

Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per gli anni 2018/2020. Breve illustrazione

e commento da utilizzare per scrivere brevi indicazioni alle strutture sindacali regionali/locali

Approvato con [Intesa Stato Regioni n. 28 del 21.2.2019](#) il nuovo Piano nazionale di governo delle liste d'attesa (PNGLA) per gli anni 2018/2020.

Vedi: [Comunicato stampa CGIL, CISL, UIL 22.2.2019](#)

CONTENUTI IN SINTESI

L'Intesa contiene 4 Allegati, per un totale di di 167 pagine,:

- Allegato A [PNGLA 2018 - 2020](#) (PDF 508,6 kb)
 - Allegato B [Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa](#) (PDF 0.90 Mb)
 - Allegato C [Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO](#) (PDF 2.05 Mb)
 - Allegato D [Glossario in materia di liste di attesa](#) (PDF 499.8 Kb)
- Prima novità è la nascita dell'**Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa**, per la piena attuazione del PNGLA, composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, delle Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle **Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute**. L'Osservatorio, oltre ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal Piano, rilevare le criticità e fornire indicazioni per: "uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini".

A - Regioni e Province Autonome devono rispettare i tempi massimi di attesa, **da fissare con il Piano Regionale adottato entro 60 giorni dall'Intesa**, che **non devono essere superiori a quelli indicati dal PNGLA** (vedi anche capitolo 2 punto 1). **Il capitolo 2 fissa le linee guida per i Piani regionali.**

B - Individuato l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai **monitoraggi** elencati al successivo **punto I** (vedi anche capitolo 2 punto 4 e Allegato B).

C - In caso di mancata esplicitazione da parte dei piani regionali dei tempi massimi di attesa si applicano direttamente i tempi determinati nel Piano nazionale.

D - Confermate le **aree cardiovascolare e oncologica** quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, **PDTA** (secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida ... prevede, ... di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità (vedi capitolo 3.3).

E- Obbligo di indicare chiaramente sulla prescrizione la **Classe di priorità**, il **Quesito diagnostico** e se si tratta di **prestazioni in primo accesso** o di **prestazioni in accesso successivo**.

Classi di priorità sono:

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni (vedi capitolo 2 punto 5).

Rispetto al vecchio [piano nazionale liste d'attesa 2010-2012](#), nel nuovo è stabilito un limite massimo di 120 giorni anche per le prestazioni programmate.

Nelle prescrizioni deve essere chiaro se di tratta di **prestazione in primo accesso** (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o **prestazione successiva al primo accesso** (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*) – (vedi Allegato D Glossario).

... le **prestazioni successive al primo accesso**:

- devono essere **prescritte dal professionista** che ha preso in carico il paziente **senza che questi debba tornare dal Medico MG/Pediatra LS** per la prescrizione.
- ... **sono prenotate**, se non diversamente richiesto dal paziente, **contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista**. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve ... garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, ... (vedi capitolo 2 punto 13).
- Quindi, per le attività legate alla **presa in carico ed ai controlli e follow up**, si istituiranno apposite **Agende dedicate** ..., Agende che saranno integrate nel sistema CUP.

La distinzione tra prestazioni di primo accesso e quelle successive, e le diverse modalità per la loro gestione, è stata sperimentata positivamente ad esempio in Emilia Romagna e Lazio.

F - Deve essere **evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi** sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione. E' previsto l'uso diffuso del **sistema CUP**, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP (vedi capitolo 2 punto 7, punto 20 e punto 21).

G - Prevista la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Si suggerisce che gli **Accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i MMG e PLS e con gli specialisti ambulatoriali, richiama l'opportunità di attenersi a quanto previsto dal PNGLA** (vedi capitolo 2 punto 6).

La disciplina così non sembra però vincolante ma soggetta ad accordo (serve chiarire il punto).

H - Prevista, per una gestione trasparente, la totale **visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate**, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali (vedi capitolo 2 punto 9 e punto 19).

Agende comprendono anche i privati accreditati: sono state sperimentate positivamente ad esempio in Emilia Romagna e Lazio.

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

E' prevista l'attivazione di servizi telematici dedicati alla **disdetta delle prestazioni prenotate**; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il **recupero della quota di compartecipazione** alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti. E' previsto il governo del fenomeno della "**prestazione non eseguita**" per mancata presentazione dell'utente (vedi capitolo 2 punto 12).

I – Sono individuati i seguenti **Monitoraggi**:

Le azioni di monitoraggio elencate di seguito si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della Libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP (disciplina al capitolo 6 del PNGLA e vedi capitolo 2 punto 18):

- *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- delle sospensioni delle attività di erogazione;
- dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);

- della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati periodicamente sul portale del Ministero della Salute. **Ai fini del monitoraggio** dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione **esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni** diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente ..

L. Prevista la possibilità di **acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale**, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al **cittadino solo la eventuale partecipazione al costo** (vedi capitolo 5 del PNGLA e capitolo 2 punto 15). *Questa disciplina non sembra essere vincolante.* In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il **blocco dell'attività libero professionale**, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate (vedi capitolo 1 punto 15 e capitolo 5).

Norma che può essere utile (anche in funzione di deterrenza verso i cosiddetti comportamenti opportunistici), tuttavia sembra esserci contraddizione tra quanto previsto al capitolo 2 punto 15 (blocco libera professione) con quanto stabilito al capitolo 5 (Alpi).

Suscita qualche perplessità (serve quantomeno approfondire) quanto previsto nel capitolo 5.1e cioè: "Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR".

M. Considerato, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenea – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. ... (vedi Capitolo 10 e Allegato C).

N. Considerato, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni ... anche **l'estensione della capacità erogativa, nel rispetto dei vincoli contrattuali ... in fasce orarie ulteriori** e diverse da quelle già programmate.

○ Ad esempio:

- con l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive (vedi Capitolo 2 punto 2).
- con l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie ... (vedi capitolo 2 punto 3).

E' necessario sia esplicitamente previsto un confronto con le OO.SS. di categoria e resta comunque irrisolto il problema della carenza di personale e di risorse per l'acquisto di attrezzature...

O. Considerata fondamentale per la **programmazione dell'offerta**, ... una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale (vedi capitolo 2 punto 11).

P. Si intende promuovere l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda ...

Q. Devono essere previsti ... "**percorsi di tutela**": modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (vedi capitolo 2 punto 14 e punto 19 e Capitolo 4). *Previsione tutta da verificare nei fatti in base ai Piani Aziendali, che infatti (al capitolo 4) devono prevedere:* "per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità".

Qui serve una contrattazione sociale nel territorio perché si tratta di decidere Con l'Azienda sanitaria anche la distanza e i tempi di percorrenza per accedere alla struttura.

R. Il Piano nazionale è il riferimento per la definizione di indicatori e criteri di valutazione utilizzabili dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ..., anche ai fini della **verifica degli adempimenti** da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti ...

- Previsto inoltre:
 - l'istituzione di **Organismi paritetici regionali**, la composizione è demandata ai Piani Regionali (vedi capitolo 2 punto 17).

Chiedere subito come OO.SS. regionali alle singole Regioni di far parte di tali Organismi.

- La valutazione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie si effettua anche sul rispetto dei piani per il governo delle liste di attesa.
- il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di **organizzazioni di tutela del diritto alla salute** e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle **associazioni e dei comitati dei diritti**.

Chiedere alle Asl il coinvolgimento del sindacato confederale: è rappresentativo di lavoratori e di pensionati come cittadini utenti.

ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO (Capitolo 3)

Prestazioni ambulatoriali (Capitolo 3.1)

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con classi di priorità B e D.

Obbligatorio nella prescrizione indicare: **se prima visita/prestazione o accesso successivo, il quesito diagnostico, la classe di priorità.**

Le classi di priorità sono:

U - Urgente: da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro le 72 ore.

B - Breve 10 giorni)

D - Differibile: visite 30 giorni – accertamenti diagnostici 60 giorni , in tutte le strutture sanitarie. La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.

P – Programmata: da eseguire entro 120 giorni (180 giorni fino al 31.12.2019). Il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P. dal 1 gennaio 2020.

Seguono **due TABELLE con l'elenco delle prestazioni ambulatoriali:**

- n. 14 prestazioni visite specialistiche
- n. 52 prestazioni strumentali

Prestazioni in regime di ricovero (Capitolo 3.2)

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

Classe di priorità per il ricovero Indicazioni

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

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa dovrà riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica. Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, dovranno essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). **Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero** facendo richiesta alla Direzione Sanitaria.

Segue una TABELLA con l'elenco delle prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica (Capitolo 3.3)

Nel capitolo si scrive che "Va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione".

In ambito cardiovascolare e in ambito oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, **le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali** e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Serve chiarire se e in che modo la disciplina è vincolante e immediatamente attuabile nelle regioni.

La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI (Capitolo 4)

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati. Il Programma aziendale è online.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede **per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità.**

Questione delicatissima perché riguarda la distanza dalle strutture e i tempi di percorrenza per l'utente, su cui intervenire con la contrattazione sociale.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA (Capitolo 5)

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, ... si assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente **non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.**

Norma da valutare attentamente.

Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, **le prestazioni erogate in regime libero professionale** dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, **costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste** ed il contenimento dei tempi d'attesa, nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, **allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali.** Questa "libera professione aziendale" è concordata con i

professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

MONITORAGGI (Capitolo 6)

Viene indicata la disciplina dei singoli monitoraggi (anche con TABELLE)

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

SEGUONO N. 2 TABELLE DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E N. 1 TABELLA DI PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO, SOGGETTE A MONITORAGGIO CIRCA IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

TABELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI SOGGETTE A MONITORAGGIO PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

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

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
<i>Diagnostica per Immagini</i>			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
<i>Altri esami</i>			

Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

TABELLA PRESTAZIONI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO PER IL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

(Capitolo 3.2) L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO

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

Sanità: Cgil, Cisl, Uil, bene nuovo Piano per liste d'attesa, ma servono risorse e partecipazione di lavoratori e cittadini 22 febbraio 2019

“Il nuovo Piano nazionale del Governo per le liste d'attesa 2018-2020, appena approvato con l'Intesa Stato Regioni, può essere uno strumento a tutela del diritto alla salute e alle cure dei cittadini, ma sarà davvero attuabile solo se verranno stanziati nuove risorse”. È quanto dichiarano i segretari confederali di Cgil, Cisl e Uil, **Rossana Dettori, Ignazio Ganga e Silvana Roseto**.

Per i tre dirigenti sindacali “il Piano è per alcuni aspetti condivisibile, altri punti invece – sottolineano – sono da precisare meglio, come ad esempio i percorsi di tutela per il cittadino, e la distanza e l'accessibilità alle strutture”. “Per la sua concreta attuazione e valutazione – proseguono Dettori, Ganga e Roseto – serve, a livello nazionale, regionale e aziendale, il confronto con il sindacato. Un dialogo con le Categorie sull'organizzazione del lavoro e il personale, e con le Confederazioni, che rappresentano milioni di lavoratori e pensionati, sulla partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni. Il primo passo – concludono i segretari confederali di Cgil, Cisl e Uil – deve essere l'apertura di un confronto sul nuovo Patto per la Salute”.