

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 20 **del mese di** Luglio
dell' anno 2009 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Bissoni Giovanni	Assessore
3) Bruschini Marioluigi	Assessore
4) Campagnoli Armando	Assessore
5) Dapporto Anna Maria	Assessore
6) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
7) Pasi Guido	Assessore
8) Peri Alfredo	Assessore
9) Rabboni Tiberio	Assessore
10) Ronchi Alberto	Assessore
11) Sedioli Giovanni	Assessore
12) Zanichelli Lino	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Zanichelli Lino

Oggetto: STRATEGIA REGIONALE PER IL MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSO AI SERVIZI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE IN APPLICAZIONE DELLA DGR 1532/2006.

Cod.documento GPG/2009/1136

Num. Reg. Proposta: GPG/2009/1136

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visto:

- il D.Lgs. 502 /92 e successive modificazioni ed in particolare l'art.15 quinquies, che fissa i principi cui deve attenersi la disciplina contrattuale nazionale nel definire il corretto equilibrio tra attività libero professionale e attività istituzionale;
- il comma 11, art. 72, della legge finanziaria 23 dicembre 1998, n. 448, che dispone che il direttore generale attivi misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste di attesa per le attività istituzionali;
- il D.P.C.M. 16 aprile 2002 che definisce "Linee guida per le priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche" e aggiunge l'allegato 5 al D.P.C.M. 29 /11/2001 " Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l'attuazione dell'accordo del 14 febbraio 2002 contenente le modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;
- l'articolo 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità, di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale;
- l'intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 che prevede ,tra l'altro, per le prestazioni individuate, che ogni Azienda Sanitaria indichi le strutture e le modalità presso

le quali si garantisce al cittadino l'accesso entro i tempi massimi indicati dalla Regione;

- la propria deliberazione n. 1532 /2006, con la quale si è provveduto a:
 - o adottare il Piano regionale per il contenimento dei tempi d'attesa;
 - o stabilire che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera, Ospedaliero-Universitaria ed l'eventuale l'IRCCS di riferimento, predispongano il proprio Programma attuativo aziendale, sottoposto al parere dei rispettivi Comitati di Distretto e della Conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- la deliberazione dell'Assemblea legislativa del 22 maggio 2008, n°175 " Piano Sociale e Sanitario 2008-2010", in particolare al capitolo 3.5.2" Accessibilità ai servizi e tempi di attesa", che ribadisce la necessità di sfruttare pienamente gli strumenti organizzativi e gestionali che consentono di migliorare il sistema di produzione;

Considerato che:

- l'atto di indirizzo e coordinamento adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/3/2000 concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria ed in particolare l'art. 1 comma 3 il quale consente alle amministrazioni regionali di regolare la materia, fatte salve le disposizioni contenute negli articoli 2, 3, 4 del medesimo atto;
- la Legge n.120 del 3 agosto 2007, "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" all'art. 1 , comma 5 prevede che ogni azienda sanitaria predisponga un piano aziendale che definisca i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria per ogni Unità Operativa; i piani aziendali devono essere pubblicizzati, al fine di una corretta informazione ai cittadini ed alle loro Associazioni. Tali informazioni devono in particolare riguardare le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e di quella libero-professionale intramuraria, nonché i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso.
- la stessa legge al comma 4, lettera g dell'art. 1 stabilisce il "progressivo allineamento dei tempi di 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 questa

ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale", relativamente al luogo di cura ed al professionista;

- lo stesso DPCM nello stabilire i criteri per l'adozione dell'atto aziendale sulla libera professione delinea all'articolo 5, al comma 2 le modalità di integrazione tra libera professione e strategie per la riduzione delle liste d'attesa;

Richiamati inoltre:

- il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro: Area dirigenza Medico-veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale. Parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999, che all'art.55, comma 2 definisce la "Tipologia di attività libero professionali "considerando prestazioni erogate in tale regime 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;
- I Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dell'Area della Dirigenza medico - veterinaria del S.S.N.:parte normativa quadriennio 1998-2001 e parte economica biennio 1998-1999 all'art. 54; parte normativa quadriennio 2002/2005 e parte economica biennio 2002-2003 che, ai sensi e per gli effetti del citato art. 15 quinquies della L.502 /92, disciplinano il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, anche al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, e più in particolare hanno svincolato il raggiungimento degli obiettivi prestazionali dall'orario aggiuntivo, legandolo progressivamente alla riduzione delle liste d'attesa, e introducendo forme di libera professione a favore dell'azienda la cui fruibilità è legata all'assolvimento dei volumi prestazionali concordati in attività istituzionale, come pure l'esternalizzazione di attività di guardia in misura controllata e l'utilizzabilità di 30' delle 4h settimanali di aggiornamento allo scopo di produrre prestazioni finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa;
- la propria deliberazione n. 1113/2006 "Approvazione delle linee generali di indirizzo sulla contrattazione integrativa

della dirigenza medica e veterinaria in applicazione dell'art. 9 del CCNNLL sottoscritto il 3-11-2005" con la quale si indica che:

- o l'orario dei dirigenti, nel rispetto dell'assetto organizzativo dell'azienda e degli standard finalizzati a prestazioni cliniche puntuali ed efficaci, dovrà essere innanzitutto definito e articolato in modo tale da assicurare flessibilità ma anche un impegno concreto e quantificabile legato alle necessità aziendali e della struttura di assegnazione per il raggiungimento degli obiettivi assegnati (paragrafo 6)
- o l'utilizzo della libera professione per la riduzione delle liste d'attesa dovrà essere orientato e valutato dalle Aziende in relazione all'effettivo raggiungimento di risultati di contrazione delle liste stesse, e non esclusivamente indirizzato all'incremento quantitativo delle prestazioni (paragrafo 8)

Sulla base di tali indicazioni

- Vista e richiamata la Legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, la quale, all'art. 8, comma 5, prevede che:
 - Le disposizioni sull'esercizio della libera professione intra ed extramuraria della dirigenza sanitaria dovranno prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale, e garantire il superamento delle liste d'attesa e il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché dell'efficienza generale del servizio;
- Vista la DGR n. 200/2008 "Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, attuazione dell'art. 8 comma 5 della legge regionale 23 dicembre 2004, n.29", che prevede ai punti 9 e 10 del dispositivo:
 - che i piani aziendali debbano prevedere i meccanismi attraverso i quali l'Azienda - nell'applicazione di quanto previsto dalla propria deliberazione n.1532/2006 per il contenimento delle liste d'attesa - in presenza di liste d'attesa che esorbitano in maniera continuativa i tempi previsti

dalla normativa regionale vigente ridefinisce i volumi concordati di attività libero professionale fino al ristabilimento del diritto di accesso alle prestazioni nei tempi massimi previsti per l'attività istituzionale;

- che il perdurare di lunghi tempi di attesa e il mancato rispetto dei volumi e delle modalità di erogazione concordati comportano, per i dirigenti/équipe coinvolti, la sospensione dell'attività libero professionale fino al rientro dei tempi nei valori fissati, che costituiscono un diritto del cittadino”;

- Vista la DGR n. 883/2008 “Approvazione dei piani aziendali in materia di attività libero professionale intramuraria redatti dalle aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna ai sensi della l. n. 120/07 e della deliberazione di giunta n. 200/08” con la quale sono stati approvati i piani aziendali in materia di libera professione intramuraria preso atto della completezza, regolarità ed esaustività degli stessi;

Richiamati inoltre:

- o la propria deliberazione n. 2142/2000 e successive modificazioni, avente ad oggetto “Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali.”;
- o la propria deliberazione n. 293/2005 ad oggetto “Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno”;
- o la circolare n. 10/2007 del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali ad oggetto “Linee Guida del Sistema CUP”
- o la propria deliberazione n. 602/2009 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2009.”;
- o le determinazioni del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 2394 del 1/3/2007 e n. 7060 del 18/6/2008 di costituzione del gruppo “governo dell'offerta”, con la quale è stato costituito il gruppo tecnico di lavoro per prevedere forme di coordinamento interaziendale che assicurino uno sviluppo omogeneo dei sistemi CUP;
- o la determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 2643 del 12/3/2008 con oggetto “Nuova costituzione del gruppo di lavoro ‘Catalogo

regionale specialistica ambulatoriale'" che si inserisce tra le iniziative da realizzarsi nell'ambito del progetto SOLE finalizzate alla agevolazione delle operazioni di prescrizione, prenotazione e refertazione;

Ritenuto necessario che le Aziende sanitarie regionali effettuino azioni correttive più incisive in relazione al governo delle liste di attesa per le prestazioni ambulatoriali, al fine di garantire equità di accesso ai cittadini;

Considerato inoltre che la DGR 1532/2006 prevede la definizione di specifici percorsi di accesso per alcune prestazioni, tra le quali la mammografia clinica e l'ecografia ostetrico-ginecologica e che si ritiene opportuno affrontare le problematiche della appropriatezza per le prestazioni di MOC, TAC ed RM;

Preso atto che il gruppo di lavoro istituito con determinazione n. 1389/2008 del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali, con l'obiettivo di definire priorità e percorsi per l'accesso alla mammografia clinica fuori screening, ha concluso i lavori con indicazioni relative all'estensione dello screening ad altre fasce di età, indicazioni per l'accesso alla diagnostica urgente e urgente-differibile nei casi di patologia mammaria sintomatica, indicazioni sui percorsi per la valutazione del rischio eredo-familiare(allegato 3);

Considerato quindi che :

per dare idonea risposta in termini di prevenzione occorre agire principalmente attraverso un allargamento delle fasce di età coinvolte nel programma di screening con offerta attiva della mammografia annuale nelle donne in fascia di età 45-49 anni e della mammografia biennale nelle donne in fascia di età 70-74 anni;

tale offerta attiva rappresenta lo strumento più equo per garantire l'accesso alla diagnosi precoce del cancro della mammella, in particolare per i gruppi di popolazione più svantaggiata;

gli interventi messi in atto sono anche finalizzati all'introduzione di criteri di rischio individuale, in particolare del rischio eredo-familiare, sia nelle fasce di età con offerta attiva in ambito di screening, sia nelle fasce di età più giovani, garantendo la presa in carico delle persone con rischio più elevato per questa patologia.

Ritenuto opportuno fare riferimento agli elaborati tecnici dei gruppi di lavoro nazionali dei Tavoli LEA relativi all'appropriatezza prescrittiva in ambito di diagnostica di laboratorio e diagnostica per immagini;

Rilevato il permanere della tendenza all'incremento degli accessi di pronto soccorso, soprattutto nei servizi caratterizzati da un volume di accessi superiore ai circa 30.000/anno;

Essendo immutato l'obiettivo di identificare le prestazioni appropriate da erogare in sede di Pronto Soccorso che presentano il carattere di emergenza-urgenza non differibile, e che a questo scopo l'istituzione di un apposito ed efficiente Flusso Informativo di PS con un sistema omogeneo di classificazione nosologica di tutti i dimessi consentirà di valutare in modo efficace la reale appropriatezza delle prestazioni erogate, in relazione alla patologia che ha determinato il ricorso ai servizi di Pronto Soccorso

Considerato che la codifica della casistica di pronto soccorso basata sul codice colore è finalizzata specificamente a garantire un ordine di accesso alle cure che sia in accordo con il bisogno clinico del paziente, e che la sua utilizzazione per gli scopi di identificazione della casistica assoggettata alla compartecipazione alla spesa è improprio e si presta a valutazioni soggettive e quindi potenzialmente affette da variabilità a livello regionale, che a sua volta costituisce fonte di significativi contenziosi fra servizi ed utenti;

Visto l'art. 1, comma 796 lett. p), della legge 296/2006 sul sistema di compartecipazione alla spesa per le prestazioni di Pronto Soccorso;

Ritenuto necessario mantenere l'aderenza alle sopracitate disposizioni nazionali che prevedono la partecipazione alla spesa di prestazioni di pronto soccorso per i pazienti caratterizzati da codice bianco in uscita,

Considerato dunque opportuno rivedere le disposizioni in materia di partecipazione alla spesa per le prestazioni di pronto soccorso, schematizzando con criteri generali e semplificati le condizioni che determinano l'esenzione da parte dei cittadini, tenendo conto anche delle modifiche organizzative introdotte, in particolare del maggiore impiego di forme di sorveglianza e trattamento - quale l'osservazione breve intensiva (OBI)- da parte dei servizi di pronto soccorso in alternativa al ricovero;

Viste:

- la deliberazione n. 264/2003 "Approvazione di linee di indirizzo per il miglioramento delle cure urgenti e della accessibilità ed appropriatezza delle attività di Pronto Soccorso. Ridefinizione del sistema di compartecipazione alla spesa per le prestazioni erogate nel corso delle medesime attività";

- la deliberazione n. 24/2005 "Approvazione linee guida regionali per la funzione di osservazione breve intensiva (OBI)-

determinazione della tariffa di remunerazione dell'attività e definizione degli adempimenti correlati ai flussi informativi”;

- i risultati del gruppo di lavoro istituito presso l'assessorato nell'ambito del CREU (Coordinamento Regionale dell'Emergenza-Urgenza) che ha indicato le seguenti condizioni esenti da ticket:

- o Prestazioni erogate nell'ambito dell'OBI (situazioni cliniche che necessitano di un iter clinico, diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24;
- o Prestazioni seguite da ricovero;
- o Prime prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento;
- o Prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casi in cui, contestualmente, si dia corso ad un intervento terapeutico;
- o Prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti;
- o Prestazioni erogate a soggetti di età inferiore a 14 anni;
- o Prestazioni riferite a Infortuni sul Lavoro;
- o Prestazioni erogate per accessi al Pronto Soccorso richiesti formalmente dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, dal Medico di Guardia Medica o da un medico di altro Pronto Soccorso;
- o Prestazioni riferite a soggetti esenti ai sensi della normativa vigente;
- o Prestazioni riferite agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) qualora indigenti ed ai sensi della normativa di settore.

Considerato che è obiettivo prioritario:

1. Sviluppare una adeguata e corretta valutazione del bisogno della popolazione, anche al fine di organizzare il servizio per rispondere alla domanda di salute dei cittadini;
2. Razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie, in considerazione sia delle necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie;
3. Garantire prioritariamente l'accesso alle prestazioni che rientrano in programmi di comprovata efficacia per il miglioramento della salute della popolazione, anche attraverso l'offerta attiva, rendendosi garante dell'equità

di accesso, in particolare per le fasce più deboli della popolazione;

4. Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, anche attraverso criteri di priorità;
5. Qualificare il sistema delle prenotazioni tramite il sistema CUP, prevedendo liste di attesa distinte per criteri di priorità di accesso;
6. Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione;

Ritenuto altresì necessario accantonare la somma di 10.000.000 euro per il perseguimento del presente piano, da ripartirsi tra le Aziende USL;

Acquisito il parere della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali espresso nella seduta del 15/07/2009;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute
a voti unanimi e palesi, delibera

1. di approvare l'allegato documento "Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione delle DGR 1532/2006" (allegato 1) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare l'allegato documento "Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, stabilendo che l'allargamento dello screening alle fasce di età in esso indicate, nonché la realizzazione dei percorsi di accesso definiti, dovranno essere messi in atto dal 1 gennaio 2010;
3. di stabilire, come precisato in premessa per le prestazioni di Pronto Soccorso, le condizioni cui non è assegnabile il codice bianco in uscita, per il quale è prevista la partecipazione alla spesa;
4. di stabilire che le condizioni di cui al punto precedente sono quelle elencate al punto 3.2.1 dell'allegato 1;
5. di dare mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche sociali di istituire un Tavolo di coordinamento regionale, la

- cui composizione è specificata nell'allegato 1, che effettui le valutazioni delle attività svolte dalle singole Aziende;
6. di dare mandato al Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali di istituire un Gruppo di lavoro sulla diagnostica per immagini e uno sulla diagnostica di laboratorio che declinino a livello regionale le condizioni di accesso alle relative prestazioni secondo gli orientamenti in discussione a livello nazionale;
 7. di disporre che le Aziende USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria o eventuale IRCCS di riferimento, integrino il proprio programma attuativo aziendale di cui alla D.G.R. 1532/2006, secondo quanto previsto dall'allegato alla presente deliberazione e lo inviino, **entro il 20 ottobre 2009**, al Tavolo di coordinamento regionale per l'approvazione e l'assegnazione della prima tranche di finanziamento ovvero per il recepimento delle necessarie modificazioni;
 8. di sostenere il piano regionale, di cui alla DGR 1532/06, comprese le attività della rete regionale dei CUP, destinando, come indicato in premessa, la somma di 10.000.000 euro, da ripartirsi fra le Aziende USL sulla base della quota di accesso alle risorse destinate al finanziamento del livello di assistenza "specialistica" nell'ambito della quota capitaria, di cui alla deliberazione di questa Giunta n. 602/2009 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009"; il 50% verrà erogato alla presentazione del programma attuativo aziendale, mentre la restante parte alla verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati;
 9. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Allegato 1

**STRATEGIA REGIONALE PER IL MIGLIORAMENTO
DELL'ACCESSO AI SERVIZI DI SPECIALISTICA
AMBULATORIALE IN APPLICAZIONE DELLA DGR 1532/2006**

INDICE

1. Premessa

2. L'organizzazione

3. Il Programma attuativo aziendale per il contenimento delle liste d'attesa

3.1 La valutazione del fabbisogno

3.2 Il tema dell'appropriatezza

3.2.1 le prestazioni urgenti differibili: rapporto con il pronto soccorso

3.3 Distinzione della tipologia di prestazioni

3.3.1. programmazione della produzione dei servizi

3.3.2 il piano di produzione

3.4 Il sistema delle garanzie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

4. Le regole di accesso

4.1. CUP

4.1.1 Rilevazione tempi di attesa

4.2 Individuazione di specifiche condizioni di accesso

4.2.1 Interventi per contenere le liste di attesa degli esami mammografici

4.2.2 Densitometria ossea (M.O.C.)

4.3 Ulteriori interventi per la facilitazione dell'accesso

5. La comunicazione

5.1 La comunicazione ai cittadini

5.2 La comunicazione agli operatori del SSN

6. Costituzione del tavolo regionale e di quelli di area vasta

7. Erogazione della prima tranche del finanziamento alla verifica e approvazione dei piani

8. Monitoraggio dell'andamento delle liste d'attesa e allocazione delle risorse restanti

Normativa di riferimento

Allegato 2: Prescrizioni e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in Emilia-Romagna ed in altre Regioni italiane

Allegato 3: Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici

- **Allegato 4: Schema da allegare al piano di produzione**

GLOSSARIO

1. Premessa

La Regione Emilia-Romagna ha dedicato una costante attenzione all'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'obiettivo di assicurarla in tempi adeguati al bisogno di salute del cittadino.

I provvedimenti più importanti, richiamati alla fine del presente documento:

- ✓ definiscono il rapporto tra fabbisogno delle Aziende e accreditamento in modo da consentire una programmazione regionale adeguata alle necessità,
- ✓ disciplinano le modalità di accesso in un'ottica di semplificazione,
- ✓ organizzano la domanda sulla base dei percorsi più appropriati, in base alla priorità di accesso,
- ✓ istituiscono il sistema informativo allo scopo di garantire le necessarie conoscenze per il governo della specialistica.

Questi stessi provvedimenti hanno accompagnato e favorito lo spostamento di prestazioni dal livello dell'assistenza ospedaliera a quello dell'assistenza specialistica ambulatoriale riconvertendo significative risorse nel setting organizzativo più appropriato.

In questi ultimi dieci anni la produzione di prestazioni ambulatoriali è significativamente aumentata, garantendo volumi di assistenza specialistica ambulatoriale più elevati che in altre regioni (allegato 2).

La DGR 1532 del 2006 ha tracciato la strada per contrastare e minimizzare le liste d'attesa, sottolineando come la realizzazione dell'obiettivo, più che dipendere da una specifica linea di azione, possa essere perseguita rendendo coerenti le linee che le Aziende adottano in tema di individuazione del fabbisogno, della ricerca dell'appropriatezza, della relazione tra committenza e produzione, della programmazione e controllo e delle modalità di accesso dei cittadini all'assistenza specialistica.

L'esperienza nell'applicazione della DGR 1532/2006 non è stata uniforme, e nelle aziende, in dipendenza delle differenti situazioni di partenza e della declinazione organizzativa del governo clinico, si sono avuti risultati diversi, i migliori essendo quelli in cui la costruzione e la messa in coerenza delle diverse azioni è stata accompagnata e resa possibile dalla costante revisione e aggiornamento delle strategie adottate.

Queste esperienze, assieme alla maturazione della struttura organizzativa delle aziende, con il completamento degli atti aziendali, rendono ora possibile delineare una strategia regionale che, salvaguardando e valorizzando la necessaria flessibilità locale, consenta di costruire un quadro di coerenza regionale, soprattutto sistematizzando le migliori esperienze che vengano individuate in un processo di discussione e confronto che deve riguardare l'intero Servizio sanitario regionale.

Vanno infatti preliminarmente ribaditi due aspetti che erano già esplicitamente contenuti nella DGR1532/2006:

1. La legittimazione del servizio sanitario regionale: i livelli di qualità raggiunti dal nostro servizio, la cultura tecnica, gli investimenti non solo in tecnologie, ma soprattutto in conoscenza, in competenza professionale e organizzativa, rischiano di essere vanificati se la rappresentazione che il SSR dà di sé, nel passaggio dall'assistenza primaria a quella specialistica è caratterizzata da ostacoli percepiti come artificiosi, burocratici, o da attese così lunghe da rendere la presenza del servizio meramente nominale. Nelle situazioni in cui la lista d'attesa è più lunga dei 30/60 giorni definiti come tempi massimi, anche la libera

professione assume caratteristiche che ne alterano la natura integrativa ai servizi garantiti dal SSR, proprio per la disparità eccessiva dei tempi di attesa, e per l'iniquità ad essa connessa.

2. I tempi di attesa sono un problema ubiquitario dei servizi sanitari avanzati. Nessuna strategia realistica si può porre l'obiettivo di azzerarli, né può limitarsi ad attribuirne le cause a un diffuso scorretto comportamento professionale o ad aspettative inadeguate dei cittadini. L'appropriatezza non è una condizione di scenario che consenta o meno la corretta azione organizzativa, ma l'organizzazione deve porsi il problema dell'aumento costante di appropriatezza, valutandone i livelli di partenza, adottando le azioni conseguenti e rivedendo ciò che è stato fatto in un'ottica di miglioramento continuo. Le nostre migliori competenze professionali devono essere coinvolte ed utilizzate per garantire un approccio che assuma l'inappropriatezza come un problema che il sistema dei servizi deve gestire e non come un ostacolo che impedisce ad essi di funzionare.

2. L'organizzazione

L'organizzazione relativa al governo delle liste d'attesa si è sinora incentrata su alcune figure che hanno svolto un significativo lavoro di raccordo tra le strutture di produzione e committenza.

Al fine di rafforzare il processo di responsabilizzazione e di identificazione dei ruoli chiave, la strategia delineata in questo documento assegna la responsabilità di conduzione complessiva alla Direzione Aziendale, che deve sostenere, stimolare e coordinare i responsabili delle varie fasi del processo garantendo la coerenza delle azioni.

All'interno della Direzione Aziendale si individua specificatamente il Direttore Sanitario come il responsabile del corretto svolgimento del processo di governo e gestione dei tempi di attesa, mentre al Direttore di Distretto compete la valutazione del fabbisogno e la committenza, ai Direttori dei dipartimenti l'organizzazione della produzione adeguata alla domanda rilevata. In questo quadro di ruoli e responsabilità il responsabile della specialistica ambulatoriale assicura il supporto operativo e il raccordo tra le diverse articolazioni aziendali secondo le relative aree di competenza.

L'autonomia organizzativa aziendale è definita nell'atto aziendale. Le Aziende pertanto individuano la soluzione locale che consenta la partecipazione al processo di definizione e monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale che sia più funzionale alle diverse realtà, in accordo con il quadro di responsabilità sopra delineato.

Poiché il processo di definizione e monitoraggio dell'assistenza specialistica ambulatoriale, preliminarmente, deve contenere un giudizio sull'appropriatezza delle prescrizioni e sulla adeguatezza dei volumi da assicurare, è necessario che i Collegi di Direzione siano sin dall'inizio coinvolti nella valutazione del fabbisogno, nella definizione delle linee di indirizzo, delle azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza e nella definizione delle soluzioni organizzative.

L'organizzazione costituita con le figure indicate e con i professionisti che le singole Direzioni riterranno opportuno includere, assicurerà:

- La valutazione del fabbisogno;
- la definizione del piano di produzione con la specificazione dell'articolazione territoriale dell'offerta (ambiti di garanzia territoriali);
- il monitoraggio delle liste di attesa, al fine di raccordare domanda ed offerta;

- le decisioni organizzative e gestionali di competenza, anche attraverso il coinvolgimento dei direttori di dipartimento;
- la messa a disposizione dell'intera offerta nel sistema CUP territoriale e di una specifica quota all'interno del CUP federato regionale.
- lo sviluppo dei rapporti con il coordinamento di area vasta

Le Direzioni Sanitarie di Area Vasta si raccordano tra loro al fine di verificare la coerenza delle azioni messe in campo, e l'individuazione di problematiche comuni relative all'appropriatezza o all'accesso che debbano essere trattate secondo un approccio più ampio dell'orizzonte aziendale, o per le quali sia opportuno suggerire un orientamento regionale comune.

Un simile assetto rimanda alla esigenza di un ambito regionale che sia in grado di esercitare le necessarie azioni di coordinamento complessivo e di supporto alle iniziative aziendali. Questo ambito deve infatti rappresentare il momento di raccordo tra le specifiche politiche sviluppate a livello aziendale e di area vasta, affinché sia mantenuta la necessaria coerenza di finalità e modalità di gestione clinica ed organizzativa delle liste di attesa, anche al fine di garantire ai cittadini su tutto il territorio regionale equità di condizioni di accesso ai servizi.

Il coordinamento regionale, costituito con atto del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali secondo la composizione di massima più avanti descritta, esercita un ruolo di verifica della coerenza delle azioni intraprese con le linee di indirizzo della presente deliberazione, anche al fine del riconoscimento della quota di sostegno finanziario prevista, dell'andamento dell'implementazione delle azioni progettate e dei loro risultati e di attivo sostegno alle azioni stesse; ha inoltre funzione di "Osservatorio sull'andamento delle attività ambulatoriali", verificando:

1. la correttezza della valutazione del fabbisogno;
2. la congruità delle azioni a sostegno della produzione;
3. la conformità alle regole delle modalità di prenotazione;
4. il rispetto dei tempi di attesa;

coordinandosi con le altre strutture regionali ed aziendali.

In particolare il coordinamento regionale a sostegno delle iniziative aziendali e di area vasta individua gli ambiti su cui avviare specifiche iniziative regionali finalizzate alla elaborazione di criteri clinici condivisi per la gestione degli accessi a prestazioni e servizi, tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti, della natura del bisogno assistenziale da loro espresso e della appropriatezza clinica del loro utilizzo. Per questo, il coordinamento regionale è opportunamente completato dalla partecipazione della Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, anche al fine di mantenere una relazione tra l'Osservatorio Regionale per l'Innovazione coordinato dalla stessa Agenzia e le eventuali iniziative di modifica degli assetti clinico-organizzativi promosse a livello aziendale dai Collegi di Direzione a fini del miglioramento delle liste di attesa e della appropriatezza, rendendo in questo modo possibile la loro valorizzazione ed il loro sostegno laddove tali iniziative si caratterizzino per grado di innovazione e rilevanza .

3. Il Programma attuativo aziendale per il contenimento delle liste d'attesa

3.1 La valutazione del fabbisogno

La valutazione del fabbisogno costituisce il primo passo nelle azioni per il rispetto delle indicazioni regionali nel governo delle liste d'attesa e nella garanzia di assistenza che il sistema

deve dare. Tale valutazione va effettuata in un quadro in cui il Servizio Sanitario Regionale si rende responsabile dell'insieme delle sue scelte, identificando i comportamenti di prescrizione inappropriata (sia in eccesso che in difetto) come problema del sistema per il quale vanno pianificate le azioni adeguate al suo miglioramento, assumendo l'impegno a predisporre azioni tese ad assicurare l'assistenza richiesta.

3.2 Il tema dell'appropriatezza

Il Programma deve contenere un giudizio sul livello di appropriatezza delle prescrizioni di prestazioni specialistiche nell'azienda, articolando l'analisi a livello distrettuale. Il Collegio di Direzione è la sede in cui deve essere approfondita la discussione sul livello di appropriatezza presente in azienda relativamente alle prestazioni oggetto di monitoraggio, e a quelle che pur non essendo oggetto di monitoraggio nazionale, presentano cattive performance. Il Collegio di Direzione adotterà i criteri ritenuti più adeguati per adempiere al suo compito, e il supporto dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale al tavolo di coordinamento regionale può contribuire ad una valutazione comparata e ad uniformare i criteri di giudizio adottati dalle varie Aziende. In assenza di altri criteri, in prima istanza, si potranno utilizzare le medie di consumo regionali e le variazioni delle stesse tra i diversi distretti per individuare le linee di servizio in cui la cattiva performance delle liste d'attesa derivi da un difetto di produzione o da un difetto di appropriatezza.

La disponibilità nel flusso informativo dell'assistenza specialistica dei dati del prescrittore consente di indirizzare il percorso di discussione e condivisione di comportamenti professionali appropriati verso le diverse categorie di professionisti che operano per il Servizio Sanitario Regionale, allineando i sistemi gestionali aziendali a tale obiettivo, o per esplicita ed originale elaborazione del Collegio di Direzione, o per diffusione delle linee guida individuate a livello regionale.

La individuazione delle modalità di superamento del livello di inappropriata include il tempo previsto per il superamento, assumendosi comunque, il servizio sanitario l'onere della produzione relativa al fine di rispettare i tempi massimi previsti.

Ai fini dell'analisi di appropriatezza, va posta particolare attenzione alle modalità prescrittive, prevedendo l'obbligatorietà dell'indicazione delle classi di priorità relativa all'erogazione della prestazione, e del quesito diagnostico.

3.2.1 le prestazioni urgenti differibili: rapporto con il pronto soccorso

I servizi di pronto soccorso vengono spesso utilizzati come accesso alle prestazioni specialistiche, uso che è inappropriato dal punto di vista organizzativo, non necessariamente dal punto di vista clinico; l'analisi di questa eventualità va inclusa nella valutazione del fabbisogno, e vanno individuate le soluzioni organizzative che facilitino i percorsi più appropriati (per esempio dimensionando e articolando idoneamente gli ambulatori dedicati ai diversi criteri di priorità, dotando eventualmente e quando opportuno di adeguate risorse specialistiche i nuclei delle cure primarie, favorendo la prenotazione da parte degli specialisti). Inoltre è opportuno definire i percorsi ambulatoriali per i pazienti portatori di patologie croniche, sia per il follow up che in fase di riattivazione, in modo che non sia loro necessario accedere al pronto soccorso e possano fare ricorso a percorsi ambulatoriali predefiniti, ottenuti anche attraverso il miglioramento della continuità assistenziale sul territorio.

L'esperienza maturata in questi anni ha evidenziato che il sistema di partecipazione alla spesa delle prestazioni di pronto soccorso, basato su codici colore invece che sulle caratteristiche di appropriatezza del ricorso al Pronto Soccorso, mentre non ha contribuito in modo rilevante al contenimento dell'inappropriatezza, è stato caratterizzato da una certa disomogeneità nell'applicazione del sistema di compartecipazione alla spesa. In questo senso è opportuno

ridefinire tale sistema, anche al fine di evitare che diverse modalità di comportamento inducano di fatto un incremento dell'inappropriatezza organizzativa nell'uso dei servizi.

Nell'ambito del Coordinamento Regionale dell'Emergenza-Urgenza è stato condotto un approfondimento finalizzato a ridefinire i criteri di esenzione ticket in modo più coerente con i livelli erogativi previsti per la funzione di pronto soccorso.

Si ribadisce che sono esenti dalla partecipazione alla spesa i cittadini le cui condizioni necessitano di:

- Prestazioni erogate nell'ambito dell'OBI (situazioni cliniche che necessitano di un iter clinico, diagnostico e terapeutico di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24), anche quando tale forma di assistenza non sia formalizzata, ma comunque effettivamente praticata all'interno del Pronto Soccorsoⁱ;
- Prestazioni seguite da ricovero;
- Prime prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso entro 24 ore dall'evento;
- Prestazioni riferite a evento traumatico con accesso al Pronto Soccorso oltre 24 ore dall'evento nei casi in cui, contestualmente, si dia corso ad un intervento terapeutico;
- Prestazioni riferite ad avvelenamenti acuti;
- Prestazioni erogate a soggetti di età inferiore a 14 anni;
- Prestazioni riferite a Infortuni sul Lavoro;
- Prestazioni erogate per accessi al Pronto Soccorso richiesti formalmente dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di libera scelta, dal Medico di Guardia Medica o da un medico di altro Pronto Soccorso;
- Prestazioni riferite a soggetti esenti ai sensi della normativa vigente;

ⁱ da DGR 24/2005 Indicativamente i più significativi quadri che possono essere adeguatamente affrontati in osservazione breve intensiva in soggetti adulti sono riferibili a sintomatologie quali:

- dolore toracico,
 - dolore addominale,
 - epigastralgia,
 - aritmia angina,
 - vertigine,
 - dispepsia,
 - ipertensione cefalea,
 - urgenze psichiatriche,
 - reazione allergica,
 - lombalgia, traumi,
 - intossicazioni,
 - anemia,
- o inquadabili in entità nosografiche quali:
- sincope,
 - lipotimia,
 - scompenso cardiaco,
 - BPCO,
 - asma,
 - diabete,
 - polmonite,
 - gastroenterite acuta,
 - colica renale,
 - trombosi venosa profonda,
 - TIA,
 - cellulite,
 - alterazioni metaboliche acute,
 - infezione vie urinarie.

- Prestazioni riferite agli Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) qualora indigenti ed ai sensi della normativa di settore.

3.3 Distinzione della tipologia di prestazioni

Strumento importante per il governo del sistema di accesso alle prestazioni è il Catalogo Regionale delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (Catalogo SOLE), utilizzato da tutti i medici prescrittori, che garantisce l'omogeneità delle denominazioni.

La quantificazione della produzione necessaria deve tener conto della distinzione tra prime visite e controlli; questa deve essere fatta sulla base dei dichiarati ed osservati comportamenti clinici. La distinzione che la DGR1532/2006 fa tra prime visite e controlli ha un dichiarato intento operativo in assenza di un comportamento professionale conosciuto, introducendo un vincolo temporale nelle prime visite e lasciando l'opportuna discrezionalità clinica per i controlli purché la tempistica sia esplicitata nella prescrizione.

L'analisi della ripartizione tra le due categorie di prestazioni costituisce un criterio inderogabile per il giudizio di appropriatezza delle prescrizioni.

E' importante inoltre che in fase di prescrizione sia indicata la classe di priorità che permetta la corretta collocazione nei posti disponibili in sede di prenotazione/accettazione.

Il corretto utilizzo delle agende di prenotazione e la corretta distinzione delle prestazioni per criteri di priorità, libera le liste d'attesa per prima visita da prestazioni non proprie. L'appropriata distinzione dei criteri di priorità contribuisce inoltre a migliorare la performance delle stesse aziende e delle équipes coinvolte, e pone le basi per una gestione non burocratica, più corretta, delle liste d'attesa consentendo l'individuazione di ulteriori percorsi per le richieste più frequenti.

3.3.1. programmazione della produzione dei servizi

Il piano di produzione deve dare evidenza dell'assunzione della priorità assegnata al contenimento delle liste d'attesa. Vanno utilizzati gli strumenti contrattuali disponibili quantificando, secondo criteri più oggettivi possibili, la produzione attesa dalle diverse équipes. In mancanza di strumenti condivisi a livello aziendale tra le direzioni aziendali e le organizzazioni sindacali, devono essere utilizzate le medie di produzione di ricoveri e di assistenza ambulatoriale per unità operativa, in modo da valutare la produzione attesa. In assenza di adeguata definizione della produzione attesa non è ammesso il ricorso alla committenza aggiuntiva nei confronti delle équipes delle strutture di produzione propria o dei produttori privati accreditati, e alla quota di sostegno finanziario prevista dalla Regione.

È opportuno utilizzare, laddove necessario, le 26 ore annuali derivanti dalla finalizzazione di mezz'ora, delle 4 ore settimanali dedicate all'aggiornamento, al contenimento delle liste d'attesa, e l'esternalizzazione delle guardie nella misura percentuale prevista dal contratto. Il rispetto della produzione attesa, a livello di équipes e individuale, dà diritto all'esercizio della libera professione, secondo il dettato della contrattualistica nazionale citata nella premessa del presente atto.

Il verificarsi di squilibri significativi tra le liste d'attesa per attività istituzionale e quelle per attività libero-professionale, sulla base dell'atto di indirizzo e coordinamento adottato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27/3/2000, della Legge n.120 del 3 agosto 2007, come ribadito nella DGR 200/2008 pone l'azienda nelle condizioni di sospendere l'esercizio della libera - professione per i professionisti dell'équipe. La sospensione è temporanea e si accompagna alla pianificazione 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.

La sospensione della attività libero-professionale non può protrarsi per più di 2 mesi e non si può effettuare per più di sei mesi all'anno, dal momento che essa deve essere un evento eccezionale, che richiama il Servizio Sanitario nel suo insieme, nelle sue componenti professionali e direzionali, all'adeguamento del piano di produzione alle necessità organizzative presenti localmente. La sospensione dunque non è una soluzione, ma un indicatore di inadeguata performance ,rispetto alle attese della popolazione e agli obiettivi posti .

Il Piano di produzione si articola nella produzione attesa dalle strutture pubbliche, eventuali integrazioni acquisite attraverso produzione aggiuntiva delle stesse, produzione commissionata alle strutture private, unitamente alla modulazione della produzione su base annuale derivata dall'andamento stagionale delle prescrizioni. Nel piano di produzione devono essere previste possibilità di modulazione della produzione settimanale secondo procedure contrattate in modo da aumentare la reattività del sistema a esigenze puntuali e imprevedute non derivabili dalle serie storiche di prescrizione. Il piano di produzione deve comprendere prioritariamente le iniziative atte al contenimento delle liste di attesa per le prestazioni sottoposte a monitoraggio (allegato4); ciò nondimeno non devono essere trascurate le prestazioni che presentano attese non adeguate.

3.3.2 il piano di produzione

Il piano di produzione verrà definito dall'Azienda secondo le modalità sotto riportate. Tale piano dovrà essere sottoposto alla Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, che esprimerà il suo parere anche a seguito del confronto con le parti sociali.

Il piano deve contenere i seguenti elementi che verranno utilizzati dal Tavolo di coordinamento regionale per le opportune valutazioni:

1. la valutazione del fabbisogno;
2. la pianificazione della produzione da parte delle équipes delle strutture proprie, dando evidenza del metodo di stima adottato, della produzione del privato accreditato, e della produzione aggiuntiva eventualmente commissionata (vedi anche Allegato 4);
3. la descrizione degli ambiti di garanzia per singola prestazione. E' opportuno ribadire che la scelta dell'ambito territoriale di garanzia deve essere fatta sulla base delle caratteristiche di complessità della prestazione, evitando ambiti di garanzia troppo ampi per prestazioni di base;
4. l'andamento nell'ultimo anno dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio e di quelle che pur non oggetto di monitoraggio presentano cattive performance rispetto ai tempi prefissati;
5. la valutazione del grado di appropriatezza delle prescrizioni e individuazione delle azioni per il miglioramento dell'appropriatezza;
6. la descrizione delle strategie di modulazione temporale della produzione;
7. la valutazione sul grado di aderenza rispetto alle distinzioni di priorità e alle modalità di gestione del CUP.

3.4 Il sistema delle garanzie di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Al fine di garantire il rispetto dei principi e dei diritti descritti in questa delibera, L'AUSL predisponde e facilita forme di comunicazione efficienti ed efficaci utilizzando l'URP e i Comitati Consultivi Misti nella relazione con i singoli cittadini o con le forme organizzate della società

civile, per la segnalazione di eventuali casi di disservizio o inadempienza alle regole qui indicate per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

L'implementazione del percorso fin qui descritto rende possibile la piena assunzione di responsabilità da parte delle Aziende Sanitarie nel caso di non rispetto dei tempi massimi di attesa stabiliti (per le prestazioni programmabili: 30 giorni per le visite e 60 giorni per le altre prestazioni; per le prestazioni urgenti e urgenti differibili: 24 ore e 7 giorni) nell'ambito territoriale di garanzia. L'ambito territoriale di garanzia,

Nel caso in cui non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto dal quadro normativo, il cittadino ha diritto comunque ad accedere a strutture accreditate identificate (pubbliche o private) con cui sono stati stabiliti appositi accordi. Occorre pertanto organizzare modalità di accesso alle prestazioni nei tempi previsti, anche attraverso la definizione di accordi di fornitura che possano essere identificati come "Percorsi di Garanzia". Tale percorso dovrà avere evidenza esclusivamente interna al sistema.

Il cittadino, per poter accedere alle prestazioni, dovrà disporre della documentazione richiesta (prescrizione SSN/SSR, tessera sanitaria ed eventuale tesserino di esenzione) e presentarsi con la ricevuta del ticket versato, se dovuto. Nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento fissato, lo stesso dovrà disdire la prenotazione con almeno 24 ore di anticipo, al fine di rendere disponibile la prenotazione per un altro utente.

4. Le regole di accesso

4.1. CUP

Nel settembre 2007 sono state emanate le linee guida per il funzionamento del CUP(circolare 10/2007). Esse sono integralmente confermate e vanno rispettate con particolare attenzione alla distinzione tra prime visite e controlli e relativamente all'apertura continua delle agende di prenotazione. A tale proposito si evidenzia inoltre che sia la normativa regionale che nazionale, **vietano** la possibilità di chiusure delle agende di prenotazione.

Infatti come già citato nella DGR 1532/06 "La Legge finanziaria 2006, al comma 282 dell'art.1, sancisce il divieto di sospendere le attività di prenotazione.."

Inoltre come già precisato nella stessa delibera "Le agende di prima visita non sono nominative; questo provvedimento deve essere associato all'instaurazione o all'estensione di rapporti professionali sostenuti organizzativamente tra i diversi fornitori della stessa disciplina, ai fini dell'instradamento appropriato della casistica complessa verso le strutture che assicurano le prestazioni più adeguate" (pag 19 BUR dgr1532/06)

La continuità del servizio di prenotazione va garantita dunque con agende di prenotazione sempre aperte che prevedano anche apposite modalità per le prestazioni di controllo alle cadenze programmate e per rivalutare un problema già noto o con tempistiche indicate specificamente dallo specialista. Le modalità operative di prenotazione dei controlli (a cura dello stesso specialista o da parte dell'operatore di sportello CUP) devono comunque prevedere la tracciabilità totale dell'uso delle risorse di assistenza specialistica ambulatoriale.

La corrispondenza tra attività messa a disposizione del CUP e la produzione riscontrata costituisce criterio di giudizio del buon funzionamento del sistema CUP, così come l'adeguatezza del piano di produzione (nei volumi e nel ritmo di produzione) costituisce la precondizione dell'apertura continua delle liste di prenotazione.

4.1.1 Rilevazione tempi di attesa

Le aziende sono tenute alla rilevazione dei dati inerenti le prestazioni specialistiche, secondo i criteri espressi nella delibera 1532 / 2006 e più volte ribadite tramite note alle aziende. Si rammenta che è obbligatoria la rilevazione dell'ambito di garanzia territoriale (circolare 13/06) distretto di erogazione, che permetta una più corretta analisi del rispetto degli standard.

Sono escluse dagli indicatori che descrivono la performance dei sistemi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, le prenotazioni e le prestazioni per pazienti che rifiutano di usufruire del primo posto disponibile nell'ambito territoriale di riferimento, quando questo abbia una lista d'attesa compatibile con le garanzie di sistema (30 e 60 gg) per prenotarsi presso servizi caratterizzati da tempi di attesa maggiori.

4.2 Individuazione di specifiche condizioni di accesso

La individuazione del programma di lavoro per l'elaborazione di linee guida e di regole di accesso regionali è affidata al tavolo di coordinamento regionale. Questo attiverà specifici gruppi di lavoro per la redazione delle stesse, utilizzando le migliori professionalità disponibili nell'Agenzia Sociale e Sanitaria, nell'Assessorato e nelle Aziende, secondo le rispettive competenze.

Le specificità previste per l'accesso alle prestazioni di diagnostica per immagini e di laboratorio nell'ambito dei lavori preparatori alla definizione dei nuovi LEA troveranno declinazione regionale da parte di appositi gruppi di lavoro che il Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali è delegato ad emanare.

4.2.1 Interventi per contenere le liste di attesa degli esami mammografici

Un apposito gruppo di esperti, insediato con determinazione n. 13089/2008 del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali, ha affrontato il tema delle liste di attesa per la mammografia clinica, critiche in tutto il territorio regionale per le donne in età esclusa dal programma di screening, che si presentano spontaneamente. In particolare ha approfondito:

- l'analisi dei dati di attività della specialistica ambulatoriale (flusso ASA) e dello screening mammografico regionale;
- le evidenze di letteratura e gli orientamenti espressi nei gruppi di lavoro nazionali che fanno emergere una valutazione positiva costo/efficacia sia della mammografia da screening annuale per la fascia di età 45 – 49 che dell'allargamento dello screening biennale alla fascia di età 70 – 74 anni;
- le stime regionali d'impatto dell'allargamento dello screening alle fasce di età sopraindicate.

Il gruppo di lavoro, inoltre, ha definito le indicazioni per l'accesso alla diagnostica urgente o urgente differibile nei casi di patologia mammaria sintomatica e ha indicato modalità di accesso alla mammografia ed a percorsi diagnostici più personalizzati nelle donne con rischio eredo-familiare.

Emerge, pertanto, l'opportunità di dare applicazione a quanto definito dal gruppo di lavoro regionale in merito a:

La Regione Emilia-Romagna considera prioritario:

1. estendere, dal 1 gennaio 2010, il programma di screening alle donne di età 45-49 anni e 70-74

2. garantire l'accesso tempestivo alla diagnostica senologica alle donne con sintomatologia clinica di patologia mammaria, presso le strutture pubbliche senologiche del SSR, secondo tempi e percorsi per urgenza e urgenza differibile e successiva presa in carico in caso di positività;
3. garantire percorsi di monitoraggio personalizzati per le donne con rischio aumentato per condizioni eredo-familiari secondo criteri concordati a livello regionale anche con i servizi di genetica;
4. definire percorsi di accesso per gli accertamenti senologici per donne asintomatiche in età inferiore ai 45 anni, età pre-screening.

Per le donne senza alcuna sintomatologia clinica, prive di condizioni di rischio aumentato per fattori eredo-familiari e che siano nella fascia di età 45-74 anni è fortemente raccomandato aderire al programma di screening ed eseguire la mammografia secondo gli intervalli di tempo previsti dal programma: a cadenza annuale tra i 45 e i 49 anni e a cadenza biennale tra i 50 e i 74 anni.

Nel valutare il rischio per ciascuna donna, il radiologo del programma di screening potrà inoltre richiedere un eventuale controllo ravvicinato, qualora le condizioni individuali lo rendano necessario; in questi casi il centro screening, come già è prassi, provvederà a richiamare le donne con periodicità ravvicinata.

Poiché tuttavia è noto che alcuni medici, al di fuori dei programmi di screening, richiedono una mammografia di "controllo" ad 1 anno dalla precedente mammografia per le donne di età 50-59 anni, tale richiesta verrà gestita nell'ambito dei percorsi di specialistica ambulatoriale e la prestazione potrà essere erogata dalle strutture pubbliche o private accreditate nel rispetto dell'intervallo temporale richiesto, purchè la prescrizione evidenzi la data dell'ultima mammografia eseguita e la prenotazione dell'esame venga effettuata con congruo anticipo.

Si allega il documento di programmazione dello screening mammografico (allegato 3).

4.2.2 Densitometria ossea (M.O.C.)

Una rilevazione, condotta nell'ambito di cinque Aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna ha evidenziato una quota di prestazioni inappropriate per quanto riguarda l'impiego della MOC per gli esami di prima diagnosi del 53%.

L'esame, come indicato nella DGR 1752 del 28.10.2008 "Recepimento Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2007 'Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante 'Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", è erogabile esclusivamente nelle seguenti condizioni cliniche:

presenza di uno dei seguenti fattori di rischio maggiori:

1. Per soggetti di ogni età di sesso femminile e maschile:

- a)** precedenti fratture da fragilità (causate da trauma minimo) o riscontro radiologico di fratture vertebrali;
- b)** riscontro radiologico di osteoporosi;
- c)** terapie croniche (attuate o previste):
 - cortico-steroidi sistemici (per più di tre mesi a posologie ≥ 5 mg/die di equivalente prednisonico);
 - levotiroxina (a dosi soppressive);
 - antiepilettici;
 - anticoagulanti (eparina);
 - immunosoppressori;
 - antiretrovirali;
 - sali di litio;
 - agonisti del GnRH;
 - chemioterapia in età pediatrica (1);

radioterapia in età pediatrica (2);

(1) La chemioterapia e' prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a tre o più criteri minori.

(2) La Radioterapia e' prevista quale criterio di accesso nell'età adulta solo se associata a 3 o più criteri minori.

d) patologie a rischio di osteoporosi:

malattie endocrine con rilevante coinvolgimento osseo (amenorrea primaria non trattata, amenorrea secondaria per oltre un anno, ipogonadismi, iperparatiroidismo, ipertiroidismo, sindrome di Cushing, acromegalia, deficit di GH, iperprolattinemia, diabete mellito tipo 1); rachitismi/osteomalacia;

sindromi da denutrizione, compresa l'anoressia nervosa e le sindromi correlate;

celiachia e sindromi da malassorbimento;

malattie infiammatorie intestinali croniche severe;

epatopatie croniche colestatiche;

fibrosi cistica;

insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica,

nefrotubulopatie croniche e ipercalciuria idiopatica;

emopatie con rilevante coinvolgimento osseo (mieloma, linfoma, leucemia, talassemia, drepanocitosi, mastocitosi);

artrite reumatoide (incluso Morbo di Still), spondilite anchilosante, artropatia psoriasica, connettiviti sistemiche;

patologie genetiche con alterazioni metaboliche e displasiche dell'apparato scheletrico;

trapianto d'organo;

allettamento e immobilizzazioni prolungate (> tre mesi);

paralisi cerebrale, distrofia muscolare, atrofia muscolare e spinale.

2. Limitatamente a donne in menopausa:

a) anamnesi familiare materna di frattura osteoporotica in età inferiore a 75 anni;

b) menopausa prima di 45 anni;

c) magrezza: indice di massa corporea < 19 kg/m².

L'indagine densitometrica e', inoltre, indicata in presenza di:

3 o più fattori di rischio minori per le donne in menopausa:

1. età superiore a 65 anni;

2. anamnesi familiare per severa osteoporosi;

3. periodi superiori a 6 mesi di amenorrea premenopausale;

4. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mmg/die);

5. fumo > 20 sigarette/die;

6. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool).

3 o più fattori di rischio minori per gli uomini di età superiore a 60 anni:

1. anamnesi familiare per severa osteoporosi;

2. magrezza (indice di massa corporea < 19 Kg/m²);

3. inadeguato apporto di calcio (< 1200 mmg/die);

4. fumo >20 sigarette/die;

5. abuso alcolico (> 60 g/die di alcool).

Il medico che prescrive dichiarerà esplicitamente la presenza di una di queste condizioni, al di fuori delle quali l'esame non può essere posto a carico del SSR. Tale esame, come indicato nel decreto sopra citato all'art. 4, potrà essere erogato a intervalli di tempo non inferiori a 18 mesi.

4.3 Ulteriori interventi per la facilitazione dell'accesso

Si sottolinea inoltre l'opportunità di mettere in atto ogni intervento organizzativo che consenta il riordino delle liste di attesa: fra questi vanno particolarmente menzionate le attività da effettuarsi in Day Service, quale modello di coordinamento dell'attività ambulatoriale finalizzato al trattamento di casi clinici che richiedono un intervento diagnostico o diagnostico-terapeutico complesso, articolato, interdisciplinare, concentrato in un breve intervallo di tempo e che non richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta per tutta la durata dei singoli accessi.

La creazione di percorsi clinici predefiniti, facilmente identificabili, da utilizzare per le patologie più frequenti rappresenta una buona pratica per facilitare l'accesso ai cittadini e per differenziare le prime visite dai controlli.

5. La comunicazione

La comunicazione ai cittadini e agli operatori delle Aziende sanitarie sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali riveste un ruolo di estrema importanza per il grande impatto che l'argomento ha sui cittadini e sul sistema.

In particolare la comunicazione dovrà tenere conto, oltre che della reale conoscenza che i cittadini già hanno, anche della loro percezione del problema e delle reali aspettative.

Il piano di comunicazione sarà articolato a livello regionale e locale; sarà elaborato congiuntamente da esperti di comunicazione dell'Agenzia informazione e ufficio stampa della Giunta regionale - Assessorato politiche per la salute e delle Aziende sanitarie; verranno coadiuvati da collaboratori regionali ed aziendali esperti nei temi di specialistica ambulatoriale.

A tal fine sarà istituito dal Direttore generale sanità e politiche sociali un gruppo di lavoro, il cui coordinatore parteciperà anche al già citato Tavolo di coordinamento regionale.

Il processo di comunicazione si rivolgerà, con strumenti predisposti ad hoc e differenziati, ai cittadini (con l'indicazione di diritti e doveri, riferimenti a cui rivolgersi in caso di richieste di informazioni o di segnalazione di disservizi con particolare riferimento alla violazione del divieto di chiusura delle agende di prenotazione) e ai professionisti (con l'indicazione degli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini e l'indicazione dei percorsi e delle modalità adottate dall'Azienda sanitaria per rispettare i tempi previsti dalla normativa regionale). La trasparenza e la chiarezza della informazione sono il fulcro su cui fondare l'intera operazione.

Il gruppo di lavoro si doterà di strumenti di lavoro per verificare i risultati conseguiti.

5.1 La comunicazione ai cittadini

La comunicazione ai cittadini dovrà essere unitaria e fornire le medesime garanzie in tutto il territorio regionale con uniformità di linguaggio e di contenuti. Dovrà dunque essere elaborata congiuntamente da Regione e Aziende sanitarie e dovrà prevedere, secondo quanto indicato dalla normativa nazionale e regionale, una descrizione – comune a tutto il sistema – dei diritti e dei doveri (del SSR e dei cittadini), delle modalità di prenotazione, di erogazione e dei tempi di attesa, e una declinazione – a livello di ogni Azienda sanitaria – delle garanzie effettivamente adottate con riferimento specifico all'accesso e alle modalità di segnalazione di eventuali disservizi, con indicazione di precisi riferimenti.

In sintesi l'obiettivo è di comunicare ai cittadini le garanzie effettivamente assicurate e sottolineare la trasparenza del sistema, perciò, oltre ai tradizionali strumenti di comunicazione,

saranno implementati su Saluter, il portale web del Servizio sanitario regionale e sui siti delle Aziende sanitarie ogni informazione riguardo alle performances effettivamente garantite, mantenendo un costante aggiornamento.

5.2 La comunicazione agli operatori del SSN

La comunicazione agli operatori è parte integrante del processo di pianificazione della produzione: non è possibile infatti un'assistenza di qualità (obiettivo primario dell'intero processo) senza una valutazione delle necessità e delle richieste di assistenza dei cittadini in tutto il territorio e senza la definizione delle modalità necessarie per garantirla. Le fasi di programmazione, che richiedono l'intervento del Collegio di Direzione e dei Comitati di Dipartimento costituiscono la sede ottimale per il governo dell'iniziativa, da realizzare con il contributo del citato gruppo di lavoro regionale. Negli strumenti di comunicazione, condivisi a livello regionale dal gruppo di lavoro, ma realizzati dalle singole Aziende sanitarie, dovranno essere riportati gli impegni da assolvere nei confronti dei cittadini oltre ai percorsi e alle modalità organizzative adottate dall'Azienda sanitaria.

Si dovranno altresì prevedere modalità formalizzate di monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa, in capo al Collegio di Direzione e ai Comitati di Dipartimento, per mantenere costante l'attenzione sul fenomeno, consentire l'adozione tempestiva di provvedimenti organizzativi a fronte di peggioramento delle performances e tenere costantemente informati e partecipi gli operatori.

6. Costituzione del tavolo regionale e di quelli di area vasta

Il Direttore Generale Coordinatore di Area Vasta costituirà il tavolo di lavoro di Area vasta a cui parteciperanno i Direttori Sanitari e i Direttori di Distretto, quali responsabili della committenza, favorendo la partecipazione delle altre professionalità e responsabilità aziendali secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate.

Il tavolo di lavoro regionale comprenderà il Responsabile del Servizio Presidi ospedalieri, il Responsabile del Servizio Assistenza distrettuale, il Direttore dell'Agenzia Sanitaria e Sociale regionale, professionisti della stessa Direzione Generale, individuati per le specifiche competenze, nonché un Responsabile di Distretto e un Direttore Sanitario per ogni Area vasta, individuati in accordo fra le Direzioni delle Aziende USL .

7. Erogazione della prima tranche del finanziamento alla verifica e approvazione dei piani

Al momento della approvazione del programma attuativo aziendale per il contenimento del tempo di attesa da parte del Tavolo di coordinamento regionale verrà erogata una tranche di finanziamento, pari al 50% del totale definito per ogni Azienda.

8. Monitoraggio dell'andamento delle liste d'attesa e allocazione delle risorse restanti

Il monitoraggio delle liste di attesa potenzierà l'attuale sistema di rilevamento secondo quanto stabilito dal coordinamento regionale.

Ogni 2 mesi sarà effettuata una valutazione da parte del coordinamento regionale. La positiva valutazione della implementazione dei piani di produzione relativi ai tempi di attesa, dei miglioramenti raggiunti negli indici di performance, la implementazione delle azioni finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza e le azioni intraprese sul piano della comunicazione, da parte del coordinamento regionale, condiziona l'erogazione dell'ulteriore 50% del finanziamento alla verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati e previsti dal piano di produzione, così come approvato dal tavolo regionale.

Il monitoraggio dell'andamento delle liste di attesa, per ogni singola Azienda USL, verrà pubblicato e aggiornato bimestralmente all'indirizzo www.tdaer.it, attivo dal mese di settembre 2009. I risultati di tale monitoraggio troveranno ampia diffusione presso le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie, presso i Comitati di Distretto e presso le rappresentanze delle Parti Sociali, al fine di individuare azioni di miglioramento sia sul versante della struttura e del governo dell'offerta che sul versante dell'utilizzo dei servizi e la responsabilizzazione dei cittadini

Normativa di riferimento

- [DGR. 410/1997](#): "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe".
- **Circolare 24/1997**: "Criteri per la definizione dei piani preventivi di attività relativamente al settore della assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche e private".
- **D.Lgs n. 124/1998**: "Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449".
- **DGR 1296/1998**: "Linee guida per la rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale e per l'istituzione di un sistema informativo. Indicazioni in ordine all'applicazione del X e XII comma dell'art.3, del D.Lgs 124/98".
- **Circolare 10/1999**: "Attuazione direttiva n° 1296/98 per specialistica ambulatoriale: Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività di specialistica ambulatoriale; Indicazioni sui criteri di rilevazione delle liste di attesa e dei relativi tempi e sulle modalità di monitoraggio".
- **DGR 2142/2000**: "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali".
- [DGR 593/2000](#): "Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".
- [DGR. 2354/2001](#): "Adeguamento all' introduzione all' euro dei tariffari per prestazioni ambulatoriali e per prestazioni rese dal Dipartimento di sanità pubblica e dall 'Arpa".
- **DGR 1367/2001**: "Ridefinizione del progetto per la semplificazione dell'accesso da parte dell'utenza ai servizi sanitari regionali attraverso la costituzione di una rete telefonica dedicata, di cui alla deliberazione di giunta regionale n. 2689/1999".
- **DGR 3085/2001**: "Approvazione degli accordi attuativi regionali ex d.p.r. 270/2000".
- **Circolare 9/2001**: "Protocollo d'intesa con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa".
- **Circolare 21/2001**: "Controllo dei tempi di attesa per le prestazioni di Densitometria ossea (DO)".
- **DPCM 29/11/2001**: "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza".
- **D.P.C.M. 16/04/2002** "Linee guida per le priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche" e costituisce l'allegato 5 al D.P.C.M. 29 novembre 2001
- **Circolare 3/2002**: "Specifiche per il sistema informativo e rilevazione dell'attività specialistica ambulatoriale".
- **Circolare 16/2002**: "Prestazioni di ecocolordoppler dei tronchi sovra-aortici e degli arti inferiori: indicazioni per il controllo dei tempi di attesa e per la definizione di percorsi con priorità di accesso".
- **DGR 295/2002**: "Recepimento del DPCM 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- **DGR 1365/2002**: "Individuazione dei criteri di erogazione delle tipologie di prestazioni previste dall'allegato 2b del DPCM 29-11-2001-Definizione dei livelli essenziali di assistenza".
- **DGR 1686/2002**: "Avvio del progetto 'rete integrata ospedale-territorio nelle aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna: i medici di famiglia e gli specialisti on-line' in attuazione della delibera G.R. n. 828/2002".
- **Accordi del 14 febbraio e 11 luglio 2002 tra Governo, Regioni e Province Autonome**

- **Nota prot. 50208/2002:** "Sottoscrizione con le OOSS –CGIL-CISL-UIL: degli obiettivi 2002-2003 come prosecuzione degli impegni assunti con “protocollo d’intesa con le OOSS –CGILCISL-UIL: Assistenza specialistica ambulatoriale: i tempi di attesa ed il governo delle liste di attesa” (circ. 9/2001)".
- **Nota prot. 5905/2003:** “Legge finanziaria 2003: Adempimento ai fini dell’accesso all’adeguamento del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: Liste di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali”.
- **Circolare13/2003:** “Integrazioni alla Circolare Regionale n.3 del 07/02/2002 -Specifiche per il sistema informativo”.
- **DGR 896/03:** “Finanziamento del servizio sanitario regionale per l'anno 2003. Linee di indirizzo per la programmazione delle attivita' delle aziende sanitarie”.
- **Nota prot. 31976/03:** “Attuazione degli accordi aziendali dei medici specialisti ambulatoriali interni. Linee d'azione e obiettivi per il 2003-2004”.
- **[DGR 262/2003:](#)** "Modifica del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche".
- **Nota prot. 31554/04:** “Percorsi di accesso per le prestazioni ambulatoriali urgenti nelle aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna in attuazione al protocollo d'intesa con le OO.SS”.
- **DGR 1280/04:** “Linee di programmazione e finanziamento del servizio sanitario regionale per l’anno 2004”.
- **DGR 2678/04:** "Approvazione del programma assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei LEA e la definizione di livelli aggiuntivi”.
- **Circolare 23/04:** "Indicazioni operative per la compilazione dei nuovi modelli di ricetta medica a lettura ottica previsti dall’art. 50 della Legge 326/03".
- **Circolare 8/04:**"Linee guida per un nuovo modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata (Day service ambulatoriale: DSA)".
- **Circolare 6/05:** “Specifiche tecniche relative alla trasmissione e ritorno informativo del flusso relativo all’Assistenza Specialistica Ambulatoriale (ASA) - anno 2005”.
- **DGR 293/05:** "Accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e private e dei professionisti per l'assistenza specialistica ambulatoriale e criteri per l'individuazione del fabbisogno".
- **DGR 1182/05:** "Assegnazione finanziamenti all'ausl di Imola destinati alla realizzazione dei progetti ad alta tecnologia informatica a supporto delle attivita' sanitarie, socio-sanitarie e sociali e alla loro gestione amministrativa e tecnica".
- **Circolare 1/06:** “Il monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali (flusso TDA)"
- **Accordi del 28 marzo 2006 tra Governo, Regioni e Province Autonome, Piano Nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006 – 2008**
- **[DGR 1065/2006:](#)** "Modifiche e integrazioni al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche della branca di radioterapia"
- **DGR 1532/2006:** “Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa”
- **DGR 73/2007:** “Piano regionale sul contenimento dei tempi di attesa. integrazione alla deliberazione n. 1532 del 06.11.06”
- **DGR 602/2008:** “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del servizio sanitario regionale per l’anno 2008”.

- **DGR 200/2008:**”Revisione dei piani aziendali per il superamento della fase transitoria dell’attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, attuazione dell’art. 8 comma 5 della legge regionale 23 dicembre 2004, n.29”.
- **DGR 1752/2008:**Recepimento Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2007 'Modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001' recante 'Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”.
- **Circolare 8/2008:** Tessera Sanitaria e monitoraggio delle spesa sanitaria: applicazione dei Decreti ministeriali del 2008, attuativi dell’art.50/DL 269/2003, nella regione Emilia-Romagna
- **DGR 602/2009** “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009”

Allegato2: Prescrizioni e prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in Emilia-Romagna ed in altre Regioni italiane

Le fonti informative relative all'assistenza specialistica ambulatoriale sono molto scarse, data la minore attenzione storicamente prestata alla gestione di questo livello di assistenza nel nostro paese. Per quanto riguarda l'Emilia-Romagna, il sistema di rilevazione e monitoraggio dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, pur essendo migliorabile nella qualità e nella tempestività, è certamente molto più completo e ricco di quello di altre regioni.

In Emilia-Romagna la produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale è aumentata in 6 anni (dal 2003 al 2008) di circa 15.000.000 di unità (Figura 1), con un consumo per abitante costantemente tra i più elevati se confrontato con le altre regioni che hanno partecipato alla sperimentazione del Sistema di Monitoraggio delle Prescrizioni (Protocollo d'Intesa Ministero della Salute – Regioni) (Figura 2).

Figura 1 - Erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale - Regione Emilia-Romagna - 2003-2008

Fonte: Banca Dati ASA – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali

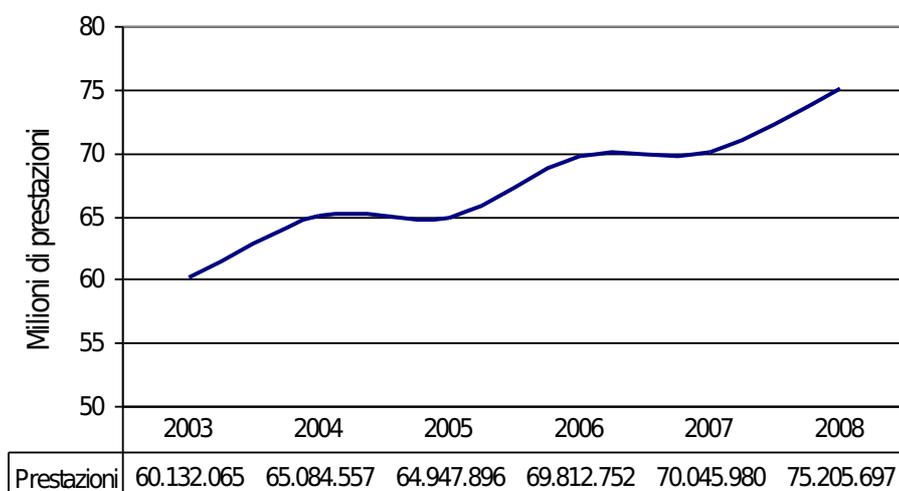
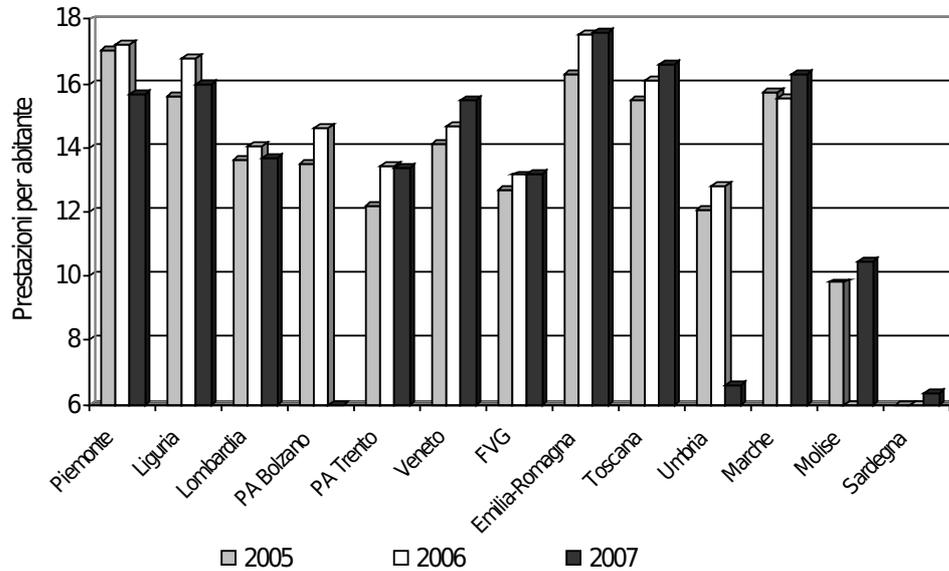


Figura 2 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale per abitante - 2005-2007

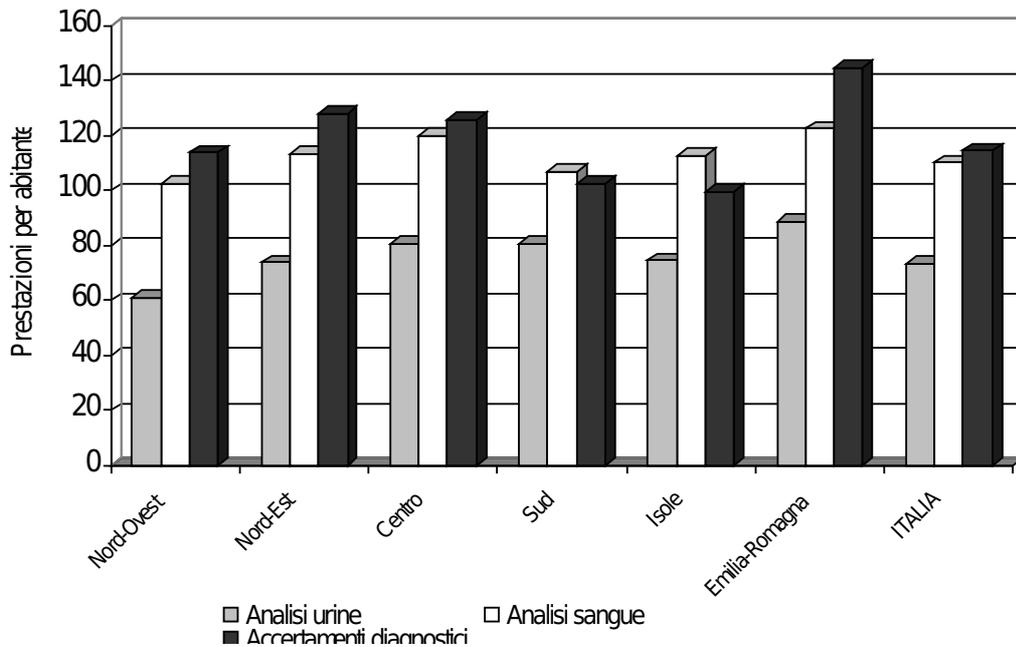
Fonte: Ministero della Salute, NSIS, Cruscotto della specialistica ambulatoriale



Analogamente, i dati ISTAT (Indagine multiscopo sulle famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari- 2004-2005.”) evidenziano come il consumo di prestazioni fosse nel 2005, in Emilia-Romagna, al sopra della media nazionale nelle aree oggetto di indagine (analisi delle urine, analisi del sangue, accertamenti diagnostici).

Figura 3 – Indice di consumo per prestazioni diagnostiche: prestazioni per 1.000 abitanti - 2005

Fonte: ISTAT. Indagine Multiscopo sulle Famiglie “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”



Allegato 3: Interventi individuati per contenere le liste di attesa degli esami mammografici

Il Gruppo di lavoro regionale per contenere le liste di attesa per la mammografia, insediato con determinazione n. 13089/2008 del direttore generale Sanità e Politiche sociali, ha concentrato l'attenzione su 4 linee di azione:

- 1 possibilità di estendere lo screening ad altre fasce d'età (evidenze e fattibilità dell'estensione tra 45-49 e 70-74 anni);
- 2 definizione dei percorsi per donne sintomatiche di ogni età;
- 3 definizione dei percorsi per le donne di ogni età che presentano un profilo di rischio più elevato della popolazione generale per rischio eredo-familiare;
- 4 definizione dei percorsi di accesso per donne asintomatiche in età inferiore ai 45 anni, età pre-screening.

Infatti, si è ritenuto che il contenimento delle liste di attesa per la mammografia dovesse in primo luogo essere affrontato attraverso un ulteriore sviluppo del programma di screening - in considerazione dell'equità di accesso che un tale programma, se ben gestito e controllato, può offrire – ma anche assicurando una **presa in carico tempestiva nel caso di mammografia richiesta in urgenza**, e infine anche prevedendo la presa in carico delle donne con **rischio eredo-familiare** di carcinoma mammario.

Alla base delle considerazioni e indicazioni che seguono c'è la consapevolezza che occorra sempre più tendere ad assicurare percorsi diagnostici modulati per profilo di rischio, sulla base dell'età e, in una prima fase, del rischio eredo-familiare. Successivamente, potrà essere valutata l'estensione degli screening ad altre età (dai 40 anni) e la modulazione della periodicità delle chiamate in considerazione delle caratteristiche della ghiandola mammaria (seno denso).

1 – ESTENSIONE DELLO SCREENING AD ALTRE FASCE DI ETÀ

L'analisi dei dati provenienti dai flussi informativi ASA della Regione Emilia-Romagna per quanto riguarda le prestazioni mammografiche erogate nel 2007 mostra, dopo opportune verifiche, un numero complessivo di prestazioni erogate di **347.963** mammografie (*allegato 3/1a*). Di queste **174.145** vengono eseguite nell'ambito dei programmi di screening mammografici aziendali attivi su tutto il territorio regionale e riguardano fundamentalmente la fascia di popolazione 50-69 anni, ma anche parzialmente la popolazione 49enne (4.000 donne circa) e 70-71enne (2.000 donne circa) per anticipi di invito o continuazione di invito dopo l'età prevista (*allegato 3/1b*).

Si riportano di seguito i dati della popolazione femminile residente all'1/1/2007 per classi di età.

Popolazione femminile residente per età: 1° gennaio 2007

Aziende USL di residenza	Età						Totale
	0-39	40-44	45-49	50-69	70-74	75 +	
PIACENZA	55.818	11.073	9.786	35.657	8.619	21.939	142.892
PARMA	87.937	16.989	14.692	52.661	12.032	31.738	216.049
REGGIO EMILIA	113.902	20.059	17.286	58.199	12.470	32.131	254.047
MODENA	145.592	27.170	23.967	82.980	17.893	43.635	341.237
BOLOGNA	166.572	34.238	30.101	110.817	25.096	63.510	430.334
IMOLA	26.126	5.188	4.599	15.928	3.547	8.674	64.062
FERRARA	65.645	13.996	13.292	50.640	12.122	28.307	184.002
RAVENNA	75.111	15.052	13.360	48.597	11.655	28.035	191.810
FORLÌ	37.076	6.938	6.269	23.477	5.227	13.631	92.618
CESENA	43.113	8.029	7.230	24.677	5.247	12.127	100.423
RIMINI	65.238	12.393	10.809	36.817	7.730	18.015	151.002
TOTALE	882.130	171.125	151.391	540.450	121.638	301.742	2.168.476

Il Gruppo di lavoro ha focalizzato l'attenzione sulle evidenze scientifiche disponibili a supporto di un eventuale allargamento dello screening ad altre fasce di età.

Di seguito si riporta una **sintesi della letteratura e relativa bibliografia sull'impiego della mammografia e dello screening mammografico nelle fasce d'età 40-49 e 70-74** (nell'*allegato 3/2* sono riportate le fonti bibliografiche consultate).

American Medical Association (AMA) (1), American College of Radiology (ACR) (2), American Cancer Society (ACS) (3), tutte supportano lo screening mammografico e l'esame clinico della mammella (CBE) a cominciare dai 40 anni. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (4) raccomanda lo screening mammografico ad iniziare dai 40 anni e CBE a iniziare dai 19 anni.

Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC) (5), American Academy of Family Physicians (AAFP) (6), e American College of Preventive Medicine (ACPM) (7) raccomandano lo screening mammografico per le donne a medio rischio all'età di 50 anni.

AAFP e ACPM raccomandano che la mammografia nelle donne a più elevato rischio inizi all'età di 40 anni e AAFP raccomanda che tutte le donne da 40 a 49 siano informate circa il bilancio rischio/beneficio prima di aderire ad un programma di screening (6, 7). Nel 2001, CTFPHC concludeva che vi era insufficiente evidenza per definire una raccomandazione a favore o contro lo screening mammografico nelle donne nella fascia di età 40-49 anni (9). Inoltre le raccomandazioni delle diverse organizzazioni si diversificavano nell'intervallo temporale consigliato per la ripetizione della mammografia. La mammografia annuale era consigliata da AMA, ACR, and ACS (1-3). Mammografia ogni 1-2 anni è raccomandata da CTFPHC, AAFP, ACPM (5-7). ACOG raccomanda una mammografia ogni 1-2 anni per le donne da 40 a 49 e annualmente per le donne di 50 o più anni (4). U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) raccomanda lo screening mammografico, con o senza esame clinico della mammella, ogni 1 o 2 anni per le donne di età 40 e oltre (10).

L' Advisory Committee on Breast Cancer Screening - NHS Cancer Screening Programmes in un documento del 2006 (11) evidenziava che il gruppo IARC nei propri lavori concludeva che vi era limitata evidenza che lo screening mammografico nelle donne di 40-49 riducesse la mortalità per carcinoma

mammario e rilevava come la riduzione di mortalità osservata in alcuni trial in donne, che al momento del reclutamento nel trial avevano un'età di 40–49 anni, poteva essere il risultato del beneficio della mammografia effettuata dopo il raggiungimento dei 50 anni. Il gruppo IARC ha posto particolare attenzione al fatto che la mammografia possa essere meno efficace prima dei 50 anni a causa della maggiore densità radiologica della mammella in premenopausa (solitamente sotto i 50 anni) rispetto alla postmenopausa (solitamente sopra i 50 anni). Il gruppo di lavoro IARC rilevava che l'esame preliminare dei risultati dell' Age Trial, iniziato nel UK in 1991 per valutare se la mammografia annuale dall'età di 40 a 47–48 anni determinasse una riduzione di mortalità per carcinoma mammario rispetto al programma di mammografia offerto all'età di 50 ogni 3 anni, metteva in evidenza una riduzione di mortalità per carcinoma mammario di circa il 10% nelle donne invitate allo screening all'età di 40 rispetto alle donne chiamate a 50 anni. Un'altra considerazione del gruppo fu che le donne più giovani sono maggiormente suscettibili all'effetto carcinogenetico delle radiazioni sul tessuto mammario rispetto alle donne più anziane. Più le donne sono giovani al momento della mammografia, minore è il numero delle morti risparmiate dallo screening e più elevato è il numero dei carcinomi radioindotti. Nelle donne fra 20 e 30 anni il numero dei carcinomi mammari indotti dalla mammografia annuale è probabilmente più elevato del numero dei carcinomi prevenuti con lo screening. In conclusione nelle donne tra i 40 e i 50 anni il bilancio rischio-beneficio non è chiaro data l'incertezza nella stima di effetto delle radiazioni (in relazione al potenziale danno) e dell'efficacia dello screening.

Per le donne oltre i 69 anni il gruppo IARC concludeva che le evidenze disponibili erano a favore di un beneficio nel continuare la mammografia oltre i 70 anni nelle donne in buone condizioni di salute e con un'aspettativa di vita di almeno 10 anni. Tuttavia nella considerazione che, all'aumentare dell'età, la popolazione femminile in relazione al buon stato di salute diventa più eterogenea con considerevole riduzione dei tassi di adesione, il gruppo riteneva maggiormente appropriata una decisione su base individuale, fermo restando che vanno incoraggiate alla partecipazione allo screening le donne che percepiscono lo stesso come un utile intervento in relazione alla propria condizione personale.

Anche American Cancer Society raccomanda che la decisione di sottoporre le donne più anziane allo screening sia presa su base individuale tenuto conto dello stato di salute e dell'aspettativa di vita.

Fino a quando la donna si mantiene in buone condizioni di salute con possibilità di essere sottoposta a trattamenti dovrebbe essere sottoposta a screening mammografico (12).

Nel 2006 il Gruppo italiano per lo screening mammografico (GISMa) ha organizzato una conferenza nazionale, con l'obiettivo di produrre un documento di consenso che potesse divenire lo standard di riferimento per l'Italia.

Il documento di consenso, dopo un'accurata metanalisi delle evidenze disponibili, conclude che la copertura completa del territorio nazionale mediante programmi di screening organizzato per il carcinoma della mammella (età 50-69), resta un obiettivo prioritario, prima che sia presa in considerazione l'estensione dello screening mammografico organizzato a fasce di età inferiori e superiori.

Ove siano disponibili le risorse necessarie, è raccomandata l'estensione dello screening mammografico fino ai 74 anni di età, almeno per coloro che hanno regolarmente partecipato allo screening fino ai 69 anni. Può essere presa in considerazione l'estensione dello screening organizzato alla fascia di età 40-49 a patto che siano disponibili le risorse necessarie, si adotti un intervallo di screening annuale, si fornisca alle donne una congrua informazione relativa ai pro e ai contro dello screening e si dia la priorità alla fascia di età 45-49 (13).

2 – PERCORSI PER DONNE SINTOMATICHE

Indicazioni per l'accesso alla diagnostica urgente o urgente differibile nei casi di patologia mammaria sintomatica

2.A INDICAZIONI CLINICHE

Le indicazioni cliniche che rendono necessario il percorso di urgenza ambulatoriale sono le seguenti:

URGENTE (entro 24-72 ore dalla prescrizione):

- Neoformazione di nuova comparsa o di incremento volumetrico se già presente
- Retrazione della cute anche senza tumefazione sottostante
- Retrazione del capezzolo di recente comparsa
- Secrezione ematica persistente dal capezzolo (indicazione a mammografia+galattografia)
- Erosione/ulcerazione del capezzolo
- Ulcerazione della cute
- Linfadenopatia ascellare palpabile ritenuta clinicamente metastatica

URGENTE DIFFERIBILE (entro 7 giorni dalla prescrizione):

- Infiammazione localizzata o diffusa, al di fuori del periodo dell'allattamento, che non regredisce ad un ciclo di antinfiammatori/antibiotici
- Secrezione sierosa o siero ematica monoorifziale (indicazione a mammografia+galattografia)
- Cisti che una volta svuotata con ago aspirazione si riforma dopo 24-48 ore
- Cisti a contenuto ematico
- Neoformazione mammaria nel sesso maschile
- Pazienti con rilievo ecografico di dubbia interpretazione

PERCORSO ORGANIZZATIVO: Il percorso dell'urgenza non si esaurisce con l'accesso iniziale, ma deve comprendere tutti gli accertamenti necessari a definire la diagnosi.

Con il primo accesso va quindi attuata la presa in carico della paziente, secondo la modalità del Day Service Ambulatoriale (DSA), per garantire a breve, in 1-2 accessi successivi, l'esecuzione degli esami previsti dai protocolli diagnostici. Lo specialista, radiologo o altro, che esegue la prestazione con modalità di accesso urgente o urgente differibile, si assume la responsabilità di gestire il percorso successivo di presa in carico (episodio di DSA), fino alla definizione della diagnosi e all'invio per la terapia del caso.

Poiché le modalità di richiesta, i servizi coinvolti e i percorsi di accesso presentano specificità aziendali, si ritiene utile precisare la prestazione di avvio del percorso, differenziato per età della donna:

- per le **donne con età > 40 anni** l'accertamento iniziale è la mammografia: Mammografia urgente l'esecuzione dell'esame va garantito entro 24-72 ore dalla prescrizione;
Mammografia urgente differibile l'esecuzione dell'esame va garantito entro 7 giorni dalla prescrizione;

- per le **donne con età < 40 anni** l'accertamento iniziale con accesso urgente o urgente differibile è invece la Visita senologica, la cui esecuzione va garantita entro il tempo massimo indicato di 24-72 ore o di 7 giorni dalla prescrizione, e alla quale fa seguito l'esecuzione degli accertamenti diagnostici necessari (es. ecografia mammaria).

Le Aziende sanitarie dovranno pertanto individuare le sedi presso cui indirizzare le donne con richiesta di prestazione urgente-urgente differibile, al fine di garantire l'esecuzione tempestiva di tutti gli accertamenti previsti sulla base dei protocolli predefiniti.

La **visita senologica** viene effettuata nelle sedi (centro senologico) e dagli specialisti individuati a livello aziendale, sulla base della specifica competenza posseduta, indipendentemente dalla specializzazione (radiologo, oncologo, o altro). La responsabilità dell'avvio e della prosecuzione del percorso, di DSA o di completamento della visita, è affidata ai soli specialisti individuati.

2.B SITUAZIONI CHE NON RICHIEDONO UNA MAMMOGRAFIA O VISITA SENOLOGICA URGENTE .

- Mastodinia mono e/o bilaterale non associata ad alcun altro rilievo clinico
- Secrezioni bilaterali pluriorifziali non ematiche o siero ematiche.

Per le donne che presentano queste condizioni cliniche, l'accesso alla visita senologica ed alla eventuale mammografia è regolamentato secondo le modalità previste nei successivi punti 4 e 5.

3 – RISCHIO EREDO-FAMILIARE

Valutazione del rischio eredo-familiare, accesso alla mammografia e integrazione con i programmi di screening dei tumori della mammella

La valutazione dell' impatto dei programmi di prevenzione secondaria del carcinoma mammario eredo-familiare nel complesso del programma di screening mammografico necessita di un inquadramento e di indicazioni specifiche. Con il presente intervento non si intende esaurire la complessiva problematica del carcinoma mammario eredo-familiare, che andrà comunque definita e condivisa in collaborazione col gruppo di lavoro regionale ad hoc che si sta occupando di rischio genetico più in generale.

E' tuttavia necessario chiarire gli aspetti di seguito elencati:

- Definizione di livelli di rischio incrementale rispetto alla popolazione generale.
- Modalità di identificazione delle donne con possibile storia di rischio eredo-familiare per carcinoma mammario, da gestire in collaborazione con i centri specializzati hub regionali per la definizione del livello di rischio. Queste donne dovranno essere prese in carico con percorsi personalizzati di controllo periodico differenziato o ad interventi di profilassi, da affidarsi ai centri spoke.
- Definizione dei protocolli di sorveglianza differenziati e/o degli interventi di profilassi per i diversi livelli di rischio

Modalità di accesso

Non è opportuno mettere in atto percorsi di ricerca attiva per individuare le donne con possibile rischio eredo-familiare della mammella; tuttavia il personale sanitario deve poter rispondere alle donne che presentano preoccupazioni o profili di rischio sospetti. Certamente nell'ambito di accertamenti senologici è indicata la raccolta di una anamnesi familiare specifica.

Per la presa in carico delle donne a rischio eredo-familiare di tumore al seno occorre comunque sviluppare protocolli omogenei a livello regionale, con chiara definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati e multidisciplinari, garantendo adeguate facilitazioni di accesso e di gestione dello stesso da parte delle strutture specialistiche che effettuano la presa in carico.

L'accesso della donna, o in casi rarissimi anche dell'uomo, può avvenire:

- in ambito di screening organizzato:

- quando una donna risponde all'invito al programma organizzato di screening, il personale di accettazione, debitamente formato, già oggi indaga (o, in caso non sia così, dovrà farlo) sulla storia familiare di carcinoma della mammella, in particolare mirata ai parenti di primo grado.

- in ambito di presentazione spontanea (presso il Medico di Medicina Generale – MMG- o presso uno specialista):

- se una donna si presenta con sintomi o dichiarando preoccupazioni per presenza di parenti con cancro al seno, il medico è tenuto ad effettuare una prima valutazione e a orientare la persona per gli approfondimenti necessari, sulla base dei percorsi che il servizio sanitario è tenuto ad organizzare. Allo stesso modo si comporterà nel caso all'anamnesi abituale individui una condizione di possibile rischio eredo-familiare per carcinoma della mammella.

Qualunque sia la modalità di accesso, dovranno essere attivati i percorsi previsti dai protocolli di intervento, facendo in modo che la presa in carico complessiva e la gestione del percorso

diagnostico-terapeutico avvenga presso un centro di senologia aziendale accreditato (centro spoke).

Verranno definiti protocolli specifici e omogenei a livello regionale per la presa in carico delle donne a rischio eredo-familiare di tumore al seno, con chiara definizione dei livelli di rischio e dei percorsi diagnostico-terapeutici integrati e multidisciplinari, garantendo adeguate facilitazioni di accesso e la gestione da parte delle strutture specialistiche che effettuano la presa in carico

Nell'ambito del rischio eredo-familiare, si stima che le donne a rischio familiare siano circa il 5%, e circa l'1% presenti un rischio ereditario.

La valutazione del livello di rischio eredo-familiare fa riferimento alle linee guida NICE, come da tabella seguente.

Stima del rischio eredo-familiare (secondo il protocollo NICE)

<p>Familiarità con rischio assimilabile alla popolazione generale: 1 familiare di primoⁱⁱ grado diagnosticato dopo i 40 anni 2 familiari di primo grado diagnosticati dopo i 60 anni senza alcuna delle condizioni che seguono</p>
<p>Familiarità con rischio moderatamente più elevato rispetto alla popolazione generale: 2 familiari di primo grado con diagnosi tra i 50-59 anni 2 familiari di secondoⁱⁱⁱ grado del ramo materno con diagnosi di cancro mammario a < 50 anni 1 familiare di primo o secondo grado con diagnosi di cancro mammario 50-59 anni + 1 familiare di primo o secondo grado con diagnosi di cancro ovarico ad ogni età senza alcuna delle condizioni che seguono</p>
<p>Familiarità con rischio molto elevato e relativi criteri per considerare l'invio alla consulenza genetica</p> <p>Storia personale o familiare di:</p> <ul style="list-style-type: none">- Maschio con carcinoma mammario- Donna con carcinoma mammario e carcinoma ovarico- Donna con carcinoma mammario con le seguenti caratteristiche:<ul style="list-style-type: none">▪ < 36 anni, con o senza storia familiare▪ < 50 anni con carcinoma bilaterale, con o senza storia familiare▪ < 50 anni e 1 o più parenti di primo grado con:<ul style="list-style-type: none">carcinoma mammario < 50 annicarcinoma ovarico a qualsiasi etàcarcinoma mammario bilateralecarcinoma mammario maschile▪ >50 anni solo se storia familiare di carcinoma mammario o ovarico in 2 o più parenti in primo grado tra loro (di cui uno in primo grado con lei)- Donna con carcinoma ovarico e un parente di primo grado con:<ul style="list-style-type: none">▪ carcinoma mammario < 50 anni▪ carcinoma ovarico a qualsiasi età▪ carcinoma mammario bilaterale▪ carcinoma mammario maschile <p>storia familiare di carcinoma mammario o ovarico in > 2 parenti di primo grado (di cui uno in primo grado con lei)</p> <ul style="list-style-type: none">- Mutazione nota di BRCA1, BRCA2, P53.

ⁱⁱ Grado di parentela di primo grado: definizione da verificare con il gruppo regionale di oncogenetica

ⁱⁱⁱ Grado di parentela di secondo grado: definizione da verificare con il gruppo regionale di oncogenetica

Rispetto ai livelli di rischio individuato, si propongono gli interventi differenziati a seconda dell'età di accesso della donna, in età di screening (45-74 anni) o fuori screening:

Livelli di rischio (NICE)	Fuori età di screening	In età di screening
Profilo 1	Protocollo di accesso a Mammografie come pop. generale	Protocollo di screening
Profilo 2	Se < 40 anni, invio a visita senologica + ecografia; Protocollo di screening a partire da 40 anni	Protocollo di screening
Profilo 3	Al centro di genetica hub	Al centro di genetica hub

Aspetti assistenziali

- In ambito di presentazione spontanea, presso il MMG, lo specialista ginecologo o senologo, il professionista deve fare una prima valutazione del rischio per individuare se la persona rientra nel livello 1 o se ha bisogno di una valutazione più approfondita.
- Se il livello di rischio della donna è 1, rischio assimilabile alla popolazione generale, essa va gestita come il resto della popolazione femminile di pari età, non avendo rischi aggiuntivi.
- Se c'è il sospetto che il rischio sia superiore a 1, la donna va inviata al centro senologico spoke, per approfondire la valutazione del rischio.
 - Nel caso si sospetti un rischio 2, la donna andrà presa in carico.
 - Se di età < ai 40 anni, effettuerà una visita senologica con ecografia mammaria; in caso di esito negativo, verrà sorvegliata con Mammografia annuale fino ai 45 anni e poi rientra nel programma di screening.
 - Nel caso invece sia di età \geq 40 anni andrà sorvegliata con Mammografia annuale fino ai 45 anni e poi rientra nel programma di screening.
- La donna con rischio eredo-familiare elevato o dubbio o difficile da inquadrare (profilo 3 certo o sospetto del protocollo NICE) deve essere indirizzata ai Centri regionali specialistici di genetica hub (con competenze di genetica molecolare) per una più adeguata valutazione del livello del rischio eredo-familiare e degli eventuali test genetici e per l'inserimento in percorsi di sorveglianza personalizzati, in caso di conferma del sospetto. Durante gli interventi di counselling, dovranno essere fornite dettagliate e complete informazioni sui potenziali vantaggi e svantaggi dell'individuazione precoce del cancro al seno e degli interventi di sorveglianza e/o profilattici.
- L'accesso alla valutazione e al sostegno psicologico e di counselling nelle strutture specialistiche hub individuate a livello regionale è un elemento chiave per garantire qualità nell'assistenza alle donne che presentano un sospetto incremento di rischio attribuibile alla condizione eredo-familiare.

- Alle donne che presentano caratteristiche tali da essere incluse nella categoria di rischio più elevato (profilo 3 della stima del rischio familiare) viene offerta sorveglianza periodica e/o la proposta di interventi profilattici di provata efficacia, secondo i protocolli definiti a livello regionale con apposito gruppo di lavoro interdisciplinare sul rischio eredo-familiare mammario, secondo quanto previsto dalle linee guida NICE.
- La sorveglianza deve essere di alta qualità, e quindi offerta nell'ambito di servizi di senologia aziendali qualificati (hub e spoke).

A conclusione è opportuno sottolineare alcune necessità da affrontare:

- necessità di una chiara definizione ed identificazione di quali sono i centri hub specialistici, per area vasta, con competenze anche di diagnostica di genetica molecolare, cui spetta il compito di definire l'eventuale rischio eredo-familiare per le donne che mostrano preoccupazioni per il possibile rischio, per l'approfondimento diagnostico e l'eventuale terapia, ma anche i centri spoke, per bacino provinciale;
- necessità di individuare tempi e modi per la presa in carico complessiva della donna con rischio eredo-familiare e l'equipe multidisciplinare a cui affidarla (genetista, psicologo, oncologo, radiologo-senologo);
- necessità di definire protocolli di sorveglianza e/o proposte di interventi profilattici personalizzati corrispondenti al livello 3 di rischio;
- necessità di sottoporre ad audit e monitoraggio con indicatori ad hoc il programma di sorveglianza proposto, a fronte del livello di rischio individuato, per garantirne la massima qualità.

4 - PERCORSI DI ACCESSO AGLI ACCERTAMENTI SENOLOGICI PER DONNE ASINTOMATICHE IN ETÀ INFERIORE AI 45 ANNI, ETÀ PRE-SCREENING

Per le donne di età inferiore ai 40 anni, non sintomatiche, né a rischio eredo-familiare, la mammografia non è esame appropriato se richiesto come primo approccio diagnostico, e quindi non ne viene prevista l'erogazione a carico del servizio sanitario regionale.

Per le donne tra i 40 e i 44 anni, non sintomatiche né a rischio eredo-familiare, o che presentano le condizioni di cui al punto 2.B, l'accesso alla prima mammografia dovrà essere garantito entro 90 giorni dalla richiesta. Per le mammografie successive l'accesso dovrà essere garantito entro 1 anno dalla richiesta.

5- PERCORSI DI ACCESSO AGLI ACCERTAMENTI SENOLOGICI PER DONNE ASINTOMATICHE IN ETÀ di SCREENING NON ADERENTI AL PROGRAMMA

Le donne tra i 45 e i 74 anni che non aderiscono al programma di screening ma che si presentano con una richiesta di esame mammografico, se non sintomatiche (comprese le condizioni di cui al punto 2.B) né a rischio eredo-familiare, saranno comunque prese in carico dai centri screening secondo modalità programmate che garantiscano il primo accesso entro un anno dalla richiesta e il successivo inserimento nel programma.

Allegato 3/ 1a

Mammografie bilaterali (cod 87.03.1) erogate ai cittadini emiliano romagnoli- Anno 2007

Fonte: Banca Dati ASA – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali

Aziende USL di residenza	Età							TOTALE
	NON VALORIZZATO	0-39	40 - 44	45 - 49	50-69	70 -74	>=75	
PIACENZA	1	503	1.594	2.401	15.416	786	683	21.384
PARMA	3	833	3.185	3.409	18.664	1.702	1198	28.994
REGGIO EMILIA	3	922	4.157	5.045	23.713	1.216	995	36.051
MODENA	7	1822	7.097	8.149	39.370	2.887	2457	61.789
BOLOGNA	2	2298	9.341	10.149	46.978	4.336	4290	77.394
IMOLA	0	365	1.398	1.530	7.036	455	401	11.185
FERRARA	1	528	2.576	3.570	14.802	1.989	1452	24.918
RAVENNA	0	720	2.789	3.942	19.562	1.512	908	29.433
FORLÌ	1	661	2.009	2.065	9.675	766	869	16.046
CESENA	1	615	1.762	1.939	12.358	767	406	17.848
RIMINI	24	485	2.169	2.598	15.826	1.040	779	22.921
TOTALE	43	9.752	38.077	44.797	223.400	17.456	14.438	347.963

Allegato 3/1b**Mammografie di screening**Mammografie bilaterali (cod 87.03.1) erogate ai cittadini emiliano romagnoli in screening-
Anno 2007

Fonte: Banca Dati ASA – Servizio Informativo Sanità e Politiche Sociali

Aziende USL di residenza	Età						TOTALE
	0-39	40 -44	45 - 49	50-69	70 - 74	>= 75	
PIACENZA	3	4	629	13.349	9	0	13.994
PARMA	11	49	141	12.627	278	5	13.111
REGGIO EMILIA	0	3	720	20.045	15	1	20.784
MODENA	0	0	582	29.342	73	0	29.997
BOLOGNA	0	2	6	30.124	126	0	30.258
IMOLA	0	0	0	5.454	0	0	5.454
FERRARA	0	0	7	9.995	473	0	10.475
RAVENNA	0	0	892	16.096	644	1	17.633
FORLÌ	1	1	116	7.614	12	0	7.744
CESENA	2	5	8	9.978	263	4	10.260
RIMINI	0	7	901	13.327	200	0	14.435
TOTALE	17	71	4.002	167.951	2.093	11	174.145

BIBLIOGRAFIA

1. Mammographic Screening for Asymptomatic Women. American Medical Association. Report 16 of the Council on Scientific Affairs (A-99). June 1999.
Accessed at www.ama-assn.org/ama/pub/article/2036-2346.html in January 2002.
2. Feig SA, D'Orsi CJ, Hendrick RE, Jackson VP, Kopans DB, Monsees B, et al. American College of Radiology guidelines for breast cancer screening. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;171:29-33. [PMID: 9648758]
3. Leitch AM, Dodd GD, Costanza M, Linver M, Pressman P, McGinnis L, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of breast cancer: update 1997. *CA Cancer J Clin*. 1997;47:150-3. [PMID: 9152172]
4. Primary and Preventive Care: Periodic Assessments. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion 246. Washington, DC: American Coll of Obstetricians and Gynecologists; 2000.
5. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Reaffirmed by the Canadian Task Force on the Periodic Health Examination 1999. Ottawa: Health Canada; 1994:788-95. Accessed at www.ctfphc.org/index.html on 18 February 2002.
6. Periodic Health Examinations: Summary of AAFP Policy Recommendations & Age Charts. American Academy of Family Physicians. Accessed at www.aafp.org/exam in January 2002.
7. Ferrini R, Mannino E, Ramsdell E, Hill L. Screening mammography for breast cancer: American College of Preventive Medicine practice policy statement. *Am J Prev Med*. 1996;12:340-1. [PMID: 8909643]
8. NIH Consensus Statement. Breast cancer screening for women ages 40-49. *NIH Consensus Statement*. 1997;15:1-35. Accessed at http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/103/103_statement.htm on 12 December 2001. [PMID: 9267441]
9. Preventive health care, 2001 update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Accessed at www.ctfphc.org in January 2002.
10. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale U.S. Preventive Services Task Force *Ann Intern Med*. 2002;137:344-346.
11. Screening for breast cancer in England: past and future
Advisory Committee on Breast Cancer Screening NHSBSP Publication No 61
February 2006 NHS Cancer Screening Programmes
12. American Cancer Society Guidelines for Breast Cancer Screening: Update 2003
Robert A. Smith, Debbie Saslow, Kimberly Andrews Sawyer, Wylie Burke, Mary E. Costanza, W. Phil Evans, III, Roger S. Foster, Jr., Edward Hendrick, Harmon J. Eyre and Steven Sener. *CA Cancer J Clin* 2003;53:141-169
13. On the opportunity of extending screening service by mammography to 40-49 and 70-74 years of age women. Recommendations of a national Italian Consensus Conference. Vito Distante, Stefano Ciatto, Alfonso Frigerio, Carlo Naldoni, Eugenio Paci, Antonio Ponti, Marco Rosselli del Turco, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa. *Epidemiol Prev* 2007; 31(1).
14. Documento di consenso GISMa in merito alla possibilità di estensione dello screening mammografico di popolazione alla fascia di età 40-49 e 70-74
A cura del writing committee: Vito Distante, Alfonso Frigerio, Carlo Naldoni, Eugenio Paci, Antonio Ponti, Marco Rosselli del Turco, Stefano Ciatto, Marcello Vettorazzi, Marco Zappa.
<http://www.gisma.it>

Allegato 4: Schema da allegare al piano di produzione

Quantificare per ciascun distretto se prestazioni di base; per la sola azienda per le altre prestazioni

				strumenti utilizzati per incremento produzione					
				produzione		pubblico			privato
				anno 2008	anno 2009	2 ore/mese da formazione	esternalizzazione guardie	prestazioni aggiuntive	acquisizione prestazioni aggiuntive
				Codice Nomenclatore tariffario	di base (nota prot 61974/2007)				
Prima visita									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
	Visita Oculistica	95.02	SI						
	Visita Urologica	89.7	SI						
	Visita Fisiatrice (*)	89.7	SI						
	Visita Endocrinologica(*)	89.7	SI						
	Visita Neurologica	89.13	SI						
	Visita Ortopedica	89.7	SI						
	Visita Oncologica	89.7	SI						
	Visita Cardiologica	89.7	SI						
	Visita Odontoiatrica(*)	89.7	SI						
	Visita Ginecologica	89.26	SI						
	Visita Dermatologica	89.7	SI						
	Visita Otorinolaringoiatrica	89.7	SI						
	Visita Chirurgia Vascolare	89.7							
Radiologia tradizionale RX									
TC									

di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
TAC del Capo	TAC del Capo	87.03							
	TAC del Capo con MDC	87.03.1							
TAC Addome	TAC Addome Superiore	88.01.1							
	TAC Addome Superiore con MDC	88.01.2							
	TAC Addome Inferiore	88.01.3							
	TAC Addome Inferiore con MDC	88.01.4							
	TAC Addome Completo	88.01.5							
	TAC Addome Completo con MD	88.01.6							
TAC rachide e speco vertebrale	TAC Rachide e Speco vertebrale con MDC	88.38.2							
	TAC Rachide e Speco vertebrale	88.38.1							
TAC bacino	TAC bacino	88.38.5							
TAC torace	TAC torace	87.41							
	TAC torace con MDC	87.41.1							
Diagnostica Vascolare									
Medicina Nucleare									
Ecografia									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
Eco addome	Ecografia Addome Superiore	88.74.1	SI						
	Ecografia Addome Inferiore	88.75.1	SI						
	Ecografia Addome completo	88.76.1	SI						
Ecografia Mammella	Ecografia Mammella Monolaterale	88.73.2	SI						
	Ecografia Mammella Bilaterale (*)	88.73.1	SI						
Ecocolordoppler									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
	Ecocolordoppler TSA	88.73.5	SI						
	Ecocolordoppler arti	88.77.2	SI						

	Ecocolordoppler grossi vasi add. (*)	887621							
	Ecocolordoppler Cardiaca	88.72.3	SI						
Elettromiografia									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
EMG (*)	Elettromiografia semplice	93.08.1							
	Elettromiografia singola fibra	93.08.2							
	Elettromiografia di unità motoria	93.08.3							
	Risposte Riflesse	93.08.5							
Endoscopia									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
Colonscopia	Colonscopia	45.23							
	Colonscopia con biopsia (*)	45.25							
	Polipectomia endoscopica dell'intestino crasso	45.42							
	Sigmoidoscopia	45.24							
Gastroscopia	Esofagogastroduodenoscopia	45.13							
	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia	45.16							
	Cistoscopia	57.32	SI						
RM									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
RMN Cerebrale	RMN del Cervello e del Tronco Encefalico	88.91.1							
	RMN del Cervello e del Tronco Encefalico con MDC	88.91.2							
RMN Addome	RMN Addome Superiore	88.95.1							
	RMN Addome Superiore con MDC	88.95.2							

	RMN Addome Inferiore e Scavo Pelvico	88.95.4							
	RMN Addome Inferiore e Scavo Pelvico con MDC	88.95.5							
RMN della Colonna (*)	RMN della Colonna	88.93							
	RMN della Colonna con MDC	88.93.1							
Altra Diagnostica strumentale									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
	Broncoscopia	33.22							
	Broncoscopia con biopsia (*)	33.24							
	Colposcopia	70.21	SI						
	Elettrocardiogramma	89.52	SI						
	Elettrocardiogramma holter	89.50	SI						
	Audiometria tonale	95.41.1	SI						
Spirometria	Spirometria semplice	89.37.1	SI						
	Spirometria globale	89.37.2	SI						
Biopsia									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
	Biopsia Prostatata	60.11.1							
Altra Diagnostica									
di cui oggetto di monitoraggio regionale/nazionale:									
Fondo Oculare	Fondo Oculare	95.09.1	SI						
Prestazioni a percorso									
	Visita radioterapica	89.03							
Mammografia	mammografia bilaterale	87.37.1							
	mammografia monolaterale	87.37.2							
Sessione di	teleterapia con accel. Lineare campo fisso o due campi contrapposti	92.24.1							

radioterapia	teleterapia con accel. Lineare campi multipli di movimento	92.24.2							
	teleterapia con accel. Lineare tecnica flash	92.24.3							
	radioterapia stereotassica	92.24.4							
	teleterapia con elettroni	92.25.1							
	irradiaz. Cutanea tot con elettroni	92.25.2							
Riabilitazione cardiologica		93.36							
Ecografia ostetrica/ginecologica	ecografia ostetrica	88.78							
	ecografia ginecologica	88.78.2							

(*) Prestazioni non rilevate a livello nazionale ma presenti nel monitoraggio regionale

GLOSSARIO

Ambiti di garanzia territoriale: ambiti distrettuali o aziendali (eventualmente rappresentati anche da più distretti o aree territoriali sub aziendali) entro i quali le Aziende USL, a seconda della tipologia di prestazione, individuata o no come di base (v. paragrafo Il sistema delle garanzie della DGR 1532/06), sono tenute a garantire i tempi massimi stabiliti.

Percorso di garanzia: è il percorso che deve essere attivato dalle Aziende USL con gli erogatori pubblici e privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi massimi di attesa indicati dalla DGR 1532/2006.

Follow up: una serie di visite di controllo e/o di prestazioni diagnostico terapeutiche successive al primo accesso, che si attuano secondo un programma temporale definito e condiviso tra specialisti e MMG, secondo criteri di appropriatezza e sulla base di specifici protocolli formalizzati e resi noti a livello locale.

Day Service Ambulatoriale (DSA): modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista su richiesta di visita od altra prestazione al fine di rispondere a quesito clinico formulato su modulistica SSN/SSR per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e compatibile con le esigenze della committenza. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti a livello aziendale, verso i quali il competente servizio effettuerà un'opera di omogeneizzazione regionale utilizzando la funzione di osservatorio del Tavolo di Coordinamento Regionale.

Prima visita: è quella visita in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta. Più precisamente, è considerata prima visita quella richiesta come tale e non preceduta nel corso dei sei mesi antecedenti da un'altra visita, nella stessa azienda e nella stessa disciplina, indipendentemente dalla struttura erogatrice.

Visita di controllo: è quella visita in cui un problema già noto viene rivalutato, in cui la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata. In assenza di esplicitazioni locali formalizzate, effettuate su criteri clinici, si intende visita di controllo quella richiesta come tale o effettuata nella stessa azienda e nella stessa disciplina entro 6 mesi dalla visita precedente sia essa richiesta come prima visita o visita di controllo.

Prestazioni programmabili (o di primo accesso): prestazioni che non rivestono carattere d'urgenza per le quali l'effettuazione tempestiva è requisito importante per assicurare la qualità e l'efficacia del processo assistenziale in atto. Sono le prestazioni per le quali è stato fissato il tempo massimo di attesa in 30 giorni per le visite e in 60 giorni per le prestazioni diagnostiche.

Prestazioni urgenti: prestazioni per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza nell'arco della giornata di presentazione del paziente o in un periodo immediatamente successivo (24 ore).

Prestazioni urgenti differibili: prestazioni la cui effettuazione può essere differibile di qualche giorno, ma che necessitano comunque di una effettuazione in tempi brevi (7 gg).

Centro Unificato di Prenotazione (CUP): sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN e libera professione) con efficienza strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene all'erogazione delle prestazioni (sia per pazienti ambulatoriali che ricoverati), agli accessi e alle relative informazioni ai cittadini.

Tempo massimo di attesa : Rappresenta il tempo che intercorre tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse; il valore standard da rispettare è fissato dalla Regione, in attuazione delle indicazioni nazionali, ed è riferito, di norma, alle prestazioni di primo accesso.

Indice di performance:

Indice di Performance Prospettico (prestazioni programmabili): la percentuale (%) del numero di pazienti prenotati nella settimana indice con tempo di attesa \leq agli standard regionali (30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica) sul totale dei pazienti prenotati nella settimana indice con modalità di accesso "programmabile".

Il monitoraggio dei tempi prospettati, da garantire per almeno il 90% delle prenotazioni, sarà utile come indicatore di tendenza dell'andamento dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto del Piano, valutate sui tempi di attesa effettivi.

Indice di Performance Effettivo (prestazioni programmabili): la percentuale (%) delle prestazioni erogate entro i tempi di attesa standard regionali (30 gg. per le visite e 60 gg. per la diagnostica) sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "programmabile".

Le Aziende sono chiamate a garantire tali tempi per almeno il 90% delle prestazioni elencate nel Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa e per almeno l'80% di tutte le altre prestazioni.

Indice di Performance Prospettico (prestazioni urgenti): la percentuale (%) del numero di pazienti prenotati nella settimana indice con tempo di attesa \leq ai 7 giorni sul totale dei pazienti prenotati nella settimana indice con modalità di accesso "urgente" ed "urgente differibile".

Indice di Performance Effettivo (prestazioni urgenti): la percentuale (%) delle prestazioni erogate entro i 7 giorni sul totale delle prestazioni erogate con modalità di accesso "urgente" ed "urgente differibile".

Sono escluse dagli indicatori che descrivono la performance dei sistemi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali le prenotazioni e le prestazioni per pazienti che scelgono di ricevere la prestazione presso una struttura con tempo di attesa superiore allo standard, nonostante ci sia un'altra struttura che la garantisce entro i tempi nel suo bacino di riferimento, ovvero scelgono una struttura che non rientra tra quelle del suo bacino di riferimento.

Indice di offerta:

Indice di Offerta settimanale: numero di prestazioni offerte settimanalmente, rilevate nell'ambito del monitoraggio periodico, rapportato al numero dei residenti (x 10.000 abitanti).

Indice di Offerta annuale: media dell' offerta settimanale delle rilevazioni del monitoraggio periodico proiettata nelle 48 settimane dell'anno sui residenti (x 1.000 abitanti).

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2009/1136

data 08/07/2009

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Zanichelli Lino

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'