

PNGLA 2019 - 2021

Il presente Piano:

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

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

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

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

E. conferma l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di priorità.

L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per

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

Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. >>> Nessuna distinzione tra Strutture ove opera !!!

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

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

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

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

I. individua i seguenti Monitoraggi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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