 1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";

VISTO l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016;

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

VISTO il documento di proposta trasmesso in data xx/xx/xxxx dal Ministero della Salute, recante "Schema di Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266";

CONSIDERATO che le Regioni e le Province Autonome nel corso dell'incontro tecnico, svoltosi al riguardo in data 19 febbraio 2019 hanno espresso il loro assenso su tale documento;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini di seguito riportati.

PREMESSO CHE

il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN);

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

l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 che definisce i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;

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

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

l'articolo 1, comma 282 della suddetta Legge 23 dicembre 2005 n. 266, che nel quadro degli interventi per il governo dei tempi di attesa, a garanzia della tutela della salute dei cittadini, stabilisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le Regioni e Province Autonome sono tenute ad adottare misure per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della Salute;

il comma 5, dell'articolo 50, del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 2003, e successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'Economia e delle Finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, che disciplinano la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa, in

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e), della Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

l'Intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010, rep. atti n. CSR/52 che definisce le Linee guida nazionali del sistema CUP;
il D.M. 8 luglio 2010 n. 135 sul regolamento recante "Integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal Decreto Ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" che all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità;

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

SI CONVIENE

sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 (Allegato A); sulle Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa (Allegato B); sul Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione dei RAO" (Allegato C) fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, differenti modelli di governo clinico; sul Glossario in materia di liste di attesa (Allegato D).

ALLEGATO A

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. INTRODUZIONE

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

La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

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

Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.
Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

Il presente Piano:

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

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

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

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

E. conferma l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.
L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.
Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

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

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

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

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.
La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

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

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento Salute e il Welfare

iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la salute e il Welfare

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

Regione Abruzzo Dipartimento Salute e il Welfare

rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare - 11

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

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

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti 3.1, 3.2 e 3.3. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.
In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.
Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.
Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

3.1. Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.
A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

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

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

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

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

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

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

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

VISITE SPECIALISTICHE

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	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

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	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	45.42	45.42

Per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	corso di endoscopia sede unica		
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
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

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

3.2. Prestazioni in regime di ricovero

Per tutti i ricoveri programmati le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

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

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.
Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).
Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.
I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.
Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.
Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.
Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.
La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.
Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.
Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.
Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

5.1. Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.
Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.
5.2. Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

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

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

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

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

Per garantire il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, Regioni e Province Autonome devono prevedere che il Piano attuativo aziendale individui gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

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

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
Si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.
Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

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

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro

Regione Abruzzo Dipartimento Salute e il Welfare

delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.
Inoltre, il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, recante "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380", ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità.
Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.
Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla Classe di priorità A. Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Regioni e le Province Autonome si adottano di un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.
Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

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

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

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

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

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.
Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome impartiscono indirizzi alle Aziende per gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.
La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

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

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

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

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

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.
Agenas, su indicazioni *dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di*

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

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

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

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.
Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.
Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.
Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.
Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.
I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

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

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

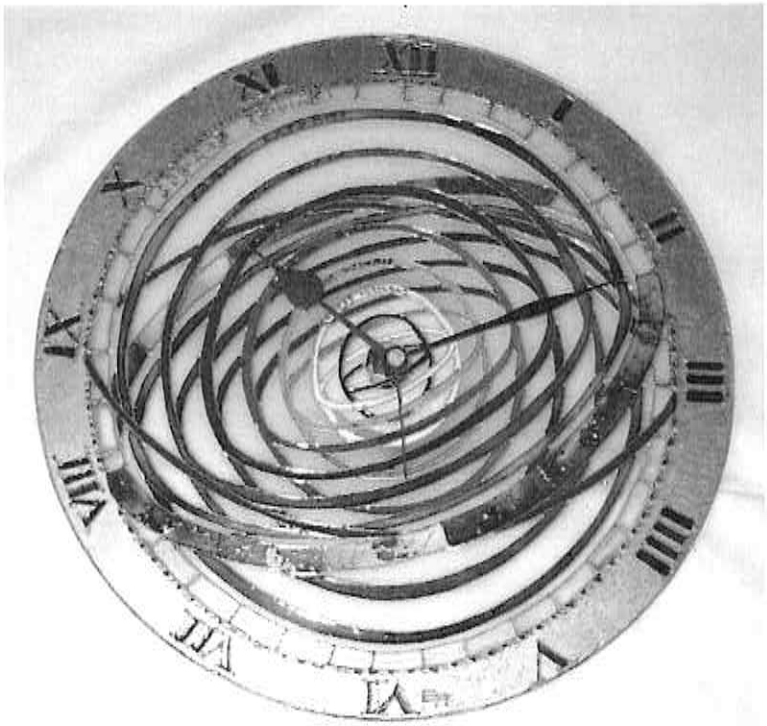
Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

REGIONE ABRUZZO

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

PIANO OPERATIVO REGIONALE 2019-2021
PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA
REGIONE ABRUZZO
INTESA STATO-REGIONI n. 28/CSR del 21 Febbraio 2019



Allegato 2

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Si ringrazia per la partecipazione al Tavolo Tecnico e il contributo offerto: le Direzioni Sanitarie Aziendali, i rappresentanti regionali di ANAO-ASSOMED, ANPO, CIMOABRUZZO, FEDERAZIONE CISL MEDICI, CGIL MEDICI, UIL FPL MEDICI, OPI, FIMMG, SNAMI, SMI, SUMAI, FIMP, CIPe, ISA-SIMET, FIALS, i rappresentanti delle Associazioni Civiche CRUC, FEDERCONSUMATORI ABRUZZO, CODICI, CITTADINANZATTIVA.

ASR

Dott.ssa Tiziana Di Corcia
Dott.ssa Sara Fimiani
Dott. Vito Di Candia
Dott.ssa Giorgia Fragassi
Dott.ssa Francesca Paolucci
Dott. Matteo Filippo Petrelli
Dott. Luca Giuliani

Dipartimento per la Salute e il Welfare

Dott. Antonio Forese
Dirigente Servizio
Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR

Direttore ASR Abruzzo
Dott. Alfonso Mascitelli

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

INDICE

ANALISI DI CONTESTO 5

OBIETTIVI GENERALI 6

OBIETTIVO 1: GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA. 8

Intervento 1.1. Specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: "PRIMA VISITA/ESAME" o "ACCESSO SUCCESSIVO". Indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Sistema di prioritarizzazione. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA' se si tratta di prima visita /esame. 10

Intervento 1.2. Classe di priorità P. 11

Intervento 1.3. Presa in carico dei pazienti per controlli successivi. 12

Intervento 1.4. Utilizzo di sistemi di monitoraggio/controllo/valutazione al fine di monitorare l'appropriatezza delle classi di priorità attribuite, nelle prescrizioni delle prestazioni, in coerenza con il sospetto diagnostico. 13

Intervento 1.5. Promozione Modello dei RAO. Contenuti clinici e classi di priorità. 17

OBIETTIVO 2: GOVERNO DELL'OFFERTA. 24

Intervento 2.1: Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA). 24

Intervento 2.2. Programmi Attuativi Aziendali. 25

Intervento 2.3. Classi di priorità' e registro per i ricoveri programmati. 27

Intervento 2.4. Qualificazione del fabbisogno delle risorse umane e tecnologiche. 30

Intervento 2.5. Equilibrio tra attività istituzionale e Libera professione. Utilizzo quota del 5% prevista dall'art. 2 L. n. 189/2012. 34

Intervento 2.6. Sedute aggiuntive. Recupero di prestazioni critiche e non effettuate. 36

Intervento 2.7. Attivazione di Percorsi di tutela. Accordi con il privato accreditato. 38

OBIETTIVO 3: GESTIONE DELLE AGENDE E DEI SISTEMI DI PRENOTAZIONE. 39

Intervento 3.1. Gestione trasparente e informatizzata delle agende di prenotazione. 40

Intervento 3.2. Agende differenziate. 41

Intervento 3.3. ALPI. Le agende devono essere strutturate in modo da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero-professionale (ALPI), entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale. 42

Intervento 3.4. Attivazione del meccanismo dell'overbooking dinamico. Ampliamento delle possibilità di prenotazione. 42

Intervento 3.5. Back Office. 43

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Intervento 3.6. Attivazione e incentivazione delle attività di RECALL. Predisposizione di strumenti per la DISDETTA da parte dell'utente. 44

Intervento 3.7. Mancata disdetta della prenotazione.. 45

Intervento 3.8 Ambiti di Garanzia. 46

OBIETTIVO 4: COMUNICAZIONE AI CITTADINI E FORMAZIONE AGLI OPERATORI DEL SSR. 47

Intervento 4.1. Prevedere una sezione informativa e interattiva, sui siti web aziendali, di informazioni aggiornate in tempo reale dedicata alla comunicazione al cittadino dell'offerta e organizzazione dei servizi. 48

Intervento 4.2. Formazione e coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico, di front-office e back-office operante nelle strutture sanitarie. 49

OBIETTIVO 5: RUOLI E RESPONSABILITÀ IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA. 50

Allegato 1: Disciplinari RAO relativi ad alcune delle 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio previste dal PNGLA 2019-2021.

Allegato 2: Disciplinari RAO relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale non oggetto di monitoraggio.

Allegato 3: Disciplinari tecnici di cui alla DGR n. 575/2011 e s.m.i.

Allegato 4: Format per la rilevazione delle prestazioni/visite specialistiche con criticità nella garanzia di erogazione entro i tempi massimi.

Allegato 5: Format per la rilevazione dei volumi di prestazioni erogate sia in alpi che in attività istituzionale.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Sa

ANALISI DI CONTESTO

La riduzione dei tempi di attesa costituisce un obiettivo prioritario della regione Abruzzo per la significativa e specifica ricaduta che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario stesso sia sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite dai Livelli Essenziali di Assistenza. La situazione attuale delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella regione Abruzzo, mostra una condizione di gestione disomogenea del sistema di prescrizione, prenotazione ed erogazione e questo non permette un corretto governo e monitoraggio dell'offerta, con conseguenti disagi per l'utenza e difficoltà a valutare realmente lo status complessivo dei tempi di attesa ed i relativi livelli di appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Nella programmazione regionale si ritiene ormai acquisito che l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenti una componente strutturale dei LEA, fermo restando la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere, in linea con il nuovo PNGLA, azioni complesse ed articolate, che siano in grado di promuovere il principio di appropriatezza nelle sue tre dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva.

Nell'ambito del "monitoraggio delle liste di attesa" risulta significativa, a titolo di esempio, la conoscenza del fenomeno attraverso l'analisi dei dati acquisiti con la rilevazione dei tempi di attesa con modalità ex ante, effettuata come ultimo dato disponibile nella settimana indice di ottobre dell'anno 2018. Dall'elaborazione dei dati è stato possibile dimostrare sia il quadro generale dell'offerta di prestazioni in termini di attesa per singola ASL, sia la percentuale di utilizzo delle Classi di Priorità da parte dei medici prescrittori nelle ASL della Regione.

La maggiore percentuale, evidenziata nelle tabelle sottostanti, è relativa alle prenotazioni con classe di priorità "Programmata" con il 78% seguita dalla classe "Differibile" con il 10,7%, "Breve" con il 10% ed "Urgente" con lo 0,3% del totale. Le prenotazioni senza classe di priorità invece rappresentano meno dell'1% del totale.

ASL	Breve	Differibile	Programmata	Urgente	(vuoto)	Totale
201	399	559	4785	14	111	5868
202	671	1008	2081	9	56	3825
203	405	259	4971	22	18	5675
204	575	371	4203	21		5170
Totale	**2050**	**2197**	**16040**	**66**	**185**	**20538**

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

ASL	Breve	Differibile	Programmata	Urgente	(vuoto)	Totale
201	6,8%	9,5%	81,5%	0,2%	1,9%	100,0%
202	17,5%	26,4%	54,4%	0,2%	1,5%	100,0%
203	7,1%	4,6%	87,6%	0,4%	0,3%	100,0%
204	11,1%	7,2%	81,3%	0,4%	0,0%	100,0%
Totale	**10,0%**	**10,7%**	**78,1%**	**0,3%**	**0,9%**	**100,0%**

Sulla base dei provvedimenti nazionali e regionali vigenti ed in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, contenute nell'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, la regione Abruzzo con il presente Documento Tecnico intende recepire integralmente la richiamata Intesa, volendo definire un sistema organico di interventi mirato al contenimento dei tempi di attesa con specifico riferimento alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero, e a tal fine vengono indicati obiettivi e interventi specifici alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, con due direttive di base.

La prima: la gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se, nei Programmi Attuativi Aziendali, si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture private accreditate) per una concreta presa incarico dei pazienti, dovendo prevedere anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie. La seconda: la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza sia di priorità delle prestazioni.

OBIETTIVI GENERALI

I determinanti del fenomeno delle liste di attesa sono molteplici e attengono a tre grandi aree di intervento: il governo della domanda di prestazioni, il governo dell'offerta di assistenza e i sistemi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni. La regione Abruzzo, negli anni passati, con l'obiettivo di tutelare il diritto ad un corretto accesso alle prestazioni sanitarie, ha approvato con la DGR n. 575/2011 e successivamente con il DCA n. 60/2015 i precedenti "Piani Regionali per il contenimento delle liste di attesa", definendo regole e strumenti per il governo delle liste di attesa e per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. I cambiamenti progressivamente intervenuti nell'organizzazione sanitaria, sia a livello nazionale sia in ambito regionale, in parte anche per gli effetti del Piano di Rientro tuttora in corso, richiedono una razionale e complessiva

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

messa a sistema delle procedure di governo delle liste di attesa e del sistema di erogazione delle prestazioni.

Tra i diversi fattori che contribuiscono al mantenimento di forti divari tra la domanda (crescente) e l'offerta (non sempre adeguata) di prestazioni, si ricorda la maggiore attenzione dei cittadini nei confronti del proprio stato di salute, la valutazione dei bisogni assistenziali da parte dei medici prescrittori, l'affermarsi di modelli culturali di "consumo sanitario", la maggiore capacità di intervento del sistema sanitario (anche grazie alla crescente disponibilità di tecnologie e trattamenti), le carenze organizzative che ostacolano il pieno sfruttamento delle risorse disponibili.

Pertanto, il presente Documento pone direttive alle Aziende Sanitarie in materia di liste di attesa, sulla base della approvazione del nuovo Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021. Le Direzioni Aziendali, fermo restando quanto disposto dall'art. 3 bis comma 7 bis del D.Lgs. n. 502/1992, sono tenute ad attuare, promuovere e diffondere quanto previsto dal presente Piano Operativo Regionale, monitorandone l'applicazione nella pratica clinica. Le Strutture sanitarie private accreditate dalla regione Abruzzo devono conformarsi alle indicazioni di cui al presente Piano e, nel rispetto delle norme contrattuali, mettono a disposizione del sistema CUP delle Aziende Sanitarie le proprie agende di prenotazione, al fine di consentire la gestione coordinata delle liste di attesa sul territorio regionale. Il presente Documento definisce, inoltre, le prioritarie linee di intervento a supporto del livello regionale, per indirizzare opportunamente il Commitment aziendale sulle azioni da porre in essere, con il necessario coinvolgimento delle strutture eroganti, dei professionisti sanitari nonché dei cittadini.

Nella programmazione aziendale, in conformità del PNGLA, deve essere prevista l'attuazione di specifiche azioni strategiche regionali:

a) La programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di specialistica ambulatoriale per la propria popolazione, con la riqualificazione delle risorse disponibili.
b) La totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali delle agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, includendo sia la attività a carico del SSR sia quella in regime di ALPI.
c) L'applicazione dei sistemi di prioritarizzazione, intesi da un lato come indicazione obbligatoria da parte del medico prescrittore del grado di urgenza della prestazione richiesta e dall'altro come strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classi di priorità.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

d) Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali nei confronti dei privati accreditati, al fine di contrattare prioritariamente la tipologia e il volume di prestazioni critiche da acquistare per i propri residenti, nell'ambito dei livelli di budget assegnati.

e) Per le prescrizioni di primo accesso, standard di risposta entro i tempi massimi indicati a livello nazionale (90%), anche con riferimento agli ambiti territoriali di garanzia.

f) Presa in carico del paziente cronico mediante la gestione di specifici percorsi e dei follow-up, che prevedono l'obbligo della struttura sanitaria, cui afferisce il paziente, di dover provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

OBIETTIVO 1: GOVERNO DELLA DOMANDA DI PRESTAZIONI E APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA.

L'applicazione dei sistemi di prioritarizzazione richiede obbligatoriamente: a) indicazione da parte del medico prescrittore del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di specifiche condizioni cliniche; b) la strutturazione da parte degli erogatori di agende di prenotazione differenziate per classi di priorità; c) un monitoraggio costante dell'andamento reale del sistema. Nella prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali garantite dal SSN, il soggetto prescrittore, sia esso Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta o Specialista, dipendente o convenzionato, è obbligato a riportare sul ricettario SSN:

- A norma del D.M 17/03/2008 del Ministero dell'Economia e Finanze, è previsto che il campo "Tipo ricetta" possa avere utilizzi molteplici e possa essere adattato a scopi specifici a livello regionale. Pertanto, in ordine alla indicazione obbligatoria della tipologia di accesso, si definisce che, qualora si tratti di primo contatto, viene compilato il campo "Tipo di ricetta" con la indicazione 01 per identificare prima visita/contatto. Qualora si tratti di contatto successivo, inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo, follow-up viene compilato il campo "Tipo di ricetta" con la indicazione 02.
- La Classe di Priorità. Questa informazione deve essere biffata a stampa o compilata a penna. In caso di mancata indicazione del codice di priorità la prestazione sarà erogata come programmata.
- Il Quesito Diagnostico che motiva la richiesta della prestazione. In caso di mancata indicazione del quesito diagnostico, la prescrizione è da considerarsi nulla.

La classe di priorità ed il quesito diagnostico sono informazioni di rilevanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e per il monitoraggio delle liste di attesa. L'utilizzo

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

dell'indicazione della classe di priorità nella pratica prescrittiva consente ai sistemi di prenotazione (sportelli CUP aziendali e call center) di indirizzare le richieste alle corrispondenti "agende configurate per classi di priorità".

L'indicazione obbligatoria del quesito diagnostico consente di monitorare l'appropriatezza prescrittiva. Le agende differenziate e dedicate alle prestazioni di primo accesso devono, entro 120 giorni dall'adozione del presente documento, essere tutte configurate per classi di priorità.

Pertanto per l'accesso alle visite specialistiche e alle prestazioni strumentali, nei casi di **primo accesso** dovrà essere indicata una delle classi di priorità di seguito riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta:

Urgente

(biffare la casella "U"), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

Breve

(biffare la casella "B"), da eseguire entro 10 giorni;

Differibile

(biffare la casella "D"), da eseguire entro:

30 giorni per le visite,

60 giorni per le prestazioni strumentali;

Programmabile

(biffare la casella "P"), prestazione da eseguire entro 180 giorni fino al 31.12.2019. Entro 120 giorni dal 01/01/2020.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie devono apportare gli opportuni accorgimenti organizzativi ed operativi, con l'obiettivo di garantire l'effettiva separazione dei percorsi, sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione, ivi compresa la necessità che per gli "accessi successivi" il medico specialista debba, in relazione a percorsi diagnostico-terapeutici definiti ed a selezionate tipologie di prestazioni di specialistica ambulatoriale, realizzare l'effettiva "presa in carico" dell'assistito.

Il cambiamento in termini organizzativi è dato dal fatto che le ulteriori prestazioni di cui il paziente ha eventualmente bisogno dovranno essere direttamente prenotate dal medico specialista che per la prima volta ha "preso in carico" il paziente stesso. Ovviamente, occorre garantire che tale modalità sia specificamente regolamentata dalla rispettiva ASL, per definire ambiti e modalità di applicazione e i rapporti di relazione con i medici di medicina generale. Uno degli strumenti che può essere preso a riferimento per garantire tale modalità organizzativa è rappresentato dal Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Deve essere garantito su tutto il territorio regionale che le prestazioni da erogare siano codificate dal CUP secondo quanto previsto dal catalogo regionale delle prestazioni (cd nomenclatore), approvato con DGR n. 646/2018. Si precisa che nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di "primo accesso" e prestazioni per "controlli successivi".

Va altresì specificato che il termine di validità tra la data di prescrizione specialistica cartacea/dematerializzata e la data di prenotazione (presa in carico per la ricetta dematerializzata) è stabilita per la durata del tempo massimo previsto dalla classe di priorità biffata, a decorrere dalla data di prescrizione. Gli assistiti devono provvedere a prenotare le visite/prestazioni entro tale periodo. Una volta prenotata, la prescrizione resta valida fino alla data di erogazione delle prestazioni. Per le prescrizioni relative alla visita/esame/accesso successivo, ovvero i controlli, il termine di validità è stabilito in 12 mesi, al fine di consentire la spendibilità della prescrizione per le prestazioni.

Intervento 1.1. Specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: "PRIMA VISITA/ESAME" o "ACCESSO SUCCESSIVO". Indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Sistema di prioritarizzazione. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA' se si tratta di prima visita /esame.

Obbligo della specifica indicazione sulla prescrizione della tipologia di accesso: "PRIMA VISITA/ESAME" o "ACCESSO SUCCESSIVO" e della indicazione sulla prescrizione del QUESITO DIAGNOSTICO. Obbligo sulla prescrizione della CLASSE DI PRIORITA' se si tratta di prima visita/esame.

Si richiama che in assenza di specifica indicazione (biffatura di una delle classi di priorità), la richiesta sarà erogata in classe di priorità "P".

Nella prescrizione su ricetta del SSR:

A) risulta obbligatoria la specifica indicazione della tipologia di accesso: prima visita/esame/accesso per intercettare le richieste di prestazioni che rappresentano il primo contatto del cittadino con il sistema, tanto più che per le prestazioni strumentali non essendo disponibili codici del nomenclatore nazionale che consentono di distinguere se trattasi di primo esame o esame successivo, va necessariamente indicata la tipologia di accesso.

B) Solo per la prima visita/esame/accesso risulta obbligatorio indicare la classe di priorità a cui appartiene la richiesta (U, B, D, P), biffando l'apposita casella sulla ricetta.

Ai fini del presente documento per primo accesso deve intendersi: prima visita e 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 inseguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Per accesso successivo deve intendersi visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow-up.

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

Nelle prescrizioni devono essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per il rispetto dell'appropriatezza prescrittiva, per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi, in coerenza con il DPCM sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Artt. 15, 16, allegati 4A, 4B,4C,4D). La domanda di prestazioni di **"primo accesso"** deve essere distinta dalla domanda di prestazioni di controllo. Queste ultime rientrano infatti in percorsi di cura ben definiti che prevedono la "presa in carico" dell'assistito.

"Le **Prime Visite** e le **Prime Prestazioni Diagnostiche/Terapeutiche**" sono quelle che costituiscono il primo contatto del paziente con il sistema rispetto al problema di salute posto. Si precisa che ai fini del presente atto costituiscono prestazioni di **primo accesso** anche quelle che lo specialista che osserva per primo il paziente richiede ad un altro specialista, poiché necessarie per l'approfondimento del quesito diagnostico.

Per i pazienti con diagnosi già definita, ovvero affetti da malattie croniche, si considera **primo accesso** anche la prestazione richiesta nel caso di insorgenza di un nuovo problema o di una riacutizzazione, tali da rendere necessaria una rivalutazione complessiva. Per l'accesso alle prestazioni strumentali, **nei casi di Primo Accesso** dovrà essere indicata una delle **classi di priorità** di seguito riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle presenti sulla ricetta. E' obbligatoriamente richiesta l'esplicitazione del quesito diagnostico sulle prescrizioni ambulatoriali, ivi comprese quelle di analisi di laboratorio, quale informazione di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa. In coerenza con quanto disposto a livello nazionale nel PNGLA 2019-2021 le classi di priorità devono essere applicate a tutte le prestazioni ambulatoriali, diagnostico strumentali e di ricovero erogate dal SSN, rendendo, pertanto, obbligatoria da parte dei medici prescrittori la biffatura del campo della ricetta del SSN recante le classi di priorità, limitatamente alle prescrizioni delle prima visite specialistiche e delle prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche e riabilitative.

Intervento 1.2. Classe di priorità P.

La quarta classe di priorità prevista nel PNGLA e nel PRGLA è la "P" (Programmabile), che comprende quelle prestazioni programmate da erogarsi in un arco tempo maggiore e comunque non oltre i 120 giorni a partire dal 1 Gennaio 2020. Con "Prestazioni programmabili" si identificano quelle situazioni cliniche in cui le prestazioni ambulatoriali sono pianificabili entro un maggior arco di tempo, in quanto quest'ultimo non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. E' necessario precisare che la classe di priorità "P" non può prevedere prestazioni di secondo accesso e follow up, che rappresentano ancora una percentuale importante delle prestazioni prenotate con la

Regione Abruzzo Dipartim... Welfare e ...

"P". Deve essere, pertanto, ridotta la domanda inappropriata delle prestazioni in classe "P", recuperando le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classe "B" e "D".
Nel corso degli anni, la scarsa attenzione che è stata dedicata alla riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni con classe di priorità "P" è correlabile anche al fatto che le stesse, a differenza di quelle con classe di priorità "B" e "D", non sono sottoposte a monitoraggio e verifica dal Tavolo di monitoraggio LEA. Questo ha comportato la generazione di alcune criticità nel rispetto dei tempi d'attesa delle prestazioni programmabili "P", soprattutto riguardo ad alcune prestazioni di diagnostica strumentale (mammografia, ecografia mammaria, ecc). Tuttavia, a partire dal 2020 sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in classe "P".
Al riguardo, il DCA n. 60/2015 stabilisce che il volume di prestazioni per la Classe "P" non deve tendenzialmente superare la soglia del 40 % del totale delle prenotazioni in Classe di priorità. In considerazione che il PNGLA prescrive che la classe "P" si riferisce alle prestazioni di primo accesso e, al fine di ridurre la domanda inappropriata delle prestazioni in classe "P", recuperando di converso le disponibilità degli spazi nelle agende dedicate a prestazioni in classi "B" e "D", si considera obiettivo strategico realistico, nel caso del periodo di vigenza del presente Piano, il target del 30% per la classe "P".

Intervento 1.3. Presa in carico dei pazienti per controlli successivi.

Le richieste di controlli successivi devono essere gestite dal Medico Specialista della struttura, tramite l'attivazione di agende dedicate (CUP di II Livello), senza demandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN, effettuando così la "presa in carico" dell'assistito, anche attraverso la completa informatizzazione dei Distretti Sanitari. Pertanto, la prenotazione dei controlli, ravvicinati o a distanza temporale, da parte della struttura che ha in carico il cittadino è vincolante. Tale modalità prenotativa si attua attraverso l'informatizzazione delle attività ambulatoriali per la gestione della prescrizione e istituendo percorsi dedicati soprattutto ai pazienti affetti da patologia cronica e oncologica, rafforzando altresì l'integrazione multiprofessionale. Al riguardo, occorre richiamare come la domanda di prestazioni di "primo accesso" sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, rispetto alla domanda di prestazioni di "accesso successivo" relativi a controlli e/o *follow-up*, rientranti in percorsi di cura più o meno standardizzati relativi a problemi clinici già definiti, che comportano la "presa in carico" dell'assistito. Le Aziende Sanitarie dovranno completare la attivazione e il sistematico utilizzo dei CUP di II Livello entro 180 giorni dalla adozione del Piano Operativo Regionale delle liste di attesa, prevedendo soluzioni applicative che consentano agli specialisti di accedere alle agende di prenotazione presenti sul

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

sistema CUP con profili dedicati al fine di poter gestire operativamente i percorsi di presa in carico dei pazienti, e la prenotazione diretta dei controlli.

Intervento 1.4. Utilizzo di sistemi di monitoraggio/controllo/valutazione al fine di monitorare l'appropriatezza delle classi di priorità attribuite, nelle prescrizioni delle prestazioni, in coerenza con il sospetto diagnostico.

Le Aziende Sanitarie e la regione Abruzzo, attraverso il monitoraggio e l'analisi dei dati, devono avere la possibilità di conoscere, comprendere e gestire le cause che determinano l'allungamento dei tempi di attesa e l'opportunità di individuare le azioni di miglioramento più opportune conformemente a quanto indicato nel presente documento.

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previste dal PNGLA 2019-2021 sono quelle inserite nelle tabelle n. 1, 2a e 2b di seguito riportate.

Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.

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

La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi. A decorrere dal 1gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe "P".

Tabella 1: Visite specialistiche

Visite specialistiche				
Numero	**PRESTAZIONE**	**Codice Nomenclatore**	**Codice branca**	**Codice nuovi LEA**
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7 A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7 A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7 A.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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare
REGIONE ABRUZZO 13

Tabella 2a: Prestazioni strumentali. Diagnostica per Immagini

Diagnostica per Immagini			
Numero	**PRESTAZIONE**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
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 MCD	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 MCD	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 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 del 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 sovraortici	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

Tabella 2b: Prestazioni strumentali. Altri esami specialistici

Altri esami Specialistici			
Numero	**PRESTAZIONE**	**Codice Nomenclatore**	**Codice nuovi LEA**
51	Colonscopia totate 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 cardio vascolare da sforso 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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare
15

Nella regione Abruzzo, per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

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

Le Direzioni Generali devono garantire una regolare, puntuale e completa attività di monitoraggio seguendo tracciati record standardizzati, secondo quanto previsto dalle Linee guida PNGLA 2019-2021. Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il monitoraggio di informazioni rilevate in una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal recepimento del PNGLA 2019-2021 (**aprile** 1° settimana; **luglio** 1° settimana; **ottobre** 1° settimana) e successivamente trasmesse al Ministero della Salute. Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione. Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in **primo accesso** e prevalentemente per le Classi di priorità "B" e "D" prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe "P". Secondo le indicazioni ministeriali quindi, la Classe "P" entrerà a pieno titolo nella valutazione dell'effettivo utilizzo delle Classi di priorità.

Il Monitoraggio ex ante per la Classe "P" ha due finalità:

- Valutare il grado di diffusione nell'utilizzo delle Classi di Priorità da parte dei medici prescrittori (ovvero il numero totale di prenotazioni in agenda con Classe di Priorità biffata);
- Valutare la percentuale di effettivo utilizzo della Classe "P".

Occorre precisare che la mancata biffatura della Classe di Priorità sull'impegnativa SSN da parte del medico prescrittore, determinerà la erogazione di quella prestazione secondo Classe di priorità

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

"P". Tuttavia relativamente al Monitoraggio, quella stessa impegnativa andrà considerata **priva di Classe di Priorità** e pertanto **vuota.**

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post si effettua attraverso la trasmissione con cadenza mensile al Ministero dell'Economia e Finanze entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Il Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati indicati al paragrafo 2.3., riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili, con classe di priorità "A", effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Il Monitoraggio utilizza per la periodica rilevazione dei tempi di attesa il flusso SDO.

La Regione Abruzzo garantisce la vigilanza continua sui dati di monitoraggio ex post attraverso il Servizio di Gestione Flussi Informativi di concerto con l'Agenzia Sanitaria Regionale ed effettua i relativi controlli incrociati con le informazioni rilevabili dal monitoraggio ex-ante, per finalità di verifica di qualità, coerenza e misura del drop-out e dell'overbooking.

La Regione Abruzzo, inoltre, conferma la disposizione alle Aziende Sanitarie Locali di rendere obbligatori i campi oggetto di monitoraggio già previsti come facoltativi dal 1ottobre 2010 (nota prot. N. 16675/13 del 29 settembre 2010).

I contenuti informativi nel tracciato del comma 5 dell'art.50 della L. 326/2003, da considerarsi, pertanto, tutti obbligatori ai fini del monitoraggio sono i seguenti:

1. Data di prenotazione
2. Data di erogazione della prestazione
3. Tipo di accesso
4. Classe di priorità
5. Garanzia dei tempi massimi
6. Codice struttura che ha evaso la prestazione.

Intervento 1.5. Promozione Modello dei RAO. Contenuti clinici e classi di priorità.

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019 -2021 promuove, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico. A livello internazionale e nazionale vi sono diverse esperienze basate su "score" multipli (dolore, beneficio atteso, etc.) la cui somma individua il livello di priorità oppure su "situazioni cliniche" correlate a tempi massimi di attesa. Il modello italiano dei

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) è basato sulla identificazione di precise situazioni cliniche e del relativo tempo massimo di attesa per ognuna delle quattro classi di priorità riprese dal PNGLA (Urgente, Brave, Differita, Programmata) e presenti nel nuovo modello di ricetta standardizzata oltre che nel Decreto del MEF del 2 novembre 2011 (relativo alla dematerializzazione della ricetta medica cartacea).

Il modello RAO, nel prevedere 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 condiviso dalle Regioni in una prima fase sperimentale.

Mediante l'adozione dei RAO vengono esplicitate le "situazioni cliniche", appropriate per ciascuna delle quattro classi di priorità previste dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2019-2021 (Urgente, Breve, Differita, Programmata) sia per le visite specialistiche che per ogni prestazione di specialistica ambulatoriale.

L'applicazione dei RAO vede la standardizzazione dei comportamenti prescrittivi per le visite specialistiche di primo accesso e per alcune delle prestazioni particolarmente critiche (Ecografia Mammaria, Mammografia, ecc). La scelta del Tavolo di lavoro regionale di adottare il sistema RAO nasce dalla positiva valutazione delle esperienze nazionali e dalla necessità di uniformare i comportamenti a livello regionale dando il via ad una nuova modalità prescrittiva che dovrà nel corso del tempo essere verificata e migliorata, laddove l'esperienza dei professionisti lo riterrà opportuno.

L'identificazione per il "primo accesso" di "situazioni cliniche" per ogni singola priorità temporale (Urgente, Breve, Differita, Programmata), consente inoltre, di superare l'iniquo criterio dell'ordine cronologico e di adeguare l'attesa ad un preciso bisogno clinico del paziente.

Le indicazioni cliniche sono di norma riferite a situazioni che richiedono l'esecuzione della prestazione per una diagnosi differenziale. Possono tuttavia essere presenti indicazioni riferite a necessità cliniche per accedere a percorsi diagnostico-terapeutici (ad esempio: mammografia con indicazione clinica "nodulo/addensamento di recente riscontro clinicamente sospetto" che potrebbe rientrare nel PDTA "neoplasia della mammella") o in percorsi organizzativi di accesso specifici.

Oltre alle prime visite sono incluse anche le prime prestazioni (ad esempio: prima mammografia per sospetta neoplasia). Nell'ambito dell'applicazione dovrebbero essere escluse le visite a completamento della prima visita (controlli a breve distanza di tempo) e le visite di

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

controllo (follow-up), che dovrebbero avere percorsi "privilegiati" di accesso alla prenotazione, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

Nella tabella 3 sono rappresentate le prestazioni ed i relativi codici riferiti al nomenclatore di cui all'allegato n.4 del DPCM del 12.1. 2017 sui LEA, ricompresi nei disciplinari RAO contenuti negli Allegati 1 e 2 del presente Piano.

Nello specifico l'Allegato 1 del Documento contiene i disciplinari RAO (Tabelle da 1 a 27) relativi ad alcune delle 69 prestazioni traccianti.

L'Allegato 2 (Tabelle da 1 a 23) contiene i disciplinari RAO relativi alle prestazioni non comprese tra quelle traccianti.

Nella tabella 4 sono rappresentate le prestazioni traccianti non contenute nei disciplinari RAO.

Nelle more della definizione di specifiche schede per le suddette prestazioni e al fine di consentire al sistema di mettere in atto in maniera graduale le strategie necessarie, la regione Abruzzo continuerà ad utilizzare i disciplinari tecnici di cui alla DGR n.575/2011 e s.m.i. (Allegato 3) per le prestazioni di seguito elencate. Le altre prestazioni disciplinate dalla DGR 575/2011 e s.m.i. sono integralmente sostituite dai disciplinari di cui all'Allegato 1.

Tabella 3 Prestazioni contenuti nei disciplinari RAO

Class_ RAO	Prestazione	Codice prestazione nuovi LEA	Note
001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA	45.23 45.23.3 45.23.4	Allegato 1
002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	Allegato 1
003	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2	Allegato 2
004	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5	Allegato 1
005	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI	88.74.9	Allegato 2
006	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4 e 88.77.5 88.77.6 e 88.77.7	Allegato 1
007	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3	Allegato 2

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

008	ECOENCEFALOGRAFIA	88.71.1	Allegato 2
009	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1	Allegato 1
010	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1	Allegato 1
011	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1	Allegato 1
012	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2	Allegato 1
013	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1 88.73.2	Allegato 1
014	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3	Allegato 2
015	ECOGRAFIA OSTETRICA	88.78	Allegato 1
016	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6	Allegato 2
017	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50	Allegato 1
018	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO	45.13 45.16.1 45.16.2 42.24	Allegato 1
019	MAMMOGRAFIA BILATERALE MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.1 87.37.2	Allegato 1
020	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	87.11.3	Allegato 2
021	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	Allegato 1
022	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	Allegato 1
023	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC	88.95.5	Allegato 1
024	RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1	Allegato 2
025	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC	88.95.2	Allegato 2
026	RM DEL COLLO RM DEL COLLO SENZA E CON MDC	88.91.6 88.91.7	Allegato 2

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

027	RM DELLA COLONNA IN TOTO RM DEL RACHIDE CERVICALE, DORSALE, LOMBOSACRALE E SCROCOCCIGEO	88.93.6 88.93.2, 88.93.3, 88.93.4 e 88.93.5	Allegato 1
028	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC RM DEL RACHIDE DORSALE, LOMBO-SACRALE E SACROCOCIGGEO SENZA E CON MDC	88.93.7 e 88.93.B 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	Allegato 1
029	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE, SENZA E CON CONTRASTO	88.91.2	Allegato 1
030	RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC -	88.94.H, 88.94.J, 88.94.K, 88.94.L, 88.94.M, 88.94.N, 88.94.P, 88.94.Q, 88.94.R, 88.94.S, 88.94.T, 88.94.U, e 88.94.V	Allegato 2
031	RM MUSCOLOSCHELETRICA (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, BACINO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)	88.94.4, 88.94.5, 88.94.6, 88.94.7, 88.94.8, 88.94.9, 88.94.A, 88.94.B, 88.94.C, 88.94.D, 88.94.E, 88.94.F, e 88.94.G	Allegato 2
032	RX DELLA CAVIGLIA RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.1 88.28.2	Allegato 2
033	RX DELLA COLONNA CERVICALE, DORSALE E LOMBOSACRALE RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE E LOMBARE RX STANDARD SACROCOCCIGE	87.22, 87.23,87.24 87.23.64, 87.24.7 87.24.6	Allegato 2
034	RX DEL FEMORE RX DEL GINOCCHIO RX DELLA GAMBA	88.27.1 88.27.2 88.27.3	Allegato 2
035	RX DEL GOMITO RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.1 88.22.2	Allegato 2
036	RX DEL POLSO RX DELLA MANO	88.23.1 88.23.2	Allegato 2
037	RX DELLA SPALLA	88.21.2	Allegato 2
038	RX DEL TORACE	87.44.1	Allegato 2
039	TC DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC TC DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC TC DELL'ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	88.01.2 88.01.4 88.01.6	Allegato 1

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

040	TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE)	88.38.G, 88.38.H, 88.38.J, 88.38.K, 88.38.L, 88.38.M, 88.38.N, 88.38.P, 88.38.Q, 88.39.2, 88.39.3, 88.39.4,88.39.5, 88.39.6, 88.39.7, 88.39.8 e 88.39.9	Allegato 2
041	TC ARTICOLARE (SPALLA, BRACCIO, GOMITO, AVAMBRACCIO, POLSO, MANO, SPALLA E BRACCIO, GOMITO E AVAMBRACCIO, POLSO E MANO, ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE, COSCIA [FEMORE], GINOCCHIO, GAMBA, CAVIGLIA, PIEDE, GINOCCHIO E GAMBA, CAVIGLIA E PIEDE) SENZA E CON MDC -	88.38.R, 88.38.S, 88.38.T, 88.38.U, 88.38.V, 88.38.W, 88.38.X, 88.38.Y, 88.38.Z, 88.39.A, 88.39.B, 88.39.C,88.39.D, 88.39.E, 88.39.F, 88.39.G e 88.39.H	Allegato 2
042	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5	Allegato 1
043	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	Allegato 1
044	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC	87.03.1	Allegato 1
045	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2	Allegato 2
046	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC	87.03.3	Allegato 2
047	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.A, 88.38.B, 88.38.C	Allegato 1
048	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE, TORACICO, LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC	88.38.D, 88.38.E, 88.38.F	Allegato 1
049	TC DEL TORACE	87.41	Allegato 1
050	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC	87.41.1	Allegato 1

Legenda: in colore azzurro i RAO relativi alle prestazioni traccianti oggetto di monitoraggio (Allegato 1), in rosa i RAO non compresi tra quelli traccianti (Allegato 2)

Per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartimento

Tabella n. 4 Prestazioni traccianti non comprese nei disciplinari RAO

PRESTAZIONE TRACCIANTE SECO+E7+B5:F77+B5:F78+E7+B5:F+B5:F77	NOMENCLATORE	NOMENCLATORE LEA	PRESTAZIONE DISCIPLINATA DA DGR 575/2011 - DGR 60/2015	NOMENCLATORE REGIONALE
Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7A.6	Visita chirurgia vascolare*	89.7
Prima Visita endocrinologica	89.7	89.7A.8	Visita endocrinologica	89.7
Prima Visita neurologica	89.13	89.13	Visita neurologica	89.13
Prima Visita oculistica	95.02	95.02	Visita oculistica	95.02
Prima Visita ortopedica	89.7	89.7B.7	Visita ortopedica	89.7
Prima Visita ginecologica	89.26	89.26.1	Visita ginecologica	89.26
Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7B.8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7
Prima Visita urologica	89.7	89.7C.2	Visita urologica	89.7
Prima Visita dermatologica	89.7	89.7A.7	Visita dermatologica	89.7
Prima Visita fisiatrica	89.7	89.7B.2	Visita fisiatrica	89.7
Prima Visita oncologica	89.7	89.7B.6	Visita oncologica	89.7
Prima Visita pneumologica	89.7	89.7B.9	Visita pneumologica	89.7
TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	TC senza e con Contrasto dell'addome superiore*	88.01.1 - 88.01.2
TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3	TC senza e con Contrasto dell'addome inferiore *	88.01.3 - 88.01.4
TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	TC senza e con Contrasto Addome Completo *	88.01.5 -88.01.6
TC del Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	TC senza e contrasto bacino	88.38.5
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	RMN cervello e tronco encefalico*	88.91.1 - 88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	RMN Pelvi, prostata e vescica*	88.95.4 - 88.95.5
Eco(color) doppiergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	Colonscopia*	45.42 - 45.23 - 45.25
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
Test cardio vascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44**	89.44 - 89.41		
Esame audiometrico tonale	95.41.1.	95.41.1.	Audiometria	95.41
Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
Spirometria globale	89.37.2	89.37.2		
Fotografia del Fundus	95.11***	95.11	Fondo Oculare	95.09
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	Elettromiografia	93.08
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		
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		
Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D		
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		
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F		

* i RAO disciplinano solo i codici 88.91. 2, 88.95.5, 88.01.2, 88.01.4,88.01.6, 88.95.5, 45.23, e l'ecocolordoppler vascolare.

**prestazione per cui non è previsto attualmente né un disciplinare RAO né un disciplinare nella DGR 575/2011.

***prestazione che prevede un disciplinare nella DGR 575/2011 riferito alla prestazione "Fondo oculare" con codice nomenclatore 95.09 e non 95.11 prevista dal PNGLA 2019 -2021.

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

OBIETTIVO 2: GOVERNO DELL'OFFERTA.

Il governo delle liste di attesa, e in generale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, si fonda su una corretta ed efficiente programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture sanitarie presenti in ogni ambito aziendale. La fase programmatoria include necessariamente un'analisi costante del rapporto tra domanda, produzione complessiva delle strutture ubicate sul territorio regionale e risorse disponibili. Nei Programmi Attuativi Aziendali, strumento vincolante e obbligatorio previsto dal PNGLA, le Aziende Sanitarie devono essere in grado, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi delle prestazioni, di valutare e esplicitare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale e interregionale). I consumi di prestazioni, rilevati attraverso i flussi informativi correnti, devono essere poi confrontati con la produzione complessiva delle strutture ubicate nel territorio aziendale (sia pubbliche che private), verificando la capacità di soddisfare la domanda espressa con la dotazione di risorse (umane e tecnologiche) disponibili, considerando anche il saldo di mobilità attiva e passiva interregionale. Pertanto, in sede di programmazione, le Aziende devono prevedere, almeno per le prestazioni "critiche", un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni di personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (benchmarking) che il livello di efficienza risulti in linea con le migliori performance delle altre Aziende. Il ricorso a prestazioni aggiuntive del personale interno o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni con il privato accreditato deve essere previsto solo dopo aver valutato ed esperito la possibilità di incremento della produzione delle prestazioni, attraverso il recupero di efficienza organizzativa o l'impossibilità temporanea di ricorso a nuove assunzioni di personale.

Intervento 2.1: Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA)

Fermo restando la responsabilità complessiva per la corretta gestione delle liste di attesa in capo al Direttore Generale della ASL e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3bis, comma 7bis, del D. Lgs. 502/1992 e s.m., il Direttore Generale deve identificare, con formale atto deliberativo, entro 60 giorni dalla adozione del Piano Regionale, il Responsabile Unico Aziendale (RUA) nella persona del Direttore Sanitario Aziendale o, in alternativa, un dirigente nominato tra il personale in servizio presso la rispettiva organizzazione sanitaria, dotato di qualifica dirigenziale da almeno

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

cinque anni, ed esperienza coerente con la funzione da assolvere. Il mancato raggiungimento degli obiettivi indicati dal Piano Attuativo Aziendale sulle liste di attesa comporta la mancata erogazione della retribuzione di risultato. Il RUA ha le seguenti funzioni di coordinamento e vigilanza: 1) attività finalizzate a garantire una gestione trasparente delle agende di prenotazione; 2) l'applicazione dei criteri di priorità per l'accesso nel rispetto delle indicazioni regionali; 3) la finalizzazione al contenimento delle liste di attesa delle risorse professionali e tecnologiche; 4) la proposta di committenza verso le strutture private accreditate per il superamento delle criticità evidenziate. Il RUA ha, inoltre, competenza nel predisporre programmi e controlli sul corretto rapporto tra attività libero professionale e attività istituzionale e definisce attività formative che garantiscono che l'accoglienza dei pazienti e la gestione delle liste di attesa siano gestite con specifiche competenze da parte degli operatori coinvolti.

Intervento 2.2. Programmi Attuativi Aziendali

Le Aziende Sanitarie Locali sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature), e quella che può essere acquistata dalle strutture private accreditate e dalle future forme organizzative complesse della medicina generale e della specialistica ambulatoriale.

L'ASL prevede in via prioritaria almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari, verificando con analisi comparative (benchmarking) che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture. Al fine di ridurre i tempi per le liste d'attesa, l'ASL può disporre di incrementare l'attività degli ambulatori territoriali e ospedalieri, anche attraverso l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori anche nei giorni prefestivi e festivi.

Nella fase di elaborazione e monitoraggio dei Programmi Attuativi Aziendali sono necessari il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute nonché la consultazione dei rappresentanti dei sindacati firmatari dei CCNL.

Conseguentemente, entro 60 giorni dall'adozione del Piano Operativo Regionale di Governo delle Liste di Attesa, le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale, 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 deve essere reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato. Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e indica, secondo le

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

indicazioni del PNGLA, le misure che la ASL intende adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre provvede prevalentemente 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 aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa.
- Individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni elencate al punto 3.1 del PNGLA 2019-2021 ad almeno il 90% dei pazienti.
- Garantire la diffusione e l'accesso delle informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti web aziendali), nonché di prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso ai 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.
- Provvedere alla definizione del tempario, fermo restando che la durata di erogazione delle prestazioni debba uniformarsi per le stesse prestazioni anche se erogate da specialisti diversi (dipendenti e convenzionati).

I Direttori Generali nei Programmi Attuativi Aziendali dovranno garantire, anche tramite un monitoraggio continuo, il rispetto dei tempi massimi dei percorsi diagnostico-terapeutici e delle singole prestazioni secondo le classi di priorità indicando tra l'altro i dati relativi alle prestazioni critiche secondo i format di cui agli allegati 4 e 5.

In linea con gli indirizzi della Legge. n. 135 del 7/8/2012 ("Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"), è favorita la sperimentazione di nuovi modelli di assistenza che realizzino effettive finalità di contenimento della spesa sanitaria, anche attraverso specifiche sinergie tra strutture pubbliche e private, ospedaliere ed extraospedaliere.

Per caratterizzare le prestazioni critiche, in conformità con il Documento Tecnico del 2001 della Commissione Nazionale del Ministero, di cui al D.M. 28/12/2000, sono state individuate le variabili oggetto di misura:

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

1. Tempo di attesa, espresso in giorni;
2. Numero di utenti in lista;
3. Numero di prestazioni offerte nell'unità di tempo (settimana);
4. Numero di prestazioni effettuate nell'unità di tempo (settimana);
5. Numero di prestazioni effettuate in regime di libera professione nell'unità di tempo.

Pertanto, nei Programmi Aziendali, dovranno essere analizzate e evidenziate le misure citate in rapporto alle prestazioni critiche e più in generale, dovranno essere usati i seguenti indicatori:

1. Indice di pressione esterna: numero di pazienti in lista d'attesa per una prestazione/numero di prestazioni offerte nel periodo considerato; l'indicatore fornisce informazioni utili alla modulazione dell'offerta, indicando il volume di incremento di attività necessario a ridurre il numero di pazienti in lista e conseguentemente i tempi di attesa.
2. Indice di saturazione: prestazione effettuata nel periodo considerato/numero di prestazioni offerte nel periodo considerato*100; è un indicatore utile alla programmazione aziendale che confronta le prestazioni erogate con l'offerta potenziale.

Intervento 2.3. Classi di priorità' e registro per i ricoveri programmati.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni di Ricovero programmato sono fissati in base alla classe di priorità (la regione Abruzzo adotta le classi di priorità definite dall'Accordo Stato Regioni del 21 febbraio 2019).

La classe non è legata alla patologia da trattare ma al contesto individuale del caso clinico e viene attribuita in fase di inserimento in lista di attesa, soggettivamente, dal Sanitario che completa l'iter diagnostico:

- **classe A**: da effettuare 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;
- **classe B**: da effettuare entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **classe C:** da effettuare 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;
- **classe D**: da effettuare senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono, comunque, essere trattati entro 12 mesi. 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	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

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

Secondo quanto disposto dalla Legge n.724 del 23 dicembre 1994 (art. 3, comma 8), le Aziende Sanitarie Locali, i Presidi Ospedalieri e le Aziende Ospedaliere devono prevedere l'obbligo di disporre di un **Registro Unico** dei ricoveri ospedalieri in formato cartaceo o informatico. Tale registro può essere soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei servizi competenti del Dipartimento della Salute e il Welfare e da parte di rappresentanti dell'ASR Abruzzo (L.R. n.6/2009). Al Direttore Sanitario Aziendale compete la responsabilità di verificare l'assegnazione delle risorse delle sale operatorie sulla base della consistenza e della criticità delle liste di attesa per

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

disciplina, patologia e/o classe di priorità. Oltre agli aspetti tecnici, assumono particolare rilievo in questo ambito gli aspetti di gestione e programmazione in un'ottica di utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche di ambito aziendale.

Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle Direzioni Sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone.

La compilazione del suddetto Registro deve prevedere il seguente iter:

1. il medico prescrittore dopo avere effettuato la visita, dovrà compilare una scheda (proposta di intervento) contenente tutte le informazioni necessarie circa la procedura terapeutica e la data prevista per il ricovero, compresa l'indicazione del codice di priorità.
2. Le proposte di intervento dovranno essere consegnate ad uno specifico ufficio della ASL, individuato dalla Direzione Sanitaria. L'ufficio così individuato avrà il compito di inserire la proposta della tipologia di intervento e la data presunta dell'intervento stesso nel Registro di prenotazione e di rilasciare al paziente l'attestazione dell'avvenuta iscrizione nel Registro.

Sul Registro di prenotazione, per ogni paziente, vengono riportate le seguenti informazioni di base:

Informazioni inerenti il paziente:

1. Nome e cognome del paziente
2. Codice fiscale
3. Sesso
4. Data di nascita
5. Residenza
6. Numero di telefono del paziente
7. Persona da informare (nome e telefono)
8. Diagnosi e sospetto diagnostico
9. Classe di priorità di accesso

Informazioni gestionali:

1. Nome del medico prescrittore (MMG, specialista ambulatoriale, ecc.)
2. Data di prescrizione della richiesta da parte del medico prescrittore
3. Tipo di percorso/intervento previsto (diagnostico, terapeutico, chirurgico)
4. Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione da parte dello specialista del reparto
5. Data prevista per il ricovero
6. Data reale del ricovero
7. Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Intervento 2.4. Qualificazione del fabbisogno delle risorse umane e tecnologiche.

Nel Programma Attuativo Aziendale, le Aziende Sanitarie sono tenute a programmare, in stretta coerenza con il Piano Triennale del fabbisogno del personale, una dotazione di risorse umane volte a garantire l'effettiva presa in carica del cittadino paziente nel corso del trattamento di cura, con la valutazione da un lato che il tema delle risorse umane si qualifica come un ambito fondamentale per il contenimento dei tempi di attesa, e d'altro lato che le normative nazionali e regionali impongono vincoli sulla spesa del personale e conseguentemente sulle scelte assunzionali.

La gestione delle risorse umane e gli effetti che da essa scaturiscono impongono, quindi, il rispetto di strumenti e metodologie di definizione del fabbisogno sia per il personale dipendente che per il personale convenzionato. Le principali criticità sollevate dalle quattro Aziende Sanitarie Abruzzesi in termini di tempi di attesa (talvolta fuori soglia) sono per le più comuni e riguardano:

ASL 201	ASL 202	ASL 203	ASL 204
Tac e Risonanza	Tac	Visita Pneumologica	Gastroenterologia
Ecografie	Risonanza Magnetica	Visita Endocrinologica	Chirurgia Vascolare
Ecocolordoppler	Visita Pneumologica	Mammografia	Radiologia
Colonscopia	Colonscopia	Tac torace con e senza m.d.c.	Mammografia
Visita Ortopedica	Ecocolordoppler	Tac addome superiore ed inferiore con e senza m.d.c.	Elettromiografia
VisitaEndocrinologica	Elettromiografia	RMN Encefalo con e senza m.d.c.	Area diagnostica-ecografica
Visita Urologica	Spirometria	RMN Colonna vertebrale con e senza m.d.c.	Prestazioni oncologiche
Visita Cardiologica e Test da sforzo		Ecografia del capo e del collo	Prestazioni pneumologiche
Visita Neurologica		Ecografia della mammella	Prestazioni endocrinologiche
Visita Pneumologica		Ecocolordoppler dei tronchi sovraortici	Prestazioni ortopediche
		Ecocolordoppler degli arti inferiori e superiori	Test da sforzo
		Colonscopia	
		Sigmoidoscopia	
		Spirometria	

La normativa da rispettare in tema di **Fabbisogno di Personale** (riferita sia per l'assistenza ospedaliera, sia per l'assistenza territoriale), è definita a livello nazionale con D.P.C.M. 8 Maggio 2018 - "*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA*"- e a livello regionale con D.G.R. 37/2019 - "*Indicazioni operative per la predisposizione del piano triennale di fabbisogno di personale delle aziende unità sanitarie locali del SSR*". Tali documenti forniscono le linee di indirizzo ai fini della predisposizione dei rispettivi Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (P.T.F.P.) e di consentire alle stesse Aziende Sanitarie Abruzzesi la regolare gestione delle dinamiche del personale.

Nei Programmi Attuativi Aziendali, deve essere riservata una specifica sezione in cui le disposizioni attuative sul personale, ai fini del contenimento e del miglioramento dei tempi di attesa siano rispondenti alle seguenti disposizioni:

Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

a) Il rispetto dei vincoli finanziari e l'applicazione delle disposizioni in materia di determinazione del Fabbisogno di Personale, previste dalla D.G.R. 37/2019, garantendo un'attenta programmazione in termini di approvvigionamento quantitativo e qualitativo dei professionisti per erogare prestazioni in modo puntuale ed efficace;

b) Il ricorso alla programmazione delle assunzioni, soprattutto per le aree critiche che generano maggiori liste di attesa, coerentemente con i margini di disponibilità e di criticità rilevati dal Fabbisogno (D.G.R. 37/2019);

c) L'integrazione del personale tra l'assistenza ospedaliera e territoriale (potenziando le attività erogate in ambito territoriale);

d) Nei Programmi Attuativi, il pieno utilizzo delle capacità produttive delle strutture deve essere perseguito nell'ambito di una pianificazione aziendale che includa obbligatoriamente per le prestazioni che presentano tempi di attesa maggiori, i piani di attività dell'equipe e l'utilizzo delle tecnologie in modo da garantire, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili nell'arco dell'intera giornata in ogni ambito territoriale di garanzia.

Al riguardo le Aziende possono prevedere l'estensione degli orari di apertura degli ambulatori anche nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali (c.d. Ambulatori Aperti), compatibilmente con gli orari di attività delle strutture.

e) Possibilità di ricorrere all'Art. 55 del CCNL 8/6/2000 per un periodo di 12 mesi dalla data di approvazione del presente Piano Regionale e salvo ulteriore proroga da parte della Regione, al fine di superare specifiche e gravi criticità delle liste di attesa, le Aziende Sanitarie sono autorizzate, con le modalità e nei termini previsti dal presente Documento, all'acquisto di prestazioni aggiuntive ai sensi dell'art. 55 del CCNL 08/06/2000. Ai sensi del comma 2 dell'art. 55 si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia.

f) Analogamente e con le stesse finalità si autorizza il ricorso da parte delle AA.UU.SS.LL. ai medici specialistici ambulatoriali convenzionati (c.d. Sumaisti) in un'ottica di ampliamento dell'offerta delle prestazioni sanitarie ed ai fini del favoreggiamento del contenimento dei tempi di attesa. In caso di necessità, in ottemperanza alle disposizioni dell'articolo 20 dell'ACN del 30/07/2015 – *Assegnazione di incarichi a tempo determinato* - le Aziende, per esigenze

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, possono conferire incarichi a tempo determinato.

LE APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA STRUMENTALE

Il Flusso informativo relativo alle Grandi Apparecchiature Sanitarie

La costituzione di un Inventario Nazionale delle Apparecchiature Sanitarie e l'attivazione del "Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture sanitarie pubbliche, private accreditate e private non accreditate", rappresentano un significativo investimento da parte del SSN e delle strutture sanitarie coinvolte.

Le informazioni che rileva il Sistema "Apparecchiature Sanitarie" sono relative a Localizzazione, Caratteristiche, Acquisizione, Attivazione, Gestione del macchinario sanitario. Tale flusso consente la raccolta di informazioni utili sui costi e sulle caratteristiche principali, ma al momento non sul monitoraggio dei "consumi" delle apparecchiature, strettamente correlato al numero di prestazioni erogate.

Le apparecchiature sanitarie sono essenziali per l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nella continua evoluzione della pratica clinica, infatti, le tecnologie hanno assunto una crescente rilevanza, divenendo parte imprescindibile della prestazione stessa (si pensi a un ricovero di radioterapia e a quanto la prestazione sia legata alla disponibilità dell'acceleratore lineare).

Un corretto approccio diagnostico e terapeutico non può prescindere dalla disponibilità di un adeguato supporto tecnologico. Inoltre, le attrezzature più obsolete hanno un impatto sulla spesa sanitaria in termini di costi di manutenzione, tendenzialmente alti, generalmente a fronte di bassa redditività e minore efficienza produttiva. Al fine di monitorare i LEA, il focus non può, quindi, che estendersi anche all'offerta, per avere una visione complessiva dei livelli minimi di tecnologie che devono essere garantiti a tutela dei LEA stessi.

Si pone però l'esigenza di integrare, in linea con le previsioni del PNGLA, il flusso NSIS con ulteriori informazioni che attengono alla capacità produttiva effettiva delle grandi apparecchiature di diagnostica.

Il monitoraggio dell'attività delle apparecchiature per ASL avverrà tramite una rilevazione secondo un *template* condiviso a livello regionale approvato con determinazione del dirigente del dipartimento salute e Welfare competente in materia.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

I dati di tale rilevazione renderanno possibile il calcolo di alcuni indicatori di monitoraggio, quale ad esempio il massimo utilizzo potenziale (in ore) delle apparecchiature al netto del fermo macchina, in rapporto agli orari di apertura o in base ad orari di apertura teorici standard (ad esempio 12 ore al giorno lun-ven e mezza giornata il sabato, a regime). L'incrocio di tali dati con le agende CUP delle ASL permetterà di individuare le prestazioni critiche che generano liste di attesa consistenti e sulle quali si ritiene necessario intervenire con la definizione da parte delle ASL dei piani di attività strutturati e mirati.

OBIETTIVI E CRONOPROGRAMMA

Per quanto attiene l'organizzazione funzionale, le Aziende sono tenute a perseguire l'obiettivo dell'apertura dei servizi diagnostici in maniera continuativa sei giorni alla settimana, con l'obiettivo di utilizzo delle grandi apparecchiature almeno all'80% della loro capacità produttiva, anche attraverso una diversificazione dell'orario di lavoro.

La capacità produttiva teorica di un macchinario è stata calcolata considerando 18 ore di apertura giornaliere dal Lunedì al Venerdì e 9 ore di apertura il Sabato, per un totale di 99 ore settimanali di attività, che corrisponde al 100% della capacità produttiva di un macchinario.

La regione Abruzzo si pone di raggiungere entro il triennio 2019-2021 l'obiettivo di utilizzo delle apparecchiature almeno all'80%.

In particolare, l'erogazione continuativa è finalizzata alla riduzione, in primo luogo, e al mantenimento entro i limiti definiti una volta a regime, delle liste di attesa per le prestazioni critiche. Le prestazioni critiche sono quelle che mantengono alla fine di Dicembre di ogni anno un indice di performance inferiore al 90%. Le Aziende devono, quindi, prevedere nel proprio piano di attività un ulteriore allargamento dell'offerta nelle giornate di sabato e domenica e nelle ore serali dei giorni feriali anche nel privato accreditato.

Inoltre le Aziende Sanitarie nella redazione del Piano Attuativo Aziendale, dopo aver determinato la capacità produttiva effettiva già raggiunta, dovranno provvedere ove necessario, alla definizione dell'esigenza di incremento del personale e di tecnologie. Dovranno elaborare un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

In coerenza con gli indirizzi del PNGLA, in ambito aziendale è richiesta la necessità di garantire l'efficiente utilizzo delle apparecchiature esistenti. Al riguardo, la regione Abruzzo ha inteso

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

definire una metodologia di calcolo che garantisca l'utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche pari all'80% della loro capacità produttiva.

$$\textit{numero di prestazioni a garanzia dell'80\% della capacità produttiva} = \frac{\text{h6/h12/*60min}}{\text{tempario singola prestazione in minuti AUSL}} * 0{,}8$$

Secondo la formula sopra esposta, e per il rispetto delle disposizioni imposte dal PNGLA in materia di dispositivi tecnologici per le prestazioni traccianti ed oggetto di monitoraggio, le Aziende Sanitarie provvedono a garantire una percentuale di prestazioni in base al rapporto tra le ore/minuti di funzionamento dello strumento tecnologico ed il tempario medio delle prestazioni in base ai dati del CUP Aziendale ed in relazione ad una capacità produttiva pari all'80% del tasso di utilizzo.

Intervento 2.5. Equilibrio tra attività istituzionale e Libera professione. Utilizzo quota del 5% prevista dall'art. 2 L. n. 189/2012.

In ottemperanza al PNGLA, il ricorso alla libera professione intramuraria deve essere la conseguenza di una libera scelta del cittadino e non della carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Le Aziende Sanitarie devono assicurare che l'esercizio della libera professione intramuraria non sia in contrasto con le proprie finalità e le attività istituzionali e che lo svolgimento sia organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti istituzionali e da assicurare la piena funzionalità dei servizi. In conformità con l'art. 1 comma 5 della L. n. 120/2007, il parametro di riferimento è rappresentato dai volumi complessivi di prestazioni con riferimento alla singola Unità Operativa. Nello specifico ogni Azienda Sanitaria Locale predispone nel Programma Attuativo Aziendale, con riferimento alle singole Unità Operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria. A tal fine, l'azienda negozia in sede di definizione annuale di budget, con i Dirigenti responsabili delle équipes interessate, nel rispetto dei tempi concordati, i volumi di attività istituzionale che devono comunque essere assicurati in relazione alle risorse assegnate. Di conseguenza concorda con i singoli Dirigenti e con le équipes interessate i volumi di attività libero-professionale-intramuraria che, comunque, non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati, prevedendo a livello aziendale appositi organismi paritetici di verifica. I Responsabili di ciascuna U.O., anche se non direttamente partecipi all'ALPI, dopo aver concordato con gli interessati le modalità di esecuzione dell'attività

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

libero-professionale, devono comunicare preventivamente all'Azienda in quali orari e da parte di quali professionisti, individualmente o in équipe, l'attività viene svolta.

Inoltre quale criterio di valorizzazione dei volumi dell'attività istituzionale dei Dirigenti medici incardinati in UU.OO. di Terapia Intensiva o Sub-intensiva es U.T.I.C., Stroke Unit, Dialisi, ect), il Tavolo Tecnico Regionale da indicazione di utilizzare il volume di prestazioni erogate dall'Unità Operativa di disciplina affine (Es. per l'UTIC quello della Cardiologia, per la Stroke Unit quello della Neurologia, ect). Per un corretto ed equilibrato rapporto tra attività libero professionale e istituzionale, le Aziende negoziano annualmente con i Dirigenti responsabili delle strutture, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, i volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate, anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati; di conseguenza concorda con i singoli dirigenti e con le équipes la determinazione dei volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili, che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali nè prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto, tenendo conto dell'attività svolta da ciascun dirigente nell'anno precedente. Il corretto ed equilibrato rapporto tra attività libero professionale ed attività istituzionale va verificato, nei termini sopra indicati, anche con riferimento all'attività individuale, ogni sei mesi, ad opera dell'Organismo Aziendale Paritetico di Promozione e Verifica.

A tal fine le Aziende devono esplicare nel Programma Attuativo Aziendale l'ammontare dei volumi di attività resi in regime di libera professione intramuraria e al verificarsi di squilibri significativi e duraturi (superiori ai 60 giorni) tra le liste di attesa per attività istituzionale e quelle per l'attività libero professionale l'Azienda deve sospendere l'esercizio della libera professione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate, a meno che, nonostante le procedure attivate per la copertura del fabbisogno di personale per le unità carenti, l'Azienda non verifichi che lo squilibrio stesso non sia imputabile ai professionisti dell'equipe. La sospensione deve essere comunque preceduta e motivata da parte dell'Azienda dalla dimostrazione di aver dato preliminare attuazione agli strumenti organizzativi e strutturali, necessari per ripristinare l'equilibrio del sistema.

Preventivamente al provvedimento di sospensione dell'ALPI, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni nei tempi massimi, l'Azienda può concordare, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lettera d) del CCNL 8/6/2000, con i professionisti una quota di "libero professionale aziendale" sostenuta economicamente dall'Azienda riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Le Aziende devono garantire sia la piena visibilità delle agende ALPI da parte dei CUP aziendali sia la piena tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti resi in regime di libera professione, e per consentire l'attuazione del principio della libera scelta da parte del cittadino, le aziende devono predisporre un efficace sistema di comunicazione e di informazione ai cittadini in ordine a tutte le prestazioni erogabili sia in regime istituzionale che in libera professione. Per una corretta e trasparente gestione della libera professione intramuraria tutte le informazioni devono essere messe a disposizione del cittadino attraverso tutti i canali istituzionali: CUP, URP, siti internet. In particolare dovranno essere esplicitati: l'elenco dei sanitari che esercitano la libera professione, le sedi, il tipo di prestazioni erogabili, le modalità di prenotazione, le tariffe e i tempi di attesa. E' importante istituire sistemi differenziati di prenotazione relativamente alle due modalità di erogazione al fine di eliminare improprie interferenze tra le stesse e ridurre la possibilità che l'utente venga orientato verso la libera professione intramuraria nel caso in cui l'istituzionale preveda tempi di attesa troppo lunghi.

Nell'ottica di intervenire sul governo delle liste di attesa attraverso meccanismi legati alla libera professione intramuraria, si ritiene necessario che la somma pari al 5% del compenso del libero professionista derivante dall'applicazione dell'art. 2 del D.L n. 158/2012 convertito dalla legge n. 189/2012, debba essere vincolata ad interventi volti alla riduzione delle liste di attesa.

Al fine di determinare un valore del corretto equilibrio tra attività istituzionale e attività in libera professione, si considera quale valore soglia tendenziale di riferimento dell'indicatore rappresentato nel riquadro sottostante un valore non superiore al 50%.

Peso percentuale della libera professione per Unità Operativa, per prestazioni erogate, in un determinato intervallo temporale (trimestrale): n° di prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria/totale delle prestazioni istituzionali.

Intervento 2.6. Sedute aggiuntive. Recupero di prestazioni critiche e non effettuate.

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni evidenziate come 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, con il solo pagamento del ticket da parte del cittadino, ove è dovuto.

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Il Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa, al paragrafo 2 punto 15, prevede, da un lato che "l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservano al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Dall'altro lato, le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, 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'applicazione del citato articolo 55 deve essere preventivamente comunicata dalla ASL al competente Servizio del Dipartimento Salute e in coerenza con l'orientamento applicativo dell'ARAN, nonché con le normative regionali in materia, tale possibilità dovrà essere utilizzata "soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipes".

Inoltre, in coerenza con i vincoli di bilancio e con quanto previsto dai Programmi Attuativi Aziendali per il governo delle Liste d'attesa, si potranno coinvolgere i medici specialistici ambulatoriali nei programmi finalizzati all'abbattimento delle Liste d'Attesa individuate come critiche dalle aziende.

L'ACN del 17/12/2015 della medicina specialistica, all'art.39 comma 3, prevede che "lo specialista ambulatoriale o il professionista può eseguire prestazioni aggiuntive previste dalla programmazione regionale e/o aziendale, secondo modalità regolate dagli accordi regionali e/o aziendali, allo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi nell'area specialistica. I medesimi Accordi definiscono anche i relativi emolumenti aggiuntivi".

Si evidenzia che tale possibilità dovrà essere utilizzata privilegiando il raggiungimento del limite orario delle 38 ore settimanali per singolo professionista. Secondo uno studio del sindacato SUMAI Assoprof dell'ottobre 2018 in Abruzzo dovrebbero essere disponibili circa 6000 ore di attività specialistica per il raggiungimento delle 38 ore settimanali per i 338 specialisti impiegati.

I Programmi Attuativi Aziendali, infine, potranno valutare l'eventuale acquisto di prestazioni ambulatoriali individuate come critiche da soggetti privati accreditati, soprattutto di classe "B", unicamente a seguito dell'esperimento delle sopradescritte possibilità e in coerenza con i vincoli di bilancio regionali.

Intervento 2.7. Attivazione di Percorsi di tutela. Accordi con il privato accreditato.

Le Aziende Sanitarie sono chiamate a mettere in atto azioni più incisive per garantire sia il pieno governo delle liste di attesa, che l'equità di accesso ai cittadini su tutto il territorio aziendale. Pertanto, nei Programmi Attuativi Aziendali, tramite l'adozione di specifici piani delle prestazioni, le aziende Sanitarie possono attivare **PERCORSI DI TUTELA**, per le prestazioni critiche, con gli erogatori privati accreditati insistenti nel medesimo ambito territoriale aziendale, vincolandoli comunque al rispetto dei limiti di spesa del budget assegnato e delle condizioni previste dai contratti stipulati e sottoscritti da entrambe le parti per l'esercizio finanziario in corso. Per tale obiettivo è obbligatorio l'inserimento delle agende di prenotazione del soggetto accreditato nel CUP aziendale. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà a collaborare con la Pubblica Amministrazione, facendo confluire le proprie agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema di prenotazione a livello 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 3/8/2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione"). Inoltre, in condizioni di documentata particolare criticità, previa comunicazione al competente servizio del Dipartimento Salute, con agende di prenotazione sature, le Aziende Sanitarie possono prevedere specifici **PERCORSI DI TUTELA della priorità clinica,** prevedendo, all'esito dell'adozione del Piano delle Prestazioni, anche la possibilità di accordi contrattuali aggiuntivi con gli erogatori privati accreditati in regola con la completa prenotabilità delle prestazioni da privato accreditato nell'ambito del CUP aziendale in coerenza con la programmazione aziendale. In tal caso si tratta di percorsi alternativi di accesso alle prestazioni specialistiche che prevedono, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello aziendale, la possibilità da parte dell'utente di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, individuato dalla ASL di appartenenza per ottenerla, in relazione alla priorità di accesso richiesta, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Il percorso di tutela può essere attuato esclusivamente per i **pazienti residenti** nella ASL di appartenenza e per le **richieste di prime prestazioni** che presentano espressamente sia la Classe di priorità che il quesito diagnostico così come previsto dalla normativa vigente. L'accettazione da parte dell'utente del Percorso di tutela comporta il rilascio da parte dell'operatore CUP di un foglio di autorizzazione in cui viene indicata la struttura prescelta con data ed orario della prestazione. Le prestazioni per le quali sarà possibile stabilire i percorsi di tutela devono essere individuate dalle Direzioni Sanitarie Aziendali, sulla base delle criticità emerse dai flussi informativi a disposizione e devono essere preventivamente comunicate per il nulla osta al servizio competente del Dipartimento

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

per la Salute e il Welfare, che esprimerà un parere esclusivamente in relazione alla criticità della prestazione e alla documentata impossibilità di attivazione di strumenti alternativi. Tali prestazioni, al fine di consentire un corretto monitoraggio regionale, devono essere fatturate separatamente dagli erogatori privati. Le Direzioni Aziendali, nell'ambito delle risorse economiche proprie o in casi eccezionali specificatamente destinata a tal fine dalla Regione, sono autorizzate a sottoscrivere contratti aggiuntivi con gli erogatori privati, in regola con le disposizioni contrattuali previste relative alla prenotabilità dell'offerta specialistica afferente ai privati accreditati attraverso il gestionale CUP Aziendale. Le Aziende Sanitarie assicurano la massima diffusione, tra i propri utenti, dell'informazione relativa all'attivazione di "Percorsi di Tutela", utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (siti *web* aziendali, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.). Si ribadisce che qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una specifica struttura, rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno della ASL di residenza, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi.

OBIETTIVO 3: GESTIONE DELLE AGENDE E DEI SISTEMI DI PRENOTAZIONE.

L'efficace governo dei tempi delle liste di attesa richiede una gestione informatizzata e trasparente di tutte le agende di prenotazione, che devono essere integralmente visibili dai CUP aziendali e, in prospettiva del CUP integrato regionale. Pertanto, sono obiettivi prioritari delle Aziende Sanitarie:

1) inserire e rendere disponibile tutta l'offerta sanitaria delle strutture private accreditate in regime SSN sul sistema CUP;

2) prevedere nei Programmi Attuativi Aziendali meccanismi di salvaguardia per l'erogazione di determinate prestazioni dell'offerta istituzionale, identificate come critiche.

3) Prevedere la possibilità anche per i MMG e PLS, di accedere alla prenotazione delle visite/prestazioni dei propri assistiti, non solo per gli studi medici singoli, ma soprattutto nell'ambito delle Unità Complesse delle Cure Primarie e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, mediante sistema informatizzato di prenotazione collegato al Cup Aziendale.

Regione Abruzzo Dipartimento ... e il Welfare - 39

Inoltre, l'inserimento e la gestione di tutta l'attività istituzionale di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in agende di prenotazione specifiche sul sistema CUP aziendale deve consentire una copertura, a regime, della capacità di erogare prestazioni per almeno il 90% del totale delle prestazioni erogate, con riferimento alle 69 prestazioni. In ambito aziendale deve essere perseguita una omogeneità della durata media prevista per l'erogazione di una medesima prestazione, in modo da standardizzare la qualità del servizio e ottimizzare l'offerta sanitaria, sulla base di esperienze già consolidate ed opportunamente contestualizzate nelle differenti realtà locali. I tempi di attesa devono essere consultabili online: attivare, nel sito regionale e nei siti aziendali, un sistema che consenta la visibilità quotidiana dei tempi di attesa di tutte le prestazioni. Il sistema rileverà tutti gli appuntamenti forniti ai pazienti al momento della prenotazione, con il relativo tempo di attesa per le prime visite e gli esami strumentali. Informazione al cittadino: le Aziende Sanitarie dovranno mettere a disposizione del cittadino tutte le informazioni corrette su procedure, modalità di accesso, modalità di prenotazione, dai di attività e tempi di attesa in quanto l'educazione sanitaria del cittadino contribuisce al buon funzionamento del sistema. Viene ribadita l'ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 282 della L. n. 266/2005 che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute e dei cittadini, ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni, disponendo altresì che le Aziende Sanitarie siano tempestivamente tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici.

Intervento 3.1. Gestione trasparente e informatizzata delle agende di prenotazione.

A norma dell'art. 41, comma 6, del D. Lgs. n. 33 del 14/03/2013 "Trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale" è previsto l'obbligo di pubblicazione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie devono garantire che le agende di prenotazione siano organizzate secondo le specifiche disposizioni esposte di seguito:

a) tutte le agende di prenotazione devono essere informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;
b) tutte le agende di prenotazione devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero professionale, entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale e, in prospettiva, dal CUP integrato regionale;

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

c) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale devono essere strutturate in modo tale da tenere distintamente separati i "primi accessi" dagli "accessi successivi";

d) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nella sezione relativa ai "primi accessi", devono essere organizzate per classi di priorità e devono consentire la gestione dei tempi massimi di attesa all'interno degli Ambiti di Garanzia, come definiti più avanti nel presente documento;

e) la sezione delle agende di prenotazione relativa ai primi accessi deve essere organizzata per codice di priorità, strutturata per branca/disciplina e non per specifico ambito/quesito diagnostico e, di conseguenza, l'organizzazione della relativa offerta deve comprendere tutte le tipologie di specialisti necessari.

f) tutte le agende di prenotazione delle prestazioni di ricovero ospedaliero programmate (ricovero ordinario, *day hospital* e *day surgery*) devono essere organizzate per classi di priorità.

Intervento 3.2. Agende differenziate.

Tutte le agende dovranno, entro 120 giorni dalla adozione del presente documento, essere configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe "P", con distinzione delle agende riservate a controlli, follow-up e percorsi interni. Le quote da destinare a ciascuna classe andranno diversificate in base alla tipologia di prestazione, ai dati storici delle richieste e attraverso il continuo monitoraggio aziendale della attività prescrittiva. Tutta l'attività erogata, derivante da una prescrizione su ricetta SSR, deve essere sempre rilevata attraverso il flusso informativo, compresa l'attività libero-professionale intramoenia. I calendari delle agende non potranno essere chiusi, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, che saranno possibili per i "Controlli successivi". Entro 180 giorni, le Aziende attivano un Servizio di prenotazione on-line. Tale applicativo deve essere accessibile a tutti i cittadini e consentire di verificare disponibilità e tempi di attesa, prenotare o disdire appuntamenti per le prestazioni sanitarie che l'Azienda ha in agenda.

All'atto della prenotazione, il sistema CUP deve indicare all'utente la prima data utile in ambito territoriale di garanzia o aziendale, ossia quella garantita da una delle strutture erogatrici operanti sul territorio della ASL, ferma restando la possibilità, per il prenotante, di scegliere altra struttura (ospedale e/o territorio, pubblico o privato accreditato), rinunciando alla prima disponibilità offerta nel rispetto dei tempi massimi previsti per quella prestazione.

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

Sulla scheda di prenotazione del CUP verrà comunque riportata prima l'offerta iniziale e poi la scelta del cittadino. L'ASL, in esecuzione del presente Piano, entro 120 giorni emana il provvedimento con il quale elimina la discrepanza nei tempi di esecuzione della medesima prestazione sussistente tra i vari erogatori, individuando il tempo medio necessario all'esecuzione di ciascuna prestazione ed elaborando un cd. "temparío" uguale per tutti i punti di erogazione.
AI fine di alimentare in maniera corretta i flussi delle prestazioni specialistiche, con il medesimo provvedimento la ASL prevede l'effettuazione obbligatoria del check out delle prestazioni erogate.

Intervento 3.3. ALPI. Le agende devono essere strutturate in modo da tenere distintamente separata la programmazione dell'attività istituzionale da quella dell'attività libero-professionale (ALPI), entrambe le programmazioni comunque informatizzate e visibili dal CUP aziendale.

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. Ne consegue che le Aziende Sanitarie sono chiamate a distinguere in modo puntuale, per ciascuna branca/disciplina in particolare per le 69 prestazioni di specialistica ambulatoriale, i volumi offerti in regime istituzionale da quelli offerti in regime di libera professione e a curare la completezza dei dati al fine di confrontare i volumi di attività. A tal fine, le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo di predisporre nel Programma Attuativo Aziendale, un programma riferito alle singole Unità Operative, contenente con modalità distinte i volumi di attività istituzionale ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia. Inoltre deve essere garantita dalle aziende sanitarie l'allineamento dei tempi di prenotazione/erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria, al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito istituzionale, in coerenza con quanto disciplinato dalla Legge n. 120 del 3 Agosto 2007.
Il verificarsi, con riferimento alla Unità Operativa, di squilibri significativi e duraturi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero professionale pone l'Azienda Sanitaria nelle condizioni di dover sospendere l'esercizio della libera professione per i professionisti dell'*equipe*. La sospensione, come specificato nell'intervento 2.5, deve essere temporanea ed è preliminarmente preceduta dalla pianificazione e attuazione degli strumenti organizzativi e strutturali necessari a riportare il sistema in equilibrio e a garantire ai professionisti il diritto all'esercizio della libera professione e ai cittadini l'opportunità di usufruirne. Le Aziende Sanitarie

Salute e il Welfare - Regione Abruzzo Dipartim

assicurano, entro il 30/06/2020, adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica alla attività istituzionale, nonché a quella libero professionale.

Intervento 3.4. Attivazione del meccanismo dell'overbooking dinamico. Ampliamento delle possibilità di prenotazione.

Al fine di gestire in modo efficiente le agende, le Aziende Sanitarie devono prevedere in ambito aziendale nell'attività di prenotazione, un overbooking sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Si considera ottimale un livello di overbooking del 10% da attivare per tutte le agende relative ai primi accessi per le visite specialistiche e del 5% per le prestazioni di diagnostica strumentale sottoposte a monitoraggio. L'overbooking che dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

Intervento 3.5. Back Office.

Il corretto funzionamento del Sistema CUP è reso possibile da un servizio di Front-office per la raccolta delle richieste, prenotazione e/o riscossione e uno di Back-office, che cura la gestione e programmazione delle agende e il supporto ai punti di prenotazione e di erogazione, attivando la figura di un "Cup Specialist". Compito prioritario di tale figura è la gestione delle criticità che si presentano agli sportelli e al call center, da affrontare con differenti modalità. Lo Specialist interviene nel caso in cui non siano disponibili prestazioni richieste con le classi di priorità" e in generale nelle situazioni nelle quali gli operatori dello sportello non hanno la possibilità di dare una risposta efficace all'utente.

Gli operatori del back office – CUP di ciascuna delle quattro ASL provvedono alla presa in carico della prenotazione con la priorità indicata ed utilizzando la procedura delle liste d'attesa informatizzate; ricontattano, prioritariamente i medici prescrittori, qualora sussistono errori e criticità riscontrate nella compilazione della ricetta rispetto al quesito clinico, ed altresì gli assistiti che non hanno trovato disponibilità, nel momento in cui la prestazione dovesse risultare disponibile sollevandoli dall'onere di rivolgersi di nuovo al CUP.

La attività di Back office affida inoltre un ruolo prioritario alla gestione e al management del catalogo delle prestazioni prenotabili in ogni branca specialistica, alla configurazione delle agende di prenotazione con l'eventuale gestione dei posti disponibili in base alla classe di priorità, e alla

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo
43

modifica delle agende inserite nel Sistema (per sospensione di attività di erogazione, variazione di tipologia e quantità delle prestazioni e degli orari di accesso).

Intervento 3.6. Attivazione e incentivazione delle attività di RECALL. Predisposizione di strumenti per la DISDETTA da parte dell'utente.

Al fine di governare in modo efficace il fenomeno dell' *abbandono*, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, e di assegnare la prestazione ad altri utenti, sempre seguendo l'ordine della lista, con data di prenotazione oltre i tempi standard, deve essere programmata nei Programmi Attuativi Aziendali un'ulteriore implementazione delle attività di RECALL, finalizzata alla verifica della disponibilità dell'utente all'accesso alla prenotazione effettuata. A tal fine è necessario che durante la fase di prenotazione sia prevista l'acquisizione dei recapiti telefonici e/o indirizzi di posta elettronica e che le procedure operative per l'esecuzione dell'attività di recall siano omogenee tra le Aziende Sanitarie, con uno standard minimo a livello regionale.

Nell'intervallo di tempo antecedente i tre giorni rispetto alla data di erogazione della prestazione prenotata deve essere previsto un tentativo da parte dell'operatore di avere un contatto telefonico con l'utente; in caso di mancata risposta vi deve essere un numero minimo di richiamate non inferiore a tre in fasce orarie diverse. Oltre la precedente modalità deve essere prevista da parte dell'Azienda, per poter facilitare il contatto con l'utente, e rammentare l'appuntamento, l'invio di sms ai numeri di cellulare e l'invio di messaggi di posta elettronica alla casella indicata all'atto della prenotazione. Per rendere più agevole la disdetta delle prenotazioni da parte dell'utente, ogni Azienda deve potenziare i propri servizi telefonici, rendendo possibile tuttavia la comunicazione non solo attraverso l'uso della messaggistica ma soprattutto, ai fini della tracciabilità, del servizio di posta elettronica. Nei piani di revisione del sistema CUP online, deve essere garantito, all'utente che ne abbia la possibilità, di poter annullare telematicamente la prenotazione effettuata agli sportelli.

Pertanto, nelle more dell'attivazione da parte delle Aziende Sanitarie del servizio di registrazione e storicizzazione delle chiamate al CUP, la disdetta effettuata dal cittadino/utente può attivare varie modalità (fax, mail, sportello) che, comunque, devono prevedere obbligatoriamente il rilascio di una ricevuta di avvenuta disdetta che dovrà essere inviata direttamente all'indirizzo email indicato dall'utente al momento della prenotazione o ritirata direttamente dall'utente o da un suo delegato presso gli sportelli CUP o presso le Farmacie territoriali che effettuano il servizio CUP. Pertanto, i sistemi aziendali devono indicare univocamente agli utenti la modalità attraverso la quale disdire

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

l'appuntamento. Tale messaggio deve essere riportato nella documentazione della prenotazione e negli eventuali messaggi di recall. Di tali disdette deve essere tenuta traccia e tali informazioni devono costituire il presupposto per la applicazione delle sanzioni alle prestazioni prenotate e non erogate per mancata disdetta, sia per i soggetti non esenti che per quelli esenti ticket.

Intervento 3.7. Mancata disdetta della prenotazione.

Il governo del fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata disdetta da parte degli utenti per le prestazioni già prenotate costituisce un fenomeno significativo nelle realtà aziendali della nostra Regione. Per questo motivo, nella gestione delle agende di prenotazione le Aziende Sanitarie devono prestare particolare attenzione alla piena attivazione delle attività di overbooking, recall, gestione delle disdette.

Le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie sono tenute a rendere il più agevole possibile per l'utente la eventuale disdetta della prenotazione, che deve essere, comunque, obbligatoriamente effettuata entro le 72 ore precedenti la data della erogazione della prestazione.

In conformità con il PNGLA 2019-2021, recepito con Intesa n. 28/CSR del 21/02/2019 che pone in capo alle Regioni la possibilità di adottare sanzioni amministrative in tema di liste di attesa, l'assistito anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette, senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini stabiliti (72 ore precedenti l'erogazione) è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura di € 36,15, che per alcune prestazioni (TAC, RMN, PET) è di € 46,15.

Per non incorrere nella sanzione amministrativa prevista in caso di mancata disdetta di una prenotazione o per mancata presentazione dell'assistito, sono ammesse le seguenti motivazioni:

- Malattia (allegare certificato medico).
- Ricovero presso struttura sanitaria (allegare certificato di ricovero)
- Accesso al Pronto Soccorso (allegare referto di PS).
- Altra prestazione specialistica effettuata in urgenza (allegare referto).
- Nascita di figlio/figlia (entro tre giorni antecedenti alla prenotazione e con allegato del certificato di nascita).
- Lutto se riguarda familiari fino al 2° grado di parentela, coniuge e conviventi accaduto entro tre gg lavorativi antecedenti alla data della prestazione (indicare nome e cognome del defunto e grado di parentela).

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo
45

Intervento 3.8 Ambiti di Garanzia.

Nei Programmi Attuativi Aziendali, al fine di garantire equità e prossimità di accesso del cittadino, le Direzioni Generali delle AA.SS.LL. suddividono il territorio di pertinenza in specifici "Ambiti di Garanzia" territoriali, distrettuali o sovra-distrettuali per le prestazioni caratterizzate da un'elevata domanda e da bassa o media complessità tecnologica e/o specialistica. Per le prestazioni di alta specialità, caratterizzate da minore domanda ed elevata complessità tecnologica e/o specialistica, viene rispettato l'ambito aziendale. Gli Ambiti di Garanzia vengono individuati sulla base dei dati di contesto demografico ed epidemiologico, delle caratteristiche geomorfologiche del territorio, della dislocazione delle strutture erogatrici pubbliche e private, della dotazione delle risorse tecnologiche, strumentali e di personale e sul loro grado di efficienza. Indispensabile, in tale fase, risulta essere l'analisi "storica" della domanda e dell'offerta in termini di quantificazione dei volumi di prestazioni erogate per ogni struttura erogatrice.

A tale scopo, i sistemi CUP aziendali devono essere strutturati in maniera tale da poter proporre, come prima scelta, l'offerta con il tempo più breve di attesa riferita all'Ambito di Garanzia dell'assistito per le prestazioni di base a media o bassa complessità assistenziale. Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso altra struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta all'interno dell'Ambito di Garanzia o del territorio aziendale, decade dalla garanzia del rispetto dei tempi massimi. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata per ambito di garanzia.

Le AA.SS.LL. assicurano la massima diffusione, tra i propri assistiti, dell'informazione relativa all'attivazione di "Ambiti di Garanzia", utilizzando i diversi strumenti di comunicazione disponibili (siti *web* aziendali, le farmacie, gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, etc.).

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

OBIETTIVO 4: COMUNICAZIONE AI CITTADINI E FORMAZIONE AGLI OPERATORI DEL SSR.

La gestione delle liste di attesa deve prevedere una comunicazione ed una informazione chiara, trasparente e aggiornata dei dati inerenti i tempi di attesa. Tale obiettivo rappresenta una priorità regionale, conformemente a quanto previsto dalla normativa regionale vigente e dal PNGLA per il periodo 2019-2021. Le informazioni per l'accesso alle prenotazioni devono essere reperibili nei siti web delle Aziende Sanitarie, in una sezione dedicata denominata "Liste di Attesa", sottoposta ad aggiornamento almeno mensile, rafforzando la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui a titolo di esempio: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP) e Carte dei servizi.

Ogni Azienda Sanitaria, nell'ottica del miglioramento delle liste di attesa, dovrà rivedere entro 120 giorni dalla adozione del Piano Regionale, il proprio piano di comunicazione aziendale al fine di perfezionare il servizio all'utenza. I target ai quali si rivolgono i contenuti del Programma Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa sono essenzialmente tre:

1. Assistiti, che, se bene informati, possono richiedere a prescrittori ed erogatori il rispetto dei propri diritti.
2. Prescrittori: Specialisti aziendali, MMG e PLS.
3. Erogatori.

Per ognuno di questi può essere organizzato e dedicato un canale comunicativo idoneo, che tenga conto degli strumenti disponibili.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare
47

Intervento 4.1. Prevedere una sezione informativa e interattiva, sui siti web aziendali, di informazioni aggiornate in tempo reale dedicata alla comunicazione al cittadino dell'offerta e organizzazione dei servizi.

Nella sezione dedicata alle Liste di Attesa, presente nei siti web delle Aziende Sanitarie, deve essere disponibile una piattaforma per la prenotazione/pagamento on line delle prestazioni, che fornisca inoltre ai cittadini una informazione omogenea sull'intera offerta ambulatoriale e permetta di consultare o annullare gli appuntamenti già prenotati.

Nel sito web devono essere disponibili in modo chiaro le seguenti informazioni:

- Le sedi con gli orari dei CUP aziendali e le informazioni relative alle prenotazioni, pagamenti, rimborsi, prestazioni esenti, esenzioni e disdette
- Online un sistema per la disdetta delle prenotazioni;
- Le sedi, gli orari e le specialità presenti nei poliambulatori sia ospedalieri che distrettuali e i Centri prelievo con sedi e orari;
- Informazioni sui ricoveri e informazioni relative alle modalità di ricovero,
- Informazioni sulla libera professione con i listini dei professionisti, le sedi, gli orari e le tariffe.
- le agende di prenotazione, strutturate in modo da tenere distintamente separati i "primi accessi" dagli "accessi successivi";
- le agende di prenotazione relative ai "primi accessi" devono essere organizzate per classi di priorità;
- gli aggiornamenti normativi ed organizzativi, reperibili anche sul sito regionale.

Sarà redatta dall'URP in collaborazione con l'addetto stampa, una guida agevole e facilmente consultabile da pubblicarsi sul sito aziendale, che possa essere uno strumento snello e operativo e definisca chiaramente gli obblighi dei prescrittori. L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che il cittadino è tenuto a rispettare, come ad esempio la disdetta in tempo utile della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi, e comunque non oltre le 72 ore antecedenti la data di erogazione della prestazione, fatto salvo impedimenti certificati.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Intervento 4.2. Formazione e coinvolgimento di tutto il personale medico e non medico, di front-office e back-office operante nelle strutture sanitarie.

L'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati, rispetto alla patologia ed alle necessità di cura, è considerata una componente strutturale dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Il governo dei tempi d'attesa è diventato, pertanto, uno degli obiettivi prioritari del SSN e del SSR e la formazione del personale sulle tematiche ad esso afferenti è inserita nei Piani formativi regionali e aziendali nelle diverse realtà regionali.

La Regione Abruzzo è impegnata da tempo in politiche di governo dei tempi d'attesa, anche mediante la programmazione di specifici programmi di formazione dei medici prescrittori, in riferimento sia ai criteri clinici di accesso alle classi di priorità e alla attuazione dei PDTA per le principali patologie croniche. Con Determina n. 1 del 31 ottobre 2018 la Commissione Regionale ECM ha approvato il Piano Formativo Regionale ECM 2019 individuando i seguenti obiettivi strategici per la Regione:

- Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali – classi di priorità rivolto ai PLS;
- La corretta compilazione della ricetta sia per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni diagnostiche e visite specialistiche sia per quanto riguarda l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci.
- La formazione sui PDTA regionali approvati.
- Formazione sulla corretta e sistematica applicazione della appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali (Classi di Priorità)

La Regione Abruzzo intende promuovere ulteriormente una più sistematica attività formativa e favorire la predisposizione di iniziative di sensibilizzazione e formazione a favore del personale coinvolto nel governo delle liste di attesa compresi operatori CUP e Farmacup.

L'Agenzia Sanitaria Regionale e la Commissione Regionale ECM individuano tra gli obiettivi formativi prioritari e di interesse strategico per la Regione Abruzzo: "la garanzia della corretta e sistematica applicazione delle Classi di Priorità, disciplinate secondo il modello RAO". Tale obiettivo verrà inserito nel Piano formativo Regionale ECM 2020 e mirerà a garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dei servizi prestati nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

OBIETTIVO 5: RUOLI E RESPONSABILITÀ IN MATERIA DI LISTE DI ATTESA.

– **Ruolo regionale. Cabina di Regia. Comitato Tecnico Regionale**. La Regione recepisce le disposizioni nazionali, definisce le indicazioni attuative, monitora l'andamento dei tempi di attesa, individua strumenti e risorse per il governo dei tempi di attesa. La Regione adotta deliberazioni ed emana circolari applicative, attraverso le quali si indirizzano le Aziende Sanitarie alle modalità con cui rispondere agli obblighi di rispetto delle liste di attesa, sia sul versante della attività di ricovero che di specialistica ambulatoriale.

All'esito dell'approvazione del presente Piano, viene istituita la Cabina di Regia Regionale presieduta dall'Assessore Regionale alla Programmazione Sanitaria o suo delegato e composta dal Direttore del Dipartimento Salute e Welfare, dal Direttore della ASR, dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, dal Dirigente del Servizio Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR e dal Dirigente del Servizio Programmazione economico-finanziaria e finanziamento dei SSR. La Cabina di Regia individua le azioni necessarie e la gradualità della loro attuazione; richiede l'adozione dei necessari interventi nel caso di rilevazione della non garanzia dell'erogazione nei tempi definiti; pianifica le aree prioritarie di intervento con la conseguente ripartizione delle risorse rese disponibili.

Inoltre, al fine di permettere la piena attuazione delle azioni di coinvolgimento di tutti gli stakeholder, presso la sede della Agenzia Sanitaria Regionale, è istituito il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa la cui composizione è la seguente:

- Un delegato dell'Assessore alla Salute, con funzioni di coordinamento;
- Il Responsabile Unico Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (RUA) per ciascuna Azienda Sanitaria della Regione;
- Due Rappresentanti del Dipartimento Salute e Welfare designati dal Direttore;
- Due esperti ASR;
- Un rappresentante dei MMG indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Un rappresentante dei PLS indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Due rappresentanti dei medici dipendenti delle AA.SS.LL.e uno dei convenzionati indicati a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

- Un rappresentante delle professioni sanitarie indicato a rotazione dalle associazioni sindacali firmatarie di Contratto;
- Quattro rappresentanti delle associazioni a tutela dei diritti del cittadino e del malato, appartenenti alla Consulta Regionale degli Utenti e dei Consumatori (CRUC).

Il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa si riunisce almeno una volta ogni tre mesi. Il Comitato Tecnico Regionale per le Liste di Attesa rappresenta un vero e proprio "Osservatorio" sullo stato di attuazione dei programmi di riduzione dei tempi di attesa e dei meccanismi di governo attivati a livello aziendale e svolge, in particolare, i seguenti compiti:

- Effettua il monitoraggio delle azioni messe in campo per il contenimento dei tempi di attesa anche mediante il recepimento delle segnalazioni pervenute dalle associazioni dei pazienti più rappresentative;
- Svolge l'analisi e la valutazione dei dati aziendali, aggregandoli anche a livello provinciale e regionale;
- Supporta le Aziende Sanitarie nell'individuazione delle azioni più utili per il superamento delle criticità rilevate, anche attraverso l'indicazione di interventi sperimentali.

- **Ruolo delle Aziende Sanitarie Locali**. Le Aziende attuano le disposizioni regionali e a loro è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti dei privati accreditati e titolari di accordo contrattuale operanti nel territorio provinciale di competenza. Il Direttore Generale, fermo restando quanto disposto dall'art. 3 bis, comma 7bis del D. Lgs. 502/1992, opera nell'ambito della programmazione e della riorganizzazione dei processi assistenziali mediante un corretto utilizzo della capacità produttiva sia nella sua componente ospedaliera che quella territoriale. Il Direttore Generale nomina il Responsabile Unico Aziendale. A norma della L. 724/1994, art. 3, comma 8, al fine di garantire la trasparenza nella gestione dell'accesso, è istituito sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e dei ricoveri ospedalieri. La mancata aderenza o il non rispetto alle direttive che l'Azienda mette in atto, comporta, oltre che un danno al cittadino, un danno all'Azienda. Pertanto, comportamenti ostativi nei Dirigenti e negli Operatori coinvolti potranno essere sanzionati nei modi previsti da apposito regolamento adottato dall'Azienda. Sarà compito del Referente Unico Aziendale seguire operativamente l'attuazione nei tempi di quanto presente nel Programma Attuativo Aziendale, riferendo direttamente alla Direzione Generale.

2.1) **Il Direttore del Dipartimento** contribuisce alla definizione degli obiettivi dei budget di produzione e alla attuazione delle strategie aziendali per la gestione dei tempi di attesa per

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

le prestazioni ambulatoriali. Contribuisce alla determinazione delle proposte in relazione ai fabbisogni di risorse umane e tecnologiche. Garantisce la realizzazione delle azioni rivolte complessivamente ad assicurare un corretto utilizzo dei codici di priorità per le diverse tipologie di prestazioni.

2.2) **Il Direttore di UOC**. I Direttori di UU.OO. costituiscono il livello di responsabilità organizzativa al quale è affidata la gestione delle risorse professionali assegnate dalla Direzione Aziendale per l'erogazione delle attività ambulatoriali, chirurgiche e di ricovero finalizzata al rispetto dei tempi di attesa, anche tenendo conto della attività in libera professione. Si ritiene necessario che tale responsabilità per il rispetto dei tempi di attesa sia formalizzata con apposito "atto" da considerarsi parte integrante degli obiettivi individuali. Il Responsabile di struttura collabora alla definizione delle agende e, in quanto responsabile delle risorse umane, organizza le turnazioni del personale medico per l'espletamento delle attività ambulatoriali.

2.3) **Il Responsabile di Distretto e Direzione Sanitaria di Presidio** assicurano il coordinamento complessivo di tutte le attività di propria competenza necessaria alla fruizione dei servizi. Contribuiscono alla realizzazione dei Programmi Attuativi Aziendali.

- **Il ruolo dei professionisti**. Il governo delle liste di attesa si fonda su un uso appropriato e mirato delle modalità prescrittive, che solo la preparazione e la responsabilità dei professionisti prescrittori possono assicurare. Per questo è necessario accompagnare l'attuazione del Piano regionale e dei Programmi Attuativi Aziendali con azioni di coinvolgimento, informazione e formazione dei professionisti.
- **Il ruolo dei cittadini** si esplica anzitutto nell'uso consapevole e responsabile del Servizio Sanitario pubblico che si manifesta, in particolare, attraverso la consapevolezza dei propri diritti, e delle proprie responsabilità. I cittadini possono trovare rappresentanza nelle Associazioni Civiche e nei Tribunali per i Diritti dei Malati e possono inoltrare istanze e segnalazioni sugli aspetti critici e su eventuali disservizi al backoffice CUP, all'URP e al Comitato Regionale.

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

REGIONE ABRUZZO

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

ALLEGATO 1

DISCIPLINARI RAO RELATIVI AD ALCUNE DELLE 69 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE OGGETTO DI MONITORAGGIO PREVISTE DAL PNGLA 2019-2021

Dipartimento per la Salute e il Welfare - Regione Abruzzo

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il welfare

Tabella n. 1

ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

ALLEGATO 1

CLASS_RAO 001	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Codice 45.23 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA - Codice 45.23.3 COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA - Codice 45.23.4	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
U (PEDIATRIA)	72 h	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
B	10 gg	1. Anemizzazione di recente insorgenza con sintomi digestivi, con Hb <10 g/dl 2. Sanguinamento non compendiato come urgente, rettorragia/enterorragia non grave, diarrea muco-sanguinolenta non infettiva 3. Sospetto clinico e/o strumentale di neoplasia 4. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Melena accertata (dopo aver escluso un'eziologia del tratto digestivo superiore) 2. Altro (10%)
D	60 gg	1. Anemia sideropenica 2. Diarrea che perdura da almeno 30 giorni con accertamenti infettivologici negativi 3. Perdite ematiche minori (ematochezia) 4. Sangue occulto positivo nelle feci in paziente asintomatico 5. Sintomatologia dolorosa addominale e alterazione dell'alvo (mai indagata con colonscopia) in paziente con età > 50 anni 6. Alterazioni radiologiche di natura non neoplastica con quadro clinico compatibile 7. Stadiazione pretrapianto 8. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
P	120 gg	1. Modificazioni significative e persistenti dell'alvo da almeno 3 mesi in pazienti < 50 anni, senza segni o fattori di rischio, dopo inefficacia trattamenti empirici 2. Altro (10%)
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO

Tabella n. 2

ASS_RAO 002	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO - Codice 88.71.4 Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale EcocolorDoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso EcocolorDoppler delle paratiroidi Codice 88.73.7	
CLASSE DI PRIORITA'	**TEMPO MASSIMO DI ATTESA**	**INDICAZIONI CLINICHE INDICATE DAL GRUPPO DI LAVORO**
U	72 h	1. Scialoadeniti acute e colica salivare 2. Altro (10%)
U (PEDIATRIA)	72 h	1. Tumefazioni ad insorgenza improvvisa 2. Sospetta calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 3. Massa collo fissa 4. Scialoadenite acuta con sospetto di ascessualizzazione 5. Altro (10%)
B	10 gg	1. Calcolosi delle ghiandole salivari maggiori 2. Sospetta tiroidite acuta/subacuta 3. Patologia disfunzionale tiroidea: ipertiroidismo 4. Tumefazione improvvisa nella regione del collo (tiroide e ghiandole salivari) e delle regioni sovraclaveari 5. Altro (10%)
B (PEDIATRIA)	10 gg	1. Adenopatia localizzata persistente dopo terapia 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D	60 gg	1. Tumefazione laterocervicale o delle ghiandole salivari ad insorgenza non improvvisa 2. Patologia disfunzionale tiroidea/paratiroidea: ipotiroidismo, iperparatiroidismo, struma 3. Altro (10%)
D (PEDIATRIA)	60 gg	1. Tumefazioni della linea mediana del collo senza carattere flogistico 2. Altro (10%)
P	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO
P (PEDIATRIA)	120 gg	LIVELLO DI PRIORITA' NON PREVISTO

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella n. 3

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

Tabella n. 4

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella n. 5

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

Tabella n. 6

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

Regione Abruzzo Dipartimento per la Salute e il Welfare

Tabella n. 7

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