



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Repertorio Atti n. 1488 dell'11 luglio 2002

CONFERENZA STATO REGIONI

SEDUTA DELL'11 LUGLIO 2002

OGGETTO: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

VISTO l'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281 che affida a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi secondo quanto disposto dall'articolo 4 del medesimo decreto, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio di rispettive competenze per svolgere attività di interesse comune;

VISTO 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 da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;

VISTO l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, sancito da questa Conferenza il 14 febbraio 2002 (rep. Atti n.1386), rettificato con l'atto dell'8 marzo 2002 (Rep. atti n.1412);

CONSIDERATO che al punto a) del predetto accordo si prevede l'individuazione, entro tre mesi dalla stipula, attraverso un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, delle soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie, sulla

base di un lavoro istruttorio svolto dal tavolo di monitoraggio previsto al punto 5.2 dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza;

CONSIDERATO che il citato tavolo di monitoraggio , nel corso delle riunioni del 23 aprile, 16 maggio, 11 e 26 giugno 2002 , ha predisposto il documento in oggetto, approvato in sede tecnica, convenendo che lo stesso sarebbe stato oggetto di un accordo da sancire in sede di Conferenza Stato-Regioni ;

CONSIDERATO che il 10 luglio u.s. sono pervenute le modifiche apportate dagli Assessori alla sanità al citato documento, che sono state trasmesse ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno consegnato un nuovo testo del documento oggetto di accordo con le modifiche proposte dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'allegato sub A), sulle quali il Ministro della salute ha dichiarato di convenire;

CONSIDERATO altresì che il Presidente di questa Conferenza, su richiesta del Ministro dell'Economia e Finanze, ha dichiarato che l'accordo in questione dovrà rispettare la clausola di salvaguardia finanziaria di cui al punto 8 dell'accordo del 14 febbraio 2002, nella quale si precisa che non debbano derivare oneri aggiuntivi rispetto al quadro finanziario complessivo di cui al punto 6 dell'accordo sancito da questa Conferenza in materia di spesa sanitaria l'8 agosto 2001;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n.281;

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

Tenuto conto che , con l'accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa, sancito da questa Conferenza il 14 febbraio 2002 , al punto a) si è convenuto di:

"individuare, entro tre mesi dalla stipula , attraverso un percorso concordato in sede di Conferenza Stato-Regioni, le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie; sulla base di un lavoro istruttorio svolto dal tavolo di monitoraggio previsto al punto 5.2 dell'accordo sui Livelli Essenziali di Assistenza";

che si è convenuto altresì che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;

che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato e individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;

sanciscono il seguente accordo:

avente ad oggetto il "Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), rettificato con l'atto dell'8 marzo 2002(Rep. atti n.1412) sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa", che allegato sub B), è parte integrante del presente provvedimento.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia

ALLEGATO A

(Testo modificato dalla Conferenza degli Assessori alla Sanità delle regioni e Province Autonome del 10 luglio 2002)

Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Scopo e campo di applicazione

L'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il giorno 14 febbraio 2002 ha previsto una serie di azioni volte ad affrontare in maniera organica il tema delle liste di attesa. In particolare si è stabilito:

- di individuare un percorso comune per individuare le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie (punto a) dell'Accordo);
- che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;
- che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato;
- che le Regioni individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;
- che le Regioni inseriscano come elemento di valutazione dei direttori generali l'inosservanza dei tempi di attesa stabiliti;
- che le Regioni si attivino per utilizzare la libera professione nei confronti dell'azienda per diminuire le liste di attesa delle prestazioni critiche.

Il tavolo di monitoraggio LEA, con il presente documento, vuole fornire gli elementi per soddisfare quanto richiesto al punto a) dell'accordo che delega la Conferenza all'individuazione delle soluzioni più efficaci almeno per la fissazione dei tempi di attesa per prestazioni selezionate in relazioni a particolari patologie. Gli altri punti dell'accordo che si riferiscono alle linee guida (punto b), non saranno trattati in quanto di competenza delle Regioni. Comunque, tenuto conto della complessità delle tematiche che le Regioni si trovano ad affrontare, si ritiene opportuno concordare degli orientamenti per affrontare il problema dell'individuazione delle priorità d'accesso delle prestazioni, in modo da poter condividere gli ambiti di sviluppo e le relative criticità. Per quanto riguarda l'individuazione degli strumenti per affrontare in maniera organica la tematica dei tempi di

attesa si rimanda ai contenuti del documento che una Commissione ministeriale ha stilato nel maggio 2001 sulla tematica. In esso sono affrontati gli aspetti relativi all'intero processo delle liste di attesa, dalla prescrizione, alla prenotazione, all'erogazione, al monitoraggio e all'informazione e comunicazione ai cittadini.

L'ambito di applicazione del presente documento è costituito dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali che costituiscono il primo accesso dei cittadini alle strutture sanitarie ed a quelle di ricovero. Sono quindi escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica e quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di screening di massa soggetti a specifiche cadenze temporali, **nonché le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico e che necessitano di approfondimento.** L'individuazione di priorità clinica deve essere una realtà sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative

Il presente documento affronta le seguenti tematiche:

1. priorità ed appropriatezza
2. indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche
3. classificazione nazionale delle classi di priorità
4. individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale
5. sistema di monitoraggio
6. comunicazione ed informazione dei cittadini

1. Priorità ed appropriatezza

Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato.

Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

In ogni caso va sottolineato che le suddette iniziative per aumentare il grado di appropriatezza sono da ritenersi prioritarie, in quanto in loro mancanza si corre il rischio di vanificare le indicazioni contenute nel presente documento. In tal senso va previsto anche un confronto interregionale da realizzarsi con il supporto dell'ASSR.

2. Indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche

La realtà quotidiana ci fa comprendere che gli specialisti, anche in Italia, applicano criteri di priorità anche in assenza di procedure concordate in quanto la pratica clinica induce l'applicazione di criteri di differenziazione dovuti principalmente all'esperienza clinica e al buon senso, anche se non indotti da norme generali di sistema. Affrontare in maniera organica questo problema significa garantire ai cittadini un accesso alle strutture sanitarie equo e omogeneo sul territorio regionale. I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate. Le modalità di individuazione di criteri di priorità risente anche delle diverse tipologie di prestazioni in quanto il ricovero elettivo ha già un quadro abbastanza definito mentre le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata. Pertanto gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono le seguenti:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato¹;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

3. Classificazione nazionale delle classi di priorità

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, risulta fortemente raccomandabile identificare e condividere un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. A livello regionale dovranno essere individuate le specifiche cliniche per ogni classe, per le patologie e prestazioni che la stessa Regione indicherà di interesse per il livello territoriale. In sostanza al paziente sarà garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite in relazione allo stato clinico presente.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati è quella australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione, stabilendo 3 categorie.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, si possono individuare le seguenti classi:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE 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
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o

¹ ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio

	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
CLASSE 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
CLASSE 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.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi si ritiene auspicabile che le Regioni si attivino per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Per le prestazioni ambulatoriali, in mancanza di indicazioni internazionali, si possono prendere come punto di partenza i risultati di alcune esperienze italiane e definire le seguenti classi di priorità:

CLASSE DI PRIORITA' PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza

	la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni
--	--

Le prestazioni per le quali non necessita individuare una priorità, tenendo conto che stiamo sempre parlando di primi accessi, sono da considerarsi potenzialmente inappropriate e quindi da valutarne con attenzione la prescrivibilità.

Le Regioni individueranno autonomamente le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e le condizioni cliniche specifiche che costituiranno il contenuto delle classi esposte. Le prestazioni saranno individuate in base alle esigenze e alle evidenze specifiche di ogni area territoriale.

Un apposito gruppo di lavoro interregionale, con il supporto dell'ASSR, provvederà a definire criteri di progressiva omogeneizzazione della attribuzione delle prestazioni alle varie classi di priorità, effettuata dalle singole Regioni.

4. Individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale

Di seguito sono elencati i criteri principali per l'individuazione delle aree o delle prestazioni specialistiche sulle quali lavorare a livello regionale e nazionale:

- tutte le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/ nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/nazionale ritiene di alto valore socio sanitario;
- tutte le prestazioni o ambiti connesse a particolari patologie per le quali il livello regionale/nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Risulta necessario che a livello centrale si concordi su alcune tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali stabilire obiettivi comuni e modalità di verifica uniformi, come livello di garanzia di equità del SSN.

Gli ambiti e le prestazioni di interesse nazionale sono:

Patologia oncologica

Questa tematica è molto sentita a livello nazionale e rappresenta un problema significativo per molte realtà regionali. La tempestività della diagnosi e della terapia oncologica, in termini di capacità di riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi definitiva e alla conseguente terapia, rappresentano un obiettivo imprescindibile del sistema sanitario nazionale, al fine di raggiungere buoni risultati terapeutici, migliorando, a lungo termine, la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti. Nello specifico si intende individuare degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. Le prestazioni di quest'area dove individuare obiettivi comuni sono le seguenti:

- Effettuazione della prima visita specialistica per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;
- Effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista
- Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento **indicato** da parte dello specialista.

Inoltre, le Regioni si impegnano a promuovere l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.

I tempi sopra esposti sono massimi da garantire su tutto il territorio nazionale. Tenuto conto della complessità della tematica si ritiene opportuno individuare alcuni ambiti specifici sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico a decorrere dal 1° luglio 2003. Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che molte Regioni stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

Prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo è quello di individuare alcune prestazioni, molto diffuse e richieste dall'utenza, in modo da impegnare le Regioni a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno ad garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si conviene che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione.

Tale valore è fissato al **80%** alla data del 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati di monitoraggio di cui si individuano le modalità al punto 5 del presente documento.

Prestazioni di ricovero

Anche in questo caso si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità sopra individuate in maniera diffusa sul territorio, per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, si ritiene che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su poche prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si conviene che, le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

5. Sistema di monitoraggio

Il monitoraggio delle prestazioni critiche di cui al paragrafo 4 viene effettuato nell'ambito del più complessivo flusso informativo sui tempi e le liste d'attesa attualmente in fase di sperimentazione da parte del Ministero della salute. In tale flusso saranno pertanto ricomprese le prestazioni critiche del paragrafo 4 la cui misura avverrà con opportune modalità, idonee a verificare il rispetto dei tempi concordati a livello nazionale.

In alcuni casi specifici, nei quali la misurazione risulta particolarmente difficoltosa per la scarsa delimitabilità della prestazione (es. asportazione di tumore maligno entro 30 giorni), si può ritenere che dando ampia diffusione all'utenza dei tempi massimi individuati, si possano attivare e garantire meccanismi di autotutela, con la raccolta di eventuali segnalazioni per il mancato rispetto.

In alternativa, per queste prestazioni le Regioni possono attivare indagini ad hoc.

Per soddisfare le esigenze informative del tavolo di monitoraggio, le Regioni si impegnano a fornire dati attraverso la partecipazione ad una rilevazione ad hoc, preliminare rispetto alla approvazione definitiva del flusso informativo, che il Ministero e il tavolo di monitoraggio di cui al punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, condurranno entro l'anno in corso.

Lo sviluppo della tematica della razionalizzazione dei tempi di attesa comporta, di fatto, la necessità di rimodulare le modalità di monitoraggio che devono essere anche delegate al livello locale: infatti le classiche modalità di monitoraggio sono compatibili con un sistema di razionalizzazione dei tempi di attesa concepito in linea con quanto stabiliva il d.lgs. 124/98. A livello regionale, la

misurazione dei tempi d'attesa correlati alle classi di priorità richiederà anche la raccolta delle seguenti informazioni:

- la corrispondenza tra la codifica effettuata dal prescrittore e quella confermata dallo specialista,
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza,
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie.

Lo scenario diventa quindi sicuramente più complesso e questo comporta che le Regioni e le Aziende si devono attrezzare in maniera adeguata, con flussi informativi specifici che diano informazioni in tempi limitati, per poter conoscere l'andamento del sistema. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale diventa quindi importante prevedere flussi informativi che forniscano, per ogni prestazione resa, informazioni dettagliate che possano permettere di:

- verificare sia la prescrizione che la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- monitorare aspetti di tipo quantitativo, come i volumi di attività, la tipologia delle prestazioni richieste e la spesa generata, e di tipo organizzativo e gestionale come i tempi di attesa e la tipologia di attività effettuata;
- valutare gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda l'attività di ricovero risulta opportuno prevedere che la data di prenotazione debba essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale.

Inoltre con questa informazione riportata sulla SDO è possibile anche stimare, in modo semplice, il numero di pazienti in lista, utilizzando il dato di produzione: infatti la moltiplicazione del numero di pazienti trattati in media al giorno con l'attesa media in giorni può permettere di stimare il numero dei pazienti in lista, nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile.

In ogni caso nella valutazione delle liste di attesa registrate nelle singole realtà locali e regionali occorrerà depurare i dati dal possibile effetto confondente dei casi relativi a pazienti

che pur potendo ottenere la prestazione nel tempo ritenuto adeguato presso una struttura normalmente accessibile, decidono, in base al principio della libera scelta, di richiedere la prestazione presso altra struttura da essi prescelta anche nella consapevolezza di dover attendere un tempo maggiore.

6. Comunicazione ed informazione agli utenti

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione agli utenti, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario prevedere la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso al ricovero. E' quindi necessario offrire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce. Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni potrebbe essere l'adozione di sistemi centralizzati in cui la gestione degli aspetti suddetti siano affidate ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.

ALLEGATO B

Documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Scopo e campo di applicazione

L'accordo stilato in Conferenza Stato-Regioni il giorno 14 febbraio 2002 ha previsto una serie di azioni volte ad affrontare in maniera organica il tema delle liste di attesa. In particolare si è stabilito:

- di individuare un percorso comune per individuare le soluzioni più efficaci, almeno per la fissazione dei tempi massimi di attesa per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie (punto a) dell'Accordo);
- che le Regioni individuino i criteri per stabilire delle priorità d'accesso, individuando tempi massimi per l'attività ambulatoriale e di ricovero;
- che le Regioni stabiliscano un sistema di monitoraggio adeguato;
- che le Regioni individuino modalità per la corretta gestione delle liste di prenotazione;
- che le Regioni inseriscano come elemento di valutazione dei direttori generali l'inosservanza dei tempi di attesa stabiliti;
- che le Regioni si attivino per utilizzare la libera professione nei confronti dell'azienda per diminuire le liste di attesa delle prestazioni critiche.

Il tavolo di monitoraggio LEA, con il presente documento, vuole fornire gli elementi per soddisfare quanto richiesto al punto a) dell'accordo che delega la Conferenza all'individuazione delle soluzioni più efficaci almeno per la fissazione dei tempi di attesa per prestazioni selezionate in relazioni a particolari patologie. Gli altri punti dell'accordo che si riferiscono alle linee guida (punto b), non saranno trattati in quanto di competenza delle Regioni. Comunque, tenuto conto della complessità delle tematiche che le Regioni si trovano ad affrontare, si ritiene opportuno concordare degli orientamenti per affrontare il problema dell'individuazione delle priorità d'accesso delle prestazioni, in modo da poter condividere gli ambiti di sviluppo e le relative criticità. Per quanto riguarda l'individuazione degli strumenti per affrontare in maniera organica la tematica dei tempi di

attesa si rimanda ai contenuti del documento che una Commissione ministeriale ha stilato nel maggio 2001 sulla tematica. In esso sono affrontati gli aspetti relativi all'intero processo delle liste di attesa, dalla prescrizione, alla prenotazione, all'erogazione, al monitoraggio e all'informazione e comunicazione ai cittadini.

L'ambito di applicazione del presente documento è costituito dall'accesso alle prestazioni ambulatoriali che costituiscono il primo accesso dei cittadini alle strutture sanitarie ed a quelle di ricovero. Sono quindi escluse, perché oggetto di specifiche modalità organizzative, le prestazioni di stretta emergenza/urgenza clinica e quelle che consistono in controlli programmati a distanza o esami di screening di massa soggetti a specifiche cadenze temporali, nonché le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico, che necessitano di approfondimento. L'individuazione di priorità clinica deve essere una realtà sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative

Il presente documento affronta le seguenti tematiche:

7. priorità ed appropriatezza
8. indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche
9. classificazione nazionale delle classi di priorità
10. individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale
11. sistema di monitoraggio
12. comunicazione ed informazione dei cittadini

1. Priorità ed appropriatezza

Un elemento importante che deve precedere ed accompagnare la definizione delle priorità è la necessità di attuare iniziative che aumentino il grado di appropriatezza delle prestazioni rese. Una prestazione deve essere erogata rispettando le indicazioni cliniche per le quali si è dimostrata efficace, nel momento giusto e secondo il regime organizzativo più adeguato.

Pertanto le prestazioni ad alto rischio di inappropriatazza sono di norma poste nella classe di priorità più bassa.

In ogni caso va sottolineato che le suddette iniziative per aumentare il grado di appropriatezza sono da ritenersi prioritarie, in quanto in loro mancanza si corre il rischio di vanificare le indicazioni

contenute nel presente documento. In tal senso va previsto anche un confronto interregionale da realizzarsi con il supporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali.

2. Indicazioni generali sui criteri di priorità cliniche

La realtà quotidiana ci fa comprendere che gli specialisti, anche in Italia, applicano criteri di priorità anche in assenza di procedure concordate in quanto la pratica clinica induce l'applicazione di criteri di differenziazione dovuti principalmente all'esperienza clinica e al buon senso, anche se non indotti da norme generali di sistema. Affrontare in maniera organica questo problema significa garantire ai cittadini un accesso alle strutture sanitarie equo e omogeneo sul territorio regionale. I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate. Le modalità di individuazione di criteri di priorità risente anche delle diverse tipologie di prestazioni in quanto il ricovero elettivo ha già un quadro abbastanza definito mentre le prestazioni ambulatoriali possono avvenire in situazioni di grande incertezza clinica, dove la diagnosi non è ancora formulata. Pertanto gli elementi da tenere in considerazione per l'individuazione di priorità cliniche sono le seguenti:

8. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
9. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
10. tendenza al peggioramento a breve;
11. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
12. implicazioni sulla qualità della vita;
13. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato²;
14. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente dichiarate dal medico prescrittore.

² ad esempio, per un intervento di cataratta sul secondo occhio da eseguirsi a distanza predefinita rispetto all'intervento sul primo occhio

I pazienti con uguale livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione e in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

3. Classificazione nazionale delle classi di priorità

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, risulta fortemente raccomandabile identificare e condividere un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. A livello regionale dovranno essere individuate le specifiche cliniche per ogni classe, per le patologie e prestazioni che la stessa Regione indicherà di interesse per il livello territoriale. In sostanza al paziente sarà garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite in relazione allo stato clinico presente.

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati è quella australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione, stabilendo 3 categorie.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, si possono individuare le seguenti classi:

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
CLASSE 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
CLASSE B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE 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
CLASSE 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.

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi si ritiene auspicabile che le Regioni si attivino per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Per le prestazioni ambulatoriali, in mancanza di indicazioni internazionali, si possono prendere come punto di partenza i risultati di alcune esperienze italiane e definire le seguenti classi di priorità:

CLASSE DI PRIORITA' PER L'AMBULATORIALE	INDICAZIONI
CLASSE A	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni

Le prestazioni per le quali non necessita individuare una priorità, tenendo conto che stiamo sempre parlando di primi accessi, sono da considerarsi potenzialmente inappropriate e quindi da valutarne con attenzione la prescrivibilità.

Le Regioni individueranno autonomamente le prestazioni ambulatoriali e di ricovero e le condizioni cliniche specifiche che costituiranno il contenuto delle classi esposte. Le prestazioni saranno individuate in base alle esigenze e alle evidenze specifiche di ogni area territoriale.

Un apposito gruppo di lavoro interregionale, con il supporto dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, provvederà a definire criteri di progressiva omogeneizzazione della attribuzione delle prestazioni alle varie classi di priorità, effettuata dalle singole Regioni.

4. Individuazione di tempi di attesa massimi validi sul territorio nazionale

Di seguito sono elencati i criteri principali per l'individuazione delle aree o delle prestazioni specialistiche sulle quali lavorare a livello regionale e nazionale:

- tutte le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/ nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica;
- tutte le prestazioni o ambiti che il livello regionale/nazionale ritiene di alto valore socio sanitario;
- tutte le prestazioni o ambiti connesse a particolari patologie per le quali il livello regionale/nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività dell'esecuzione.

Risulta necessario che a livello centrale si concordi su alcune tipologie di ambiti e prestazioni di interesse generale, per le quali stabilire obiettivi comuni e modalità di verifica uniformi, come livello di garanzia di equità del SSN.

Gli ambiti e le prestazioni di interesse nazionale sono:

Patologia oncologica

Questa tematica è molto sentita a livello nazionale e rappresenta un problema significativo per molte realtà regionali. La tempestività della diagnosi e della terapia oncologica, in termini di

capacità di riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi definitiva e alla conseguente terapia, rappresentano un obiettivo imprescindibile del sistema sanitario nazionale, al fine di raggiungere buoni risultati terapeutici, migliorando, a lungo termine, la sopravvivenza e la qualità di vita dei soggetti. Nello specifico si intende individuare degli obiettivi, temporalmente definiti, che assicurino al paziente oncologico o con sospetta neoplasia un iter diagnostico-terapeutico definito e garantito. Le prestazioni di quest'area dove individuare obiettivi comuni sono le seguenti:

- Effettuazione della prima visita specialistica per sospetta neoplasia entro 2 settimane dalla richiesta di prenotazione;
- Effettuazione dell'intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna, entro 30 giorni dal momento in cui è stata posta l'indicazione all'intervento da parte dello specialista
- Inizio del trattamento chemioterapico e/o radioterapico per neoplasia e, comunque, in accordo alle indicazioni previste nel singolo caso, entro 30 giorni dal momento indicato da parte dello specialista.

Inoltre, le Regioni si impegnano a promuovere l'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici per concludere l'iter diagnostico di pazienti con sospetta neoplasia ed iniziare il trattamento, di norma, entro 4 settimane dal primo contatto con la struttura pervenendo ad una diagnosi definitiva.

I tempi sopra esposti sono massimi da garantire su tutto il territorio nazionale. Tenuto conto della complessità della tematica si ritiene opportuno individuare alcuni ambiti specifici sui quali focalizzare, in prima istanza, l'attenzione, quali il tumore al polmone, alla mammella e all'apparato gastroenterico a decorrere dal 1° luglio 2003. Questa iniziativa chiaramente non intende sostituire le attività di screening che molte Regioni stanno attuando ma è integrativa, in quanto interessa pazienti che hanno già un sospetto diagnostico o una diagnosi di neoplasia.

Prestazioni ambulatoriali

L'obiettivo è quello di individuare alcune prestazioni, molto diffuse e richieste dall'utenza, in modo da impegnare le Regioni a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni selezionate sono le seguenti:

- RMN della colonna = tempo massimo di attesa 60 giorni
- TAC cerebrale = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni
- Esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni
- Ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni

A queste prestazioni potrebbero, con il tempo, aggiungersene altre, al fine di coprire altre aree diagnostiche. Il tempo massimo individuato deve essere ottenuto a prescindere dall'individuazione a livello regionale di priorità di accesso su queste prestazioni, che comunque andranno ad garantire classi con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato. Si conviene che dal 1° gennaio 2003 tale tempo debba essere garantito al 50% dei cittadini che effettuano la prestazione.

Tale valore è fissato al 80% alla data del 1° luglio 2003, previa verifica condotta in base ai dati di monitoraggio di cui si individuano le modalità al punto 5 del presente documento.

Prestazioni di ricovero

Anche in questo caso si tratta di individuare poche ma salienti prestazioni sulle quali le Regioni si impegnino a promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Tenuto conto della necessità che le Regioni si attivino per applicare le classi di priorità sopra individuate in maniera diffusa sul territorio, per tutte le prestazioni chirurgiche elettive, si ritiene che il tempo di attesa massimo nazionale si debba concentrare su poche prestazioni di ricovero che, per la loro rilevanza clinica e sociale siano particolarmente garantite (fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che prevedono attese inferiori).

Prestazione di ricovero	Tempo massimo d'attesa per il 90% dei pazienti	Tempo massimo d'attesa per il 50% dei pazienti
intervento per cataratta	180 giorni	90 giorni
intervento di protesi d'anca	180 giorni	90 giorni
coronarografia	120 giorni	60 giorni

Per le prestazioni di ricovero sopra evidenziate si conviene che, le Regioni siano in grado di garantire i tempi di attesa massimi nazionali concordati, a partire dal 1° gennaio 2003.

5. Sistema di monitoraggio

Il monitoraggio delle prestazioni critiche di cui al paragrafo 4 viene effettuato nell'ambito del più complessivo flusso informativo sui tempi e le liste d'attesa attualmente in fase di sperimentazione da parte del Ministero della salute. In tale flusso saranno pertanto ricomprese le prestazioni critiche del paragrafo 4 la cui misura avverrà con opportune modalità, idonee a verificare il rispetto dei tempi concordati a livello nazionale.

In alcuni casi specifici, nei quali la misurazione risulta particolarmente difficoltosa per la scarsa delimitabilità della prestazione (es. asportazione di tumore maligno entro 30 giorni), si può ritenere che dando ampia diffusione all'utenza dei tempi massimi individuati, si possano attivare e garantire meccanismi di autotutela, con la raccolta di eventuali segnalazioni per il mancato rispetto.

In alternativa, per queste prestazioni le Regioni possono attivare indagini ad hoc.

Per soddisfare le esigenze informative del tavolo di monitoraggio, le Regioni si impegnano a fornire dati attraverso la partecipazione ad una rilevazione ad hoc, preliminare rispetto alla approvazione definitiva del flusso informativo, che il Ministero e il tavolo di monitoraggio di cui al punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, condurranno entro l'anno in corso.

Lo sviluppo della tematica della razionalizzazione dei tempi di attesa comporta, di fatto, la necessità di rimodulare le modalità di monitoraggio che devono essere anche delegate al livello locale: infatti le classiche modalità di monitoraggio sono compatibili con un sistema di razionalizzazione dei tempi di attesa concepito in linea con quanto stabiliva il d.lgs. 124/98. A livello regionale, la

misurazione dei tempi d'attesa correlati alle classi di priorità richiederà anche la raccolta delle seguenti informazioni:

- la corrispondenza tra la codifica effettuata dal prescrittore e quella confermata dallo specialista,
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza,
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie.

Lo scenario diventa quindi sicuramente più complesso e questo comporta che le Regioni e le Aziende si devono attrezzare in maniera adeguata, con flussi informativi specifici che diano informazioni in tempi limitati, per poter conoscere l'andamento del sistema. Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale diventa quindi importante prevedere flussi informativi che forniscano, per ogni prestazione resa, informazioni dettagliate che possano permettere di:

- verificare sia la prescrizione che la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- monitorare aspetti di tipo quantitativo, come i volumi di attività, la tipologia delle prestazioni richieste e la spesa generata, e di tipo organizzativo e gestionale come i tempi di attesa e la tipologia di attività effettuata;
- valutare gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per quanto riguarda l'attività di ricovero risulta opportuno prevedere che la data di prenotazione debba essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale.

Inoltre con questa informazione riportata sulla SDO è possibile anche stimare, in modo semplice, il numero di pazienti in lista, utilizzando il dato di produzione: infatti la moltiplicazione del numero di pazienti trattati in media al giorno con l'attesa media in giorni può permettere di stimare il numero dei pazienti in lista, nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile.

In ogni caso nella valutazione delle liste di attesa registrate nelle singole realtà locali e regionali occorrerà depurare i dati dal possibile effetto confondente dei casi relativi a pazienti che pur

potendo ottenere la prestazione nel tempo ritenuto adeguato presso una struttura normalmente accessibile, decidono, in base al principio della libera scelta, di richiedere la prestazione presso altra struttura da essi prescelta anche nella consapevolezza di dover attendere un tempo maggiore.

7. Comunicazione ed informazione agli utenti

Per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione agli utenti, al fine di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario prevedere la predisposizione di strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso al ricovero. E' quindi necessario offrire riferimenti certi agli utenti nelle fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni necessarie. La conoscenza di procedure e riferimenti permette inoltre all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta di ricovero oltre che di collaborare in modo più fattivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce. Il modo più adeguato per dare attuazione a tali determinazioni potrebbe essere l'adozione di sistemi centralizzati in cui la gestione degli aspetti suddetti siano affidate ad una struttura unica per le strutture sanitarie complesse.