

DOSSIER SUI PROGETTI DI LEGGE

Proposta di legge n. 3

“Norme per la riduzione dei tempi delle liste di attesa per prestazioni sanitarie”

di iniziativa del consigliere Asquini
presentata il 23 maggio 2008

Proposta di legge n. 44

“Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale”

di iniziativa del consigliere Blasoni e altri
presentata l’11 dicembre 2008

X LEGISLATURA

Esame in Commissione III

all’interno:

- nota introduttiva
- normativa di riferimento

gennaio 2009

SEGRETERIA GENERALE
AREA GIURIDICO-LEGISLATIVA

Servizio per l'assistenza giuridico-legislativa
in materia di attività sociali e culturali

DOSSIER SUI PROGETTI DI LEGGE

Proposta di legge n. 3

“Norme per la riduzione dei tempi delle liste di attesa per prestazioni sanitarie”

di iniziativa del consigliere Asquini
presentata il 23 maggio 2008

Proposta di legge n. 44

“Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale”

di iniziativa del consigliere Blasoni e altri
presentata l'11 dicembre 2008

X LEGISLATURA

Esame in Commissione III

Riproduzione e diffusione ad uso interno.

I testi della normativa statale e delle altre regioni sono tratti dall'opera Leggi d'Italia Professionale di Wolters Kluwer Italia Professionale SpA.

E' in ogni caso esclusa la possibilità di riproduzione commerciale a scopo di lucro dei testi di cui trattasi.

INDICE

NOTA INTRODUTTIVA	1
Sintesi del quadro normativo.....	1
Premessa.....	1
Normativa statale	1
Normativa del Friuli Venezia Giulia.....	6
Documenti di indagine, studio e approfondimento	10
NORMATIVA	12
L. 23-12-1994 n. 724 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Estratto: art. 3, c. 8).....	12
D.Lgs. 29-4-1998 n. 124 Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449. (Estratto: art. 3, cc. 10-15)	13
D.Lgs. 30-12-1992 n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421. (Estratto: art. 15 quinquies, c. 3)	15
D.P.C.M. 27-3-2000 Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale. (Estratto: art. 10)	16
D.P.C.M. 16-4-2002 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.....	17
L. 27-12-2002 n. 289 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003). (Estratto: art. 52, c. 4, lett. c))	20
Prov. 28-3-2006 n. 2555 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della L. 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555).....	21
L. 3-8-2007 n. 120 Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.....	39
D.P.C.M. 19-7-1995 n. 502 Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.....	45
DGR 16 febbraio 2007, n. 288 Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008, adeguamento alla linea guida del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei lea.	49
DGR 24 novembre 2006, n. 2843 Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008. (Estratto: capitolo 6 "Tempi di attesa")	79

APPENDICE.....	82
ODG n.35 (collegato al disegno di legge n. 10 “Assestamento del bilancio 2008”), presentato dal consigliere Asquini	82
ODG n. 24 (collegato al ddl n. 40”Legge finanziaria 2009”), presentato dai consiglieri Codega, Lupieri, Menis, Menosso	83

NOTA INTRODUTTIVA

Sintesi del quadro normativo

Premessa

Il tema delle liste di attesa è stato oggetto negli anni di un significativo processo di produzione normativa. Dai primi interventi, di carattere specifico, e per lo più attivati utilizzando lo strumento legislativo, si è progressivamente arrivati a discipline via via più articolate e con caratteristiche di sempre maggiore organicità, frutto di accordi e intese tra il Governo nazionale e le Regioni.

I paragrafi che seguono intendono dar conto delle principali tappe di tale processo, con riferimento sia al livello statale che regionale.

Normativa statale

Il **Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124** (Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449), costituisce il primo provvedimento specificamente rivolto a intervenire con una certa organicità sul tema del contenimento delle liste di attesa.

All'articolo 3, commi da 10 a 15, il decreto detta disposizioni per la fissazione dei tempi massimi di attesa, fissa criteri per l'adozione di misure da parte delle Regioni volte al contenimento delle liste di attesa, prevede sanzioni a garanzia dell'attuazione degli interventi indicati.

Il comma 10 in particolare prevede che le Regioni stabiliscano i criteri in base ai quali i direttori generali delle aziende sanitarie fissano i tempi massimi di attesa per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e per le altre prestazioni specialistiche erogate in regime ambulatoriale, nonché per i ricoveri diurni finalizzati ad accertamenti diagnostici. Il comma 12 stabilisce l'attivazione da parte delle Regioni di apposite misure per garantire la tempestività dell'erogazione delle prestazioni, assicurando all'assistito l'effettiva possibilità di vedersi garantita la prestazione nell'ambito delle strutture pubbliche, attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, l'aumento dei tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, l'incremento della capacità di offerta (anche mediante il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione del personale legate al risultato), nonché mediante la corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati e interventi sul regime di partecipazione al costo delle prestazioni. Sempre il comma 12 e poi anche il comma 14 prevedono l'attivazione di meccanismi sanzionatori nel caso di mancato rispetto delle misure assunte. In tal senso, la Regione deve prevedere idonei interventi da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda in caso di reiterato "sforamento" dei termini. D'altro canto il direttore generale ha la responsabilità della vigilanza sull'attuazione delle misure previste ed è tenuto ad attivare l'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti cui sia

imputabile la mancata erogazione delle prestazioni. Sanzioni sono previste anche per l'utente che non si presenta o non preannuncia l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata: egli è tenuto a pagare, ove non esente, l'intera quota di partecipazione del costo della prestazione (c. 15).

Il **Piano sanitario nazionale 1998-2000** sostanzialmente conferma le linee di indirizzo del decreto 124, prevedendo l'adozione di programmi di abbattimento delle liste di attesa da parte di Regioni e aziende sanitarie. Da sottolineare che tra gli strumenti prioritari di intervento indicati si parla espressamente di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni, da ottenere attraverso l'adozione di apposite linee guida.

Con il **decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** (cosiddetto decreto "Bindi"), si interviene sull'esercizio dell'attività libero professionale dei dirigenti sanitari, stabilendo che la stessa non possa comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali; questo per garantire un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e libero professionale e anche al fine di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa¹.

Il **DPCM 27 marzo 2000**, recante "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale", all'articolo 10, nell'ottica del contenimento delle liste di attesa per l'attività istituzionale, stabilisce che i direttori generali delle aziende sanitarie concordano con i singoli dirigenti e con le equipe i volumi di attività istituzionale che devono comunque essere erogati in relazione ai volumi di attività libero professionale, con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia. Lo stesso decreto conferma poi gli obiettivi di razionalizzazione della domanda e incremento della capacità di offerta già indicati dal dlgs 124/1998.

Definizione di criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni, fissazione dei tempi massimi di attesa, garanzia della tempestività di erogazione delle prestazioni e previsione di strumenti sanzionatori sono ancora nei contenuti del **DPCM 16 aprile 2002**, che nel recepire quanto concordato dalla Conferenza Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, detta "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa", integrando il DPCM 29 novembre 2001, documento che fissa i livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal Servizio sanitario nazionale².

Le linee guida rivolgono specifica attenzione alle prestazioni caratterizzate da particolare urgenza. Le Regioni sono chiamate a indicare i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche sulla base di valutazioni di appropriatezza e urgenza e a fissare e aggiornare i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero. Per garantire tali tempi, si prevede la possibilità di attribuire alle equipe sanitarie forme di incentivazione specificamente finalizzate, l'eventuale espletamento di prestazioni libero professionali nei confronti dell'azienda da parte di proprio personale dipendente, l'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti o il ricorso a contratti di "service" con ambulatori o studi professionali associati accreditati. Ancora una volta si afferma la responsabilità dei direttori

¹ Cfr. il c. 3 dell'art. 15 quinquies del dlgs 502/1992, introdotto dall'art. 13 del dlgs 229/1999.

² L'inserimento delle linee guida nei LEA avviene nella considerazione che il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza (così la premessa del DPCM 16 aprile 2002).

generali, con l'aggiunta che l'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del relativo trattamento economico (connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti). A sua volta il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza e urgenza nell'ambito dell'azienda sanitaria, anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati. Da ultimo, è prevista l'attivazione da parte delle Regioni di sistemi di monitoraggio dei tempi, da trasmettere poi al Ministero della salute e agli organi competenti al monitoraggio dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche ai fini dell'elaborazione di periodici rapporti.

Con l'**Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002** vengono date indicazioni generali sui criteri di priorità clinica, si propone una classificazione nazionale delle classi di priorità e soprattutto si fissano tempi massimi di attesa validi sull'intero territorio nazionale per prestazioni selezionate in relazione a particolari patologie³.

Attraverso la **legge 27 dicembre 2002, n. 289** (Legge finanziaria 2003), l'adozione di misure per il contenimento dei tempi di attesa diventa condizione per l'accesso ai finanziamenti integrativi statali a favore dei Servizi sanitari regionali. L'articolo 52, comma 4, lettera c), prevede che ai fini dell'accesso ai finanziamenti integrativi per gli anni 2003, 2004 e 2005, le Regioni attivino azioni volte a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, facendo uso della flessibilità organizzativa e degli istituti contrattuali della turnazione del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, oltrechè recuperando risorse utilizzate per finalità non prioritarie.

Il **Piano sanitario nazionale 2003-2005** e l'**Accordo del 24 luglio 2003**, attuativo del Piano stesso, stipulato dal Ministero della salute e dalle Regioni, indicano la riduzione delle liste di attesa e la piena attuazione in tutte le realtà regionali dell'Accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 quali obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del sistema sanitario, da finanziare con risorse appositamente vincolate⁴.

Si arriva quindi all'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006, con cui viene adottato il **Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008**⁵. Il Piano nasce da una presa d'atto della particolare complessità del problema delle liste di attesa e del peculiare impatto che esso riveste sia sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni inserite nei LEA. Sulla scorta di un impegno comune di Governo e Regioni, esso si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, tenendo conto dell'applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di

³ Si tratta di prestazioni individuate nell'area oncologica, di alcune prestazioni ambulatoriali caratterizzate da particolare diffusione e richiesta dell'utenza, nonché di specifiche prestazioni di ricovero.

⁴ Gli strumenti di finanziamento utilizzati sono quelli previsti dall'articolo 1, commi 34 e 34 bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica). Tali disposizioni stabiliscono che per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale le Regioni elaborano specifici progetti sulla scorta di criteri e parametri fissati dal Piano stesso. Spetta poi alla Conferenza Stato-Regioni individuare i progetti ammessi a finanziamento utilizzando le quote a tal fine vincolate del Fondo sanitario nazionale.

⁵ L'adozione del Piano è prevista dall'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Legge finanziaria 2006).

urgenza delle prestazioni e garantendo la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i diversi livelli istituzionali responsabili del contrasto al fenomeno⁶.

Quanto ai contenuti specifici, il Piano fissa:

- l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera incluse nei LEA per le quali le Regioni sono tenute a fissare i tempi massimi di attesa;
- la quota di risorse vincolate al perseguimento degli obiettivi del Piano e alla realizzazione dei centri unici di prenotazione (CUP), determinata in 150 milioni di euro⁷;
- le modalità di attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa⁸;
- le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi di attuazione del Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA⁹.

Le Regioni, anche ad integrazione e aggiornamento, in un nuovo testo coordinato, dei provvedimenti adottati in attuazione della normativa già intervenuta in materia, sono tenute all'adozione di un Piano attuativo che garantisca i seguenti aspetti:

- governo della domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del Servizio sanitario;
- razionalizzazione/ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie in considerazione delle effettive necessità assistenziali e della domanda rilevata;
- razionale gestione del sistema di accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle

⁶ Si legge nell'introduzione al Piano che *"la gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino. L'obiettivo deve essere infatti quello di promuovere la capacità del Servizio sanitario nazionale, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni, per garantire risposte adeguate al perseguimento degli obiettivi di salute, e di conseguire il risultato di far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato. Il raggiungimento di tale obiettivo consentirà di eliminare l'eccesso di domanda inappropriata e, al contempo, di erogare tutte le prestazioni indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza"... "Il tema delle liste d'attesa è, per le sue caratteristiche peculiari, argomento centrale anche nel processo di implementazione del governo clinico (o del governo delle attività cliniche), quale strumento di promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa"... "La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni".*

⁷ Le risorse previste a favore del Friuli Venezia Giulia ammontavano a 3.097.708 euro, di cui 1.032.569 euro per le attività di centro unico di prenotazione.

⁸ Nello specifico, il Piano prevede un monitoraggio di sistema, un monitoraggio apposito delle prestazioni facenti parte dei LEA, per le quali le Regioni fissano i tempi massimi, e un monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione. Quest'ultimo tipo di controllo nasce dal divieto di sospensione delle attività di prenotazione, previsto dall'art. 1, c. 282, della legge 266/2005-. Sempre ai sensi di tale disposizione, le Regioni devono regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione è legata a motivi tecnici, informando successivamente, con cadenza semestrale, il Ministro della salute. Secondo il c. 284, poi, i responsabili della violazione del divieto di "sospensione delle agende" sono puniti con una sanzione amministrativa da un minimo di 1000 a un massimo di 6000 euro.

⁹ Il Comitato è un organismo previsto dall'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, costituito presso il Ministero della salute, per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione.

prenotazioni;

- garanzia della revisione periodica delle attività prescrittive;
- velocizzazione della refertazione e della messa a disposizione dei risultati degli esami;
- utilizzazione delle opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione¹⁰.

L'elenco delle prestazioni per le quali le Regioni sono tenute alla fissazione di tempi massimi di attesa sono individuate:

- in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (es.: area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- in settori ad alta complessità tecnologica, dove, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato alle prestazioni, a fronte di un costo elevato delle stesse;
- in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali¹¹.

È previsto che tale elenco sia rivisto annualmente con apposito atto di intesa tra Governo e Regioni.

Il Piano regionale deve inoltre garantire l'informazione ai cittadini sul sistema complessivo dell'offerta e sulla sua accessibilità.

Le aziende sanitarie sono poi tenute all'adozione di un programma attuativo del Piano regionale in cui, tra le altre cose, vanno definite le misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente e sono specificate le strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti¹².

Il **Piano sanitario nazionale 2006-2008** dedica un paragrafo alla "Promozione del Governo clinico e alla qualità nel Servizio sanitario nazionale compresa la tematica delle liste di attesa". Esso sostanzialmente conferma la strategia di governo definita dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, con la particolare sottolineatura della necessità di generalizzare la dotazione regionale di sistemi di prenotazione in rete, di prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità per governare l'accesso alle prestazioni, di individuare delle tipologie di prestazioni, ad esempio quelle di urgenza o quelle oncologiche, per le quali i tempi devono essere certi e uguali su tutto il territorio nazionale.

Ultimo intervento in ordine di tempo, la **legge 3 agosto 2007, n. 120** (Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria), che regola le modalità di esercizio della libera professione medica all'interno delle strutture sanitarie pubbliche. Al di là delle implicazioni che una disciplina dell'attività professionale intramoenia di per sé può avere sul fenomeno delle liste di attesa, la legge in parola presenta interesse per le disposizioni specificamente riferite all'argomento (art. 1, c.

¹⁰ Le Regioni sono tenute a trasmettere i Piani di attuazione al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, che ne certifica la coerenza con il Piano nazionale. Ai fini della certificazione, il Comitato predispose apposite linee guida.

¹¹ L'individuazione dell'elenco delle prestazioni tiene conto dell'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa nelle diverse realtà regionali, svolta in attuazione degli accordi Stato-Regioni del 14 febbraio 2002 e dell'11 luglio 2002, rispetto alle criticità dei tempi di erogazione e al loro particolare impatto sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi.

¹² In caso di mancata adozione del Piano regionale, nei programmi aziendali trovano diretta applicazione i tempi massimi stabiliti dal Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

4, lett. d) e g) e c. 7). Anzitutto la previsione di un monitoraggio aziendale dei tempi di attesa per le prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati. Poi l'obbligo di attivazione da parte delle aziende di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi. La garanzia che nell'ambito dell'attività istituzionale le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta. E infine la previsione del 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 quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. Alle Regioni è chiesto di assicurare il rispetto delle previsioni descritte anche attraverso l'esercizio di poteri sostitutivi nei riguardi delle aziende e con la destituzione, nell'ipotesi di grave inadempienza, dei direttori generali.

A integrazione del quadro normativo descritto sembra interessante segnalare che il nuovo Governo ha indicato nell'abbattimento dei tempi di attesa uno degli obiettivi prioritari del proprio programma d'azione in ambito sanitario¹³.

In occasione della conferenza stampa tenuta dal Ministro del Welfare Maurizio Sacconi, il 30 luglio 2008, per fare il punto sui primi 84 giorni di governo della sanità e sulle iniziative future, è stato affermato l'impegno del Ministero ad aggiornare e compattare le tante iniziative che Stato e Regioni hanno in questi anni cercato di avviare per l'abbattimento delle liste di attesa¹⁴.

Le malattie cardiovascolari e oncologiche sono state indicate come aree prioritarie di intervento ed è stata annunciata la definizione di sottoclassi di priorità per le procedure diagnostiche e terapeutiche in campo oncologico, in particolare tempistiche specifiche per la chemioterapia e la radioterapia, nonché per le terapie in caso di recidiva tumorale¹⁵.

Normativa del Friuli Venezia Giulia

Per la nostra Regione il documento di riferimento in tema di liste di attesa è dato dal **Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008**, approvato con DGR 16 febbraio 2007, n. 288¹⁶.

Il Piano regionale recepisce le indicazioni del Piano nazionale e le integra, raccogliendo e aggiornando i provvedimenti e le iniziative già in atto o programmate dalla Regione stessa. Il documento è in linea di massima articolato secondo i temi e i contenuti del Piano

¹³ Si veda in tal senso il sito internet del Ministero della salute: www.ministerosalute.it> Il portale informa> Primo piano -2008> Il punto sui primi 84 giorni di governo della sanità e sulle iniziative future> Le liste di attesa.

¹⁴ Si veda www.ministerosalute.it> Il portale informa> Primo piano -2008> Il punto sui primi 84 giorni di governo della sanità e sulle iniziative future> I temi della Conferenza stampa.

¹⁵ Su www.ministerosalute.it> Il portale informa> Primo piano -2008> Il punto sui primi 84 giorni di governo della sanità e sulle iniziative future> Le liste di attesa, è consultabile il dettaglio dei gradi di priorità individuati per le prestazioni relative alle malattie cardiovascolari e oncologiche.

¹⁶ Il Piano regionale è stato adottato una prima volta con DGR 3 giugno 2006, n. 1509, quindi riapprovato con la citata DGR 288, in adesione alle indicazioni espresse dal "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa", elaborato dal già citato Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA.

nazionale. Esso stabilisce obiettivi e azioni relativamente ai seguenti aspetti:

- governo della domanda e razionalizzazione dell'offerta delle prestazioni;
- razionalizzazione del sistema degli accessi (CUP e Call center);
- revisione periodica delle attività prescrittive;
- tempi di refertazione e di messa a disposizione dei risultati degli esami;
- organizzazione della libera professione¹⁷;
- sospensione delle agende e delle attività di erogazione delle prestazioni.

Definisce inoltre:

- i tempi massimi di attesa per le prestazioni individuate dal Piano nazionale, integrando la definizione dei tempi massimi già presente nella DGR 29 novembre 2004, n. 3232 (Linee per la gestione del Sistema sanitario regionale nel 2005);
- le strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti¹⁸;
- le modalità di monitoraggio e gestione dei flussi informativi;
- le iniziative da attivare in caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti¹⁹;
- le forme di coinvolgimento dei cittadini nella valutazione e misurazione delle performance del Servizio sanitario regionale.

È previsto che al Piano regionale sia data attuazione da parte delle aziende attraverso appositi programmi, a valenza triennale, da negoziare con l'Agenzia regionale della sanità prima dell'approvazione definitiva²⁰.

Il Piano si pone incoerenza con quanto previsto dal **Piano sanitario e sociosanitario**

¹⁷ Il Piano prevede l'obbligo per ogni azienda di negoziare, in sede di definizione annuale del budget, i volumi delle attività istituzionali che devono essere erogati, i volumi di attività libero professionale di unità operativa e la loro percentuale rispetto all'attività istituzionale. In caso di superamento dei tempi di attesa previsti, detti volumi possono essere rinegoziati, anche in corso d'anno. Le agende di prenotazione della libera professione devono essere informatizzate e inserite a CUP. Nel caso in cui, per particolari condizioni organizzative e di dotazione organica, il numero di prestazioni istituzionali erogate sia insufficiente a raggiungere i tempi massimi di attesa previsti, è possibile accedere da parte dell'azienda all'acquisto di prestazioni in libera professione dei propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per i cittadini, fatti salvi i ticket eventualmente dovuti.

¹⁸ Si prevede che l'individuazione delle stesse avvenga nell'ambito di accordi di Area Vasta. I punti di erogazione devono essere identificati garantendo le seguenti caratteristiche:

- accessibilità geografica (distanze e tempi di percorrenza);
- volume erogato sufficiente a garantire una quota consistente delle prestazioni;
- accessibilità temporale (orari giornalieri e giorni di apertura).

¹⁹ Ovvero:

- aumento del volume delle prestazioni;
- acquisto di prestazioni presso altri erogatori;
- acquisto di prestazioni in libera professione.

²⁰ Il piano aziendale deve essere articolato secondo i seguenti contenuti, per ciascuno dei quali devono essere definiti obiettivi, azioni e risultati previsti:

- governo della domanda;
- rapporti con le associazioni dei consumatori;
- misure per la razionalizzazione dell'offerta;
- organizzazione di CUP e CALL-CENTER;
- revisione delle attività prescrittive;
- pubblicizzazione dei risultati;
- regolamentazione della libera professione;
- garanzia e localizzazione dell'erogazione dei tempi di attesa garantiti;
- definizione delle responsabilità di tenuta delle agende;
- organizzazione del monitoraggio.

regionale 2006-2008, che dedica un paragrafo specifico ai tempi di attesa.

Appare importante sottolineare che il Piano sanitario definisce le liste di attesa un "problema strutturale" del sistema. Il documento evidenzia che in regione vengono eseguite circa 15 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno con incrementi annui superiori al 10 per cento. *"Questa consistente e perdurante modificazione della domanda" –si osserva- "è avvenuta con una rapidità superiore alla capacità di riorganizzare l'offerta ed in un contesto di "controllo" della crescita della spesa sanitaria che tende sempre più a divaricarsi tra la disponibilità economica da una parte e le richieste dall'altra"... "Come in tutti i paesi occidentali e le altre regioni italiane" –prosegue il Piano- "anche in FVG si è cercato, inizialmente, di porre rimedio a questo problema incrementando le risorse a disposizione in modo da poter aumentare l'offerta di prestazioni. Purtroppo, come è avvenuto nella maggior parte dei paesi occidentali, anche in FVG non si sono ottenuti risultati apprezzabili".*

Secondo il Piano il problema va affrontato in termini strutturali attraverso: la conoscenza del fenomeno, il coinvolgimento professionale, l'ottimizzazione organizzativa e il coinvolgimento dei cittadini. *"Il problema" –si dice- "non è annullare i tempi di attesa, ma rendere tali tempi ragionevolmente brevi rispetto al bisogno sanitario".*

Il Piano indica quindi 9 obiettivi strategici per il triennio 2006-2008 relativamente ai seguenti aspetti:

1. Trasparenza e affidabilità delle informazioni;
2. Definizione di progetti specifici per le aree critiche²¹;
3. Aumento dell'accessibilità alla prenotazione;
4. Partecipazione delle associazioni dei cittadini;
5. Introduzione di nuove tecnologie e di nuovi percorsi diagnostici;
6. Governo clinico e liste di attesa;
7. Ottimizzazione dell'uso delle grandi apparecchiature e ridefinizione del rapporto con la libera professione;
8. Determinazione dei tempi massimi di attesa²²;
9. Chiusura delle agende.

Venendo ai più recenti atti di programmazione sanitaria, va evidenziato come le **Linee di gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009** (approvate con DGR 13 novembre 2008, n. 2364) si siano poste in sostanziale continuità con l'impostazione descritta, confermando tutti gli obiettivi e le azioni già contenuti nei piani aziendali di recepimento del Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa.

Così esaurita la descrizione del quadro normativo vigente, va detto che il tema delle liste di attesa non è stato finora mai affrontato in termini organici con provvedimenti di natura legislativa.

Si ricorda solo una disposizione di tipo specifico, all'interno della legge finanziaria regionale per l'anno 2005, volta ad autorizzare la Regione a introdurre percorsi di programmazione pluriennale e di modifiche tariffarie, nell'ambito dei rapporti tra Servizio sanitario regionale e gli erogatori privati di prestazioni specialistiche ambulatoriali, temporaneamente

²¹ Si afferma che *"in alcune aree diagnostiche e terapeutiche il tempo di attesa può influenzare il risultato finale sul paziente. Per queste aree saranno monitorati i tempi di attesa dei profili di cura di alcune patologie"... "Ad esempio saranno monitorati, per le patologie oncologiche, i tempi tra biopsia, intervento, radioterapia ..."*

²² *"Per le prestazioni ritenute rilevanti e per determinate patologie, annualmente, saranno definiti a livello regionale i tempi massimi di attesa e la percentuale di cittadini che devono ottenere le prestazioni entro tali tempi. Le attese massime potranno essere differenziate per criteri di priorità o per criteri generali".*

accreditati, al fine di migliorare le risposte del sistema al problema delle liste di attesa (art. 3, c. 124, legge regionale 1/2005).

Nel disegno di legge n. 283 "Revisione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e altre norme in materia sanitaria", noto per la proposta di riduzione del numero delle aziende sanitarie regionali, presentato nella scorsa legislatura e il cui esame si interruppe per la fine anticipata della legislatura medesima, era previsto un articolo dedicato al "Contenimento dei tempi di attesa", che comunque affrontava il problema sotto profili specifici: l'interruzione delle attività di prenotazione, i volumi delle attività istituzionali e libero professionali, l'inserimento delle agende di prenotazione della libera professione nel CUP²³.

A completamento dell'esposizione, resta infine da evidenziare come l'argomento delle liste di attesa sia stato più volte oggetto, anche in temi recenti, di specifiche sollecitazioni di indirizzo del Consiglio nei riguardi della Giunta regionale. Si rammenta in tal senso la presentazione di diversi ordini del giorno²⁴. Da ultimo il n. 35, collegato al disegno di legge n. 10 (Assestamento del bilancio 2008), presentato dal consigliere Asquini e accolto dalla Giunta regionale nella seduta d'Aula n. 13 del 31 luglio 2008, con cui si impegna la Giunta ad affrontare al più presto, se possibile, la tematica delle liste di attesa, favorendone la risoluzione con interventi anche normativi da attuarsi a partire dall'anno in corso. E l'odg n. 24, collegato al disegno di legge n. 40 (Legge finanziaria 2009), presentato dai consiglieri Codega, Lupieri, Menis, Menosso, e accolto dalla Giunta regionale nella seduta d'Aula n. 37 del 19 dicembre 2008, che impegna la Giunta regionale ad attivarsi per la soluzione della questione delle liste di attesa nel quadro della pianificazione nazionale e regionale vigente, mantenendo l'attuale modello universalistico pubblico e ricercando le soluzioni al problema entro le seguenti linee di lavoro:

- uso ottimale delle risorse;
- appropriatezza delle prestazioni;

²³ Il testo dell'articolo era il seguente:

<<Art. 14

(Contenimento dei tempi di attesa)

1. E' vietata l'interruzione dell'attività di prenotazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato. Ai soggetti responsabili di violazione di questo divieto sono applicate le sanzioni amministrative previste dalle disposizioni dell'articolo 1, comma 284 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Legge finanziaria 2006). Le Aziende del Servizio sanitario regionale identificano i responsabili delle agende e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.
2. In sede di piano annuale le Aziende del Servizio sanitario regionale definiscono i volumi delle attività istituzionali che devono essere erogati, i volumi di attività libero-professionale di ciascuna unità operativa e la loro percentuale rispetto all'attività istituzionale. Le agende di prenotazione della libera professione devono essere informatizzate ed inserite nel centro unico di prenotazione. La sospensione o la riduzione dell'attività istituzionale comporta l'automatica sospensione o riduzione dell'attività libero professionale.
3. Nelle Aziende del Servizio sanitario regionale sono obbligatoriamente costituite le commissioni di cui all'articolo 49, comma 7, dell'Accordo collettivo nazionale unico ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche per la medicina generale.
4. E' compito dell'Agenzia regionale della sanità la verifica e il controllo dell'applicazione dei commi 1, 2 e 3.>>.

²⁴ Si rammenta che, ai sensi dell'art. 151 del Regolamento interno del Consiglio, la Giunta regionale è tenuta a comunicare in forma scritta le modalità di attuazione degli ordini del giorno approvati o le ragioni della mancata o incompleta attuazione. Tale comunicazione viene trasmessa alla Commissione competente per materia che la esamina per poi riferirne all'Aula.

- adozione degli strumenti propri del governo clinico con particolare riferimento all'audit;
- responsabilizzazione dei cittadini ad un corretto uso dei servizi sanitari.

Documenti di indagine, studio e approfondimento

Il Ministero della salute e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali hanno promosso nel corso degli anni l'elaborazione di diversi documenti di approfondimento sul tema della gestione e riduzione delle liste di attesa.

Tra i più importanti si segnalano:

- la Relazione finale "Analisi e proposte in tema di liste di attesa nel Servizio sanitario nazionale", del maggio 2001, elaborata dalla Commissione per la formulazione di proposte operative e lo studio delle problematiche relative alla gestione dei tempi di attesa, istituita con decreto del Ministro della sanità del 28 dicembre 2000 (consultabile sul sito internet del Ministero della salute: www.ministerosalute.it> Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure> Liste di attesa> In generale)²⁵;

²⁵ Sembra interessante segnalare la ricognizione delle cause che influiscono sulla formazione dei tempi di attesa fatta dalla Commissione. A pag. 2 della Relazione finale si legge che "i determinanti possono essere raggruppati a seconda che siano connessi al paziente, alla prestazione, agli erogatori dei servizi, al sistema sanitario, all'ambiente socio-economico-culturale (contesto).

Determinanti legati al paziente:

Clinici: condizione clinica, gravità, urgenza, disabilità

Socio-economici

Aspetti logistici dell'accessibilità

Comportamentali (percezione, ansia, aspettative soggettive)

Culturali

Preferenze personali (verso la struttura o verso il medico)

Conoscenza del sistema di prestazioni

Determinanti legati alla prestazione:

Grado di innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria

Eseguibilità da parte di differenti operatori

Connessione o dipendenza con altre prestazioni

Determinanti legati agli erogatori:

Capacità di erogazione

Efficienza interna

Attrazione della domanda

Metodi di gestione delle liste

Modalità alternative di erogazione

Disponibilità di differenti competenze professionali

Interessi particolari di singoli o di gruppi

Esercizio di controlli

Determinanti legati al sistema sanitario:

Composizione dell'offerta

Tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili

Alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili alla prestazione

Ruolo dei medici prescrittori

Disponibilità di sistemi informativi

Sistemi di informazione e di comunicazione

Sistemi centralizzati di prenotazione

Normative specifiche

Gestione dell'informazione

- il Rapporto conclusivo sulla “Rilevazione nazionale degli interventi attuati in tema di liste e tempi di attesa dalle ASL e Aziende ospedaliere”, aggiornato al 30 giugno 2002, a cura del Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria (consultabile sul sito internet del Ministero della salute: www.ministerosalute.it)> Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure> Liste di attesa> In generale);

- il “Secondo Rapporto nazionale sull’utilizzo di Internet quale strumento di comunicazione dei dati su tempi e liste di attesa nei siti Web delle Regioni e P.A. e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale”, dicembre 2007, a cura del Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (consultabile sul sito internet del Ministero della salute: www.ministerosalute.it)> Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure> Liste di attesa> Indagini e rapporti);

- “Riepilogo Piani regionali Liste di attesa al 30 marzo 2007”, a cura del Ministero della salute, Dipartimento della qualità, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (consultabile sul sito internet del Ministero della salute: www.ministerosalute.it)> Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure> Liste di attesa> Indagini e rapporti);

- la Relazione conclusiva del Progetto Mattone “Tempi di attesa” (giugno 2006), coordinato dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, con la collaborazione delle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Puglia, Toscana e della Provincia autonoma di Trento (consultabile sul sito internet dall’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: [www.assr.it/mattone tempi conc](http://www.assr.it/mattone_tempi_conc)).

Determinanti legati al contesto:

Struttura della domanda, in particolare con relazione all’età della popolazione

Aspetti sociali: prevenzione, assistenza sociale.

Modelli culturali di “consumo sanitario”.

NORMATIVA

L. 23-12-1994 n. 724 Misure di razionalizzazione della finanza pubblica. (Estratto: art. 3, c. 8)

3. Ospedali.

Omissis

8. Ai fini del diritto di accesso garantito dalla *legge 7 agosto 1990, n. 241*, le unità sanitarie locali, i presidi ospedalieri e le aziende ospedaliere devono tenere, sotto la personale responsabilità del direttore sanitario, il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari. Tale registro sarà soggetto a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza delle persone ⁽¹³⁾.

Omissis

(13) Vedi, anche, il comma 284 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

**D.Lgs. 29-4-1998 n. 124 Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449.
(Estratto: art. 3, cc. 10-15)**

3. Modalità di partecipazione al costo delle prestazioni.

Omissis

10. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere ⁽¹⁸⁾.

11. In caso di mancata definizione da parte delle regioni dei criteri e delle modalità di cui al comma 10, il Ministro della sanità vi provvede, previa diffida, tenendo conto dell'interesse degli utenti, della realtà organizzativa delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere della regione, della media dei tempi fissati dalle regioni adempienti. I direttori generali provvedono a determinare il tempo massimo di cui al comma 10 entro trenta giorni dall'efficacia del provvedimento ministeriale. Le determinazioni del Ministro cessano di avere effetto al momento dell'esercizio dei poteri regionali di cui al comma 10.

12. Le regioni disciplinano, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività dell'erogazione delle predette prestazioni, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi:

a) assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni nell'ambito delle strutture pubbliche attraverso interventi di razionalizzazione della domanda, nonché interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature e delle strutture, ad incrementare la capacità di offerta delle aziende eventualmente attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria, ovvero a forme di remunerazione legate al risultato, anche ad integrazione di quanto già previsto dai vigenti accordi nazionali di lavoro, nonché a garantire l'effettiva corresponsabilizzazione di sanitari dipendenti e convenzionati;

b) prevedere, anche sulla scorta dei risultati dell'attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, idonee misure da adottarsi nei confronti del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni ai sensi del comma 10;

c) imputare gli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria alle risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato;

d) prevedere correzioni al regime di partecipazione al costo come definito nei commi 3 e 4 secondo i criteri desumibili dal comma 13.

13. Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato.

14. Il direttore generale dell'azienda sanitaria vigila sul rispetto delle disposizioni adottate in attuazione del comma 12 e di quelle del comma 13, anche al fine dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità contabile nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

15. L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione.

(18) Con *D.P.C.M. 16 aprile 2002* (Gazz. Uff. 27 maggio 2002, n. 122) sono state stabilite le linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa di cui al presente comma.

**D.Lgs. 30-12-1992 n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.
(Estratto: art. 15 quinquies, c. 3)**

15-quinquies. *Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari.*

Omissis

3. Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali e i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

Omissis

**D.P.C.M. 27-3-2000 Atto di indirizzo e coordinamento concernente
l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza
sanitaria del Servizio sanitario nazionale.
(Estratto: art. 10)**

10. Riduzione liste di attesa.

1. Al fine di assicurare che l'attività libero-professionale comporti la riduzione delle liste d'attesa per l'attività istituzionale delle singole specialità, anche in attuazione delle disposizioni regionali di cui all'art. 3, comma 12, del *decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*, il direttore generale concorda con i singoli dirigenti e con le *équipe* i volumi di attività istituzionale che devono essere comunque assicurati in relazione ai volumi di attività libero-professionale con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia.

2. Per la progressiva riduzione delle liste di attesa, il direttore generale, avvalendosi del collegio di direzione:

a) programma e verifica le liste di attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative, tecnologiche e strutturali che ne consentano la riduzione;

b) assume le necessarie iniziative per la razionalizzazione della domanda;

c) assume interventi diretti ad aumentare i tempi di utilizzo delle apparecchiature e ad incrementare la capacità di offerta dell'azienda.

3. L'attività professionale di cui all'art. 8 resa per conto dell'azienda nelle strutture aziendali, se svolta in regime libero-professionale, deve essere finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa. A tali fini nell'autorizzare lo svolgimento dell'attività l'azienda valuta l'apporto dato dal singolo dirigente all'attività istituzionale e le concrete possibilità di incidere sui tempi di attesa.

4. Al fine di ridurre le liste di attesa, oltre che la partecipazione ai proventi ai sensi dell'art. 12, i contratti aziendali prevedono specifici incentivi di carattere economico per il personale di supporto.

D.P.C.M. 16-4-2002 Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.

IL PRESIDENTE

DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto il *decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*, «Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'*art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449*», ed in particolare l'*art. 3, commi 10 e 15*, nei quali si prevede la definizione, da parte delle regioni, dei criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni e l'erogazione della stessa;

Visto l'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in materia di spesa sanitaria sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano l'8 agosto 2001, che, al punto 6, stabilisce le risorse da destinare al finanziamento del Servizio sanitario nazionale;

Visto il *decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, recante «Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria» ed in particolare l'*art. 6* che prevede la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'*art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni;

Visto l'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sui livelli essenziali di assistenza sanitaria ai sensi dell'*art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 22 novembre 2001;

Visto il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Considerato che il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;

Visti gli articoli 34 e 34-bis della *legge 23 dicembre 1996, n. 662* «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», e successive modificazioni, che prevedono il finanziamento, con quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, di progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale, e del successivo programma approvato dalla Conferenza Stato-regioni che individua la riduzione delle liste di attesa tra gli obiettivi prioritari in attuazione del Piano sanitario nazionale;

Valutata la necessità di adottare ulteriori misure per garantire l'erogazione tempestiva delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, ed in particolare di quelle ritenute urgenti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza individuati;

Visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 con il quale Governo e regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria, già definiti con il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*, con apposite linee-guida di cui alla lettera *b)* del suddetto accordo;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 14 febbraio 2002;

Sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Decreta:

1. 1. Al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, che ha definito, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni e dell'art. 6 del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, conformemente agli accordi sanciti dalla Conferenza Stato-regioni in data 8 agosto e 22 novembre 2001 e 14 febbraio 2002, i livelli essenziali di assistenza sanitaria, è aggiunto, come allegato 5, l'allegato al presente decreto recante «Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa».

2. Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Allegato 5

Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.

1. Le regioni e le province autonome indicano, entro il 31 maggio 2002, i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, sulla base di valutazioni di appropriatezza e di urgenza, e le modalità per una corretta gestione delle liste di prenotazione al fine di garantire l'uniformità e la trasparenza delle stesse.

2. Sulla base delle indicazioni sull'appropriatezza ed urgenza delle prestazioni di cui al punto 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano specifiche iniziative per la responsabilizzazione dei medici prescrittori al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta.

3. Le indicazioni regionali previste al punto 1 integrano quanto già disposto in attuazione dell'*art. 3, comma 10, del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*, nonché dei progetti di

cui all'art. 1, comma 34-bis, della *legge 23 dicembre 1996, n. 662*, e successive modificazioni. In particolare, le regioni e le province autonome, in base ai criteri di priorità dalle stesse definiti e sulla base di quanto individuato ai sensi del punto a) dell'accordo Governo-regioni del 14 febbraio 2002, fissano e aggiornano i tempi massimi di attesa per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche urgenti, in regime ambulatoriale e di ricovero, e ne danno idonea pubblicità.

4. I direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono responsabili dell'attuazione delle indicazioni regionali e provinciali formulate in applicazione dei punti 1 e 2.

5. L'inosservanza dei tempi massimi di attesa costituisce un elemento negativo da valutare ai fini dell'attribuzione della quota variabile del trattamento economico del direttore generale connesso ai risultati di gestione ottenuti e agli obiettivi di salute conseguiti. Il direttore generale valuta la responsabilità dell'inosservanza dei tempi di attesa e dei criteri di appropriatezza ed urgenza all'interno dell'azienda sanitaria anche al fine dell'attribuzione della retribuzione di risultato del direttore sanitario e dei dirigenti di struttura complessa o semplice interessati.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad attivare sistemi di monitoraggio dei tempi e dei procedimenti trasmettendo i relativi dati al Ministero della salute e, per il tramite dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, al tavolo di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza sanitaria previsto al punto 15 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni l'8 agosto 2001, ai fini dell'elaborazione di periodici rapporti.

7. Con lo stesso atto di cui al punto 1, le regioni e le province autonome disciplinano nelle situazioni caratterizzate da particolare urgenza:

a) l'eventuale attribuzione alle equipe sanitarie, sulla base di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, di forme di incentivazione specificamente finalizzate al rispetto dei tempi di attesa di cui all'accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 14 febbraio 2002;

b) l'eventuale espletamento di prestazioni libero professionali nei confronti dell'azienda stessa da parte di proprio personale dipendente (dirigenti sanitari, infermieri, ostetriche e tecnici di radiologia medica) finalizzate al rispetto delle liste di attesa. Le prestazioni libero professionali devono essere espletate fuori dall'orario di servizio ed in misura aggiuntiva non superiore a quelle rese in regime istituzionale;

c) l'eventuale stipula di contratti a termine con liberi professionisti in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, ovvero il ricorso a contratti di «service» con ambulatori o studi professionali associati purché accreditati, anche se provvisoriamente.

**L. 27-12-2002 n. 289 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003).
(Estratto: art. 52, c. 4, lett. c))**

52. Razionalizzazione della spesa sanitaria.

Omissis

4. Tra gli adempimenti cui sono tenute le regioni, ai sensi dell'*articolo 4 del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 giugno 2002, n. 112*, ai fini dell'accesso all'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005, sono ricompresi anche i seguenti:

Omissis

c) l'attuazione nel proprio territorio, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, senza maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa. A tale fine, la flessibilità organizzativa e gli istituti contrattuali della turnazione del lavoro straordinario e della pronta disponibilità, potranno essere utilizzati, unitamente al recupero di risorse attualmente utilizzate per finalità non prioritarie, per ampliare notevolmente l'offerta dei servizi, con diminuzione delle giornate complessive di degenza. Annualmente le regioni predispongono una relazione, da inviare al Parlamento, circa l'attuazione dei presenti adempimenti e i risultati raggiunti ⁽³⁴²⁾;

Omissis

(342) La Corte costituzionale, con sentenza 12-27 gennaio 2005, n. 36 (Gazz. Uff. 2 febbraio 2005, n. 5, 1^a Serie speciale), ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 52, comma 21, sollevata in riferimento agli articoli 117 e 119 della Costituzione;

ha inoltre dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 52, comma 4, lettera d), sollevata in riferimento agli articoli 4, 51 e 97 della Costituzione;

ha inoltre dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 52, comma 19, sollevata in riferimento all'articolo 41 della Costituzione;

ha inoltre dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 52, comma 4, lettere c) e d), sollevate in riferimento agli articoli 117 e 119 della Costituzione;

ha infine dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 52, comma 19, sollevata in riferimento all'articolo 117 della Costituzione.

Prov. 28-3-2006 n. 2555 Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della L. 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della L. 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555).

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

Nell'odierna seduta del 28 marzo 2006;

Visto l'art. 8, comma 6, della *legge 5 giugno 2003 n. 131*, il quale prevede, tra l'altro, che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Visto l'art. 1, comma 172, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, il quale prevede che il potere di accesso del Ministero della salute ai sensi delle norme vigenti è esteso alla potestà di verifica, presso le aziende unità sanitarie locali e aziende ospedaliere, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, i policlinici universitari e le aziende ospedaliere universitarie, dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza compresa la verifica dei relativi tempi d'attesa;

Visto il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;

Visti gli articoli 34 e 34-bis della *legge 23 dicembre 1996, n. 662* «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», e successive modificazioni, che prevedono il finanziamento, con quote vincolate delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di progetti regionali per il perseguimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale indicati nel Piano sanitario nazionale;

Considerato che il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;

Visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 con il quale Governo e regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001* con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo;

Visto il *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002* recante Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*;

Visto 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 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

Visto l'art. 1, comma 173, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, il quale dispone, che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, di cui al comma 164 del medesimo art. 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della *legge 5 giugno 2003, n. 131*, che contempili, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

Vista l'intesa sancita da questa Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005, in attuazione dell'art. 1, comma 173, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, (repertorio atti n. 2271), pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005;

Visto l'art. 1, comma 279, della *legge 23 dicembre 2005, n. 266*, il quale stabilisce che lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'art. 4, comma 3, del *decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, concorre al ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 e, a tal fine è autorizzata, a titolo di regolazione debitoria, la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006;

Visto l'art. 1, comma 280, della *legge 23 dicembre 2005, n. 266*, il quale subordina l'accesso al concorso delle somme di cui al suddetto comma 279, tra gli altri alla stipula di una intesa tra Stato e regioni, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della *legge 5 giugno 2003, n. 131*, che preveda la realizzazione da parte delle regioni degli interventi previsti dal Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempili:

a) l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali sono fissati nel termine di novanta giorni dalla stipula dell'intesa, nel rispetto della normativa regionale in materia, i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni;

b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula dell'intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*;

c) fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il recepimento, da parte delle unità sanitarie locali, dei tempi massimi di attesa, in attuazione della normativa regionale in materia, nonchè in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, per le prestazioni di cui all'elenco previsto dalla lettera a), con l'indicazione delle strutture pubbliche e private accreditate presso le quali tali tempi sono assicurati nonchè delle misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente;

d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'art. 1, comma 34, della *legge 23 dicembre 1996, n. 662*, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo

del Piano sanitario nazionale di riduzione delle liste di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

e) l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'art. 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;

f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, provveda il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;

Visto l'art. 1, comma 282, della suddetta *legge n. 266/2005* che, nel quadro degli interventi per il contenimento dei tempi di attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo che le regioni sono tenute ad adottare misure nel caso in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione periodica al Ministero della salute;

Visto l'art. 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 delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale e che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal successivo comma 284;

Visto l'art. 1, comma 284 della citata *legge n. 266/2005* che ha stabilito le sanzioni amministrative, da applicarsi da parte delle regioni e province autonome, sulla base dei criteri fissati dalla anzidetta Commissione nazionale ai responsabili del divieto stabilito dal comma 282 del medesimo art. 1 di «agende chiuse», nonché delle violazioni dell'obbligo di cui all'art. 3, comma 8, della *legge 23 dicembre 1994, n. 724*, delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri;

Considerato che la soprarichiamata intesa Stato regioni del 23 marzo 2005 all'art. 1 prevede che, per il triennio 2005-2007, le regioni e le province autonome assolvono agli adempimenti previsti dalla normativa vigente riportati nell'allegato 1 e agli altri adempimenti previsti dalla stessa intesa, tra cui è espressamente previsto il richiamo all'art. 52, comma 4, lettera c), della *legge 27 dicembre 2002, n. 289*, che prevede iniziative in materia di liste di attesa, nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento;

Considerato inoltre che la soprarichiamata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, all'art. 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente

per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

Considerato infine che l'anzidetta intesa Stato-regioni, all'art. 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'art. 1, comma 184, lettera c) della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*, prevede l'istituzione presso il Ministero dell'economia e delle finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'art. 9 della presente intesa, per gli aspetti relativi agli adempimenti riportati nell'allegato 1, al punto 2, lettere c), e), f), g), h), e agli adempimenti derivanti dagli articoli 3, 4 e 10 della stessa intesa;

Vista la proposta di Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, tenuto conto della interrelazione del medesimo in coerenza con gli obiettivi dello schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008, inviata dal Ministero della salute con *nota del 12 gennaio 2006*;

Considerato che, nel corso della riunione tecnica del 24 marzo 2006, il Ministero della salute ha consegnato una nuova versione dello schema di Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, che tiene conto delle richieste avanzate dalle regioni e che, nella successiva riunione tecnica del 27 marzo 2006, a seguito di ulteriori modifiche proposte dalle regioni si è registrato comune assenso sullo schema di Piano in parola nel testo allegato sub-A, parte integrante del presente atto;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta, i presidenti delle regioni e delle province autonome, hanno evidenziato che per l'anno 2006 non sono state previste risorse aggiuntive per la riduzione delle liste d'attesa e che hanno fornito un contributo positivo sulla base dell'esperienza maturata in materia;

Rilevato che il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha evidenziato che le risorse sono state aumentate;

Rilevato che il rappresentante del Ministero della salute ha inoltre osservato che il tema in questione è stato proposto dal Governo attuale e che il presidente della Conferenza delle regioni ha comunque evidenziato che molte regioni hanno comunque già dato corso ad una parte significativa del provvedimento in esame;

Acquisito, pertanto, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e province autonome sulla proposta di Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, nel predetto testo allegato sub-A;

Sancisce intesa

tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, nei termini di cui all'allegato sub-A, richiamato in premessa, parte integrante del presente atto.

Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008

1. Introduzione.

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un servizio sanitario che offra un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato e per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio sanitario nazionale da un lato, che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni di cui ai livelli essenziali di assistenza dall'altro, deve quindi costituire oggetto di un impegno comune del Governo e delle regioni nel governo del sistema sanitario attraverso la realizzazione di un Piano nazionale.

La complessità del problema infatti, sia per l'impatto organizzativo sul sistema sanitario nazionale che per le conseguenze sulla definizione dei diritti dei cittadini in materia di livelli di assistenza garantiti, richiede un impegno comune di Governo e regioni: si tratta di trovare le soluzioni più efficaci per il governo delle liste di attesa, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate.

Il tema delle liste d'attesa è, per le sue caratteristiche peculiari, argomento centrale anche nel processo di implementazione del governo clinico (o del governo delle attività cliniche), quale strumento di promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino.

L'obiettivo deve essere infatti quello di promuovere la capacità del Servizio sanitario nazionale, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di prestazioni, per garantire risposte adeguate al perseguimento degli obiettivi di salute, e di conseguire il risultato di far coincidere la domanda di prestazioni con il bisogno individuato. Il raggiungimento di tale obiettivo consentirà di eliminare l'eccesso di domanda inappropriata e, al contempo, di erogare tutte le prestazioni indispensabili per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il diritto del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni.

A tal fine si conviene sulla necessità di individuare adeguate sedi e strumenti di governo clinico ai diversi livelli del sistema che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori.

Il Piano nazionale si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che

tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Il presente Piano fissa:

a) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001*, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole regioni entro novanta giorni;

b) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula della presente intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*;

c) la quota delle risorse di cui all'art. 1, comma 34, della *legge 23 dicembre 1996, n. 662*, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa determinata in euro 150 milioni e destinata anche alla realizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

d) le modalità di attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'art. 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005;

e) le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

2. Linee generali di intervento che le regioni garantiscono per un approccio strategico al problema del contenimento dei tempi di attesa.

Entro novanta giorni dall'adozione del presente Piano, le regioni, anche ad integrazione ed aggiornamento, in nuovo testo coordinato, dei provvedimenti regionali attuativi dell'art. 3, *decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124*, dell'accordo Stato-regioni del 14 febbraio 2002, del *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002* e di quanto già eventualmente definito nell'ambito dei progetti di cui all'art. 1, commi 34 e 34-bis della *legge 23 dicembre 1996, n. 662*, adottano e trasmettono al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, un Piano regionale attuativo che garantisca i seguenti aspetti:

1) governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato

- alle attività del Servizio sanitario nazionale, anche attraverso criteri di priorità nell'accesso;
- 2) razionalizzare/ottimizzare l'offerta delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio (bisogno) sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività socio-sanitarie;
 - 3) gestire razionalmente il sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni, che sia in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità individuare i percorsi diagnostico-terapeutici prioritari e definirne le modalità di gestione;
 - 4) garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva;
 - 5) velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio;
 - 6) utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.

Il Piano regionale garantisce la fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al punto 3.

Il Piano regionale promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa che rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda sanitaria per il miglioramento della qualità del servizio. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per trasmettere informazioni ai cittadini riguardo al sistema complessivo dell'offerta e alla sua accessibilità, alle innovazioni normative ed organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

Allo scopo, vanno sostenuti e potenziati strumenti quali i siti web aziendali, le campagne informative, gli uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti.

Va altresì pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza delle attività e delle modalità di accesso ai servizi che la fidelizzazione dei cittadini alle strutture del proprio territorio.

Se non è stata già emanata precedentemente, con specifico provvedimento, la relativa disciplina regionale, in attuazione del comma 282, dell'art. 1, della legge finanziaria 2006, in materia di divieto alle aziende sanitarie ed ospedaliere di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001*, il piano regionale attuativo, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo, di cui al *decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206*, reca le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è legata a motivi tecnici.

Le regioni, al fine di evitare inappropriati ricorsi a prestazioni ambulatoriali e di ricovero, elaborano piani di intervento per il miglioramento della qualità prescrittiva, mediante l'adozione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i soggetti prescrittori, per quelle prestazioni a maggiore criticità e liste d'attesa più lunghe, anche in

coerenza con quanto previsto dalla Commissione nazionale sull'appropriatezza nell'ambito delle proprie competenze, nonché con quanto previsto, per tale materia, dagli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati.

3. *Elenco delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere di cui alla lettera a), dell'art. 1, comma 280, della legge finanziaria 2006.*

Le prestazioni sono state individuate a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa svolte in attuazione dell'accordo Stato-regioni del 14 febbraio 2002, del *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002* e dell'accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002 nelle regioni rispetto alla criticità nei tempi di erogazione e/o al loro particolare impatto sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi. L'elenco sarà rivisto annualmente con intesa tra Governo e regioni ai sensi dell'art. 8, comma 6, della *legge 5 giugno 2003, n. 131*.

L'elenco comprende prestazioni individuate:

a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari), in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali;

b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;

c) in settori ad alta complessità tecnologica, per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse;

d) in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali i medesimi piani regionali abbiano previsto modalità di offerta attiva e di fissazione degli appuntamenti.

A. Area Oncologica (numero prestazioni = 24)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
1 Visita oncologica		89.7
2 Visita radioterapica pretrattamento		89.03
Radiologia		
3 Mammografia	87.37	87.37.1 -87.37.2
TC con o senza contrasto		
4 Torace	87.41	87.41 - 87.41.1
5 Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1
6 Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3
7 Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5

Risonanza Magnetica			
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5
Ecografia			
10	Addome	88.74 - 88.75 88.76	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1
11	Mammella	88.73	88.73.2
Esami Specialistici			
12	Colonscopia	45.23	45.23
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13-45.16
15	Broncoscopia	33.23	33.22
16	Colposcopia	70.21	70.21
17	Cistoscopia	57.32	57.32
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1
Radioterapia			
19	Sessione di radioterapia *	V58.0	92.24.1 - 92.24.2- 92.24.3- 92.24.4- -92.25.1- 92.25.2

* Le Regioni stabiliscono i tempi di accesso ai trattamenti dopo aver individuato criteri e priorità

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
20	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
21	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
22	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7 - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
23	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
24	Chemioterapia	99.25	V58.1

* Le Regioni stabiliscono i tempi di accesso ai trattamenti dopo aver individuato criteri e priorità

B. Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 14)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
25	Visita cardiologica	89.7	89.7
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7
Ecografia			
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3

28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2
Esami Specialistici			
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50
32	Elettrocardiogramma da sforzo	89.59	89.41-89.43
33	Holter pressorio	89.61	89.61.1
Riabilitazione			
34	Cardiologica	93.36	193.36

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
35	By pass aortocoronarico	36.10	
36	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
37	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
38	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 2)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9- CM	Codice Nomenclatore
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26
40	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.79	88.78 - 88.78.2

D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
41	Visita neurologica	89.7	89.13
42	TC con o senza contrasto Capo	87.03	87.03 - 87.03.1
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 - 88.38.1
44	Bacino	88.38	88.38.5

Esami Specialistici			
45	Audiometria	95.41	95.41.1
46	Spirometria	89.37	89.37.1 - 89.37.2
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero Prestazione		Codice Intervento	Codice Diagnosi
48	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52- 81.53	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero Prestazione		Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Cataratta	13.0	

E. Visite specialistiche di maggior impatto (numero prestazioni = 6)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero Prestazione		Codice ICD9-CM	<i>Codice Nomenclatore</i>
50	Visita dermatologica	89.7	89.7
51	Visita oculistica	95.0	95.02
52	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7
53	Visita ortopedica	89.7	89.7
54	Visita urologica	89.7	89.7
55	Colloquio psichiatrico	94.1	94.19.1

F. Altre Prestazioni (numero prestazioni = 45)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

NumeroPrestazione		Codice ICD9- CM	<i>Codice Nomenclatore</i>
56	Radiografia del capo	87.0	87.17.1
57	Radiografia del torace	87.44	87.44.1
58	Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.64	87.65.1 - 87.65.2
59	Radiografia completa del tubo digerente	87.6	87.61
60	Urografia endovenosa	87.73	87.73
61	Radiografia ossea e delle articolazioni	87.2 - 88.2 - 88.3	87.22 - 87.23 - 87.24 - 87.29 - 88.21 - 88.22 - 88.23 - 88.26 -

			88.27 - 88.28 - 88.29.1 - 88.29.2 - 88.31 88.19
62	Radiografia dell'addome	88.0-88.1	
TC CON/ SENZA MEZZO DI CONTRASTO			
63	Massiccio facciale	88.38	87.03.3 - 87.03.2
64	Collo	88.38	87.03.8 - 87.03.7
65	Arcate dentarie (dental scan)	88.38	87.03.4
66	Orecchio	88.38	87.03.6 - 87.03.5
67	Ghiandole salivari	88.38	87.03.9
68	Rene	87.71	87.71 - 87.71.1
69	Arti superiori e inferiori	88.38	88.38.4 - 88.38.3 88.38.7 - 88.38.6
RISONANZA MAGNETICA			
70	Torace e miocardio	88.92	88.92 - 88.92.1
71	Muscoloscheletrica	88.94	88.94.1 - 88.94.2
72	Colonna vertebrale	88.93	88.93 - 88.93.1
ECOGRAFIA			
73	Toracica	88.73	88.73.3
74	Capo e collo	88.71	88.71.4
DERMATOLOGIA			
75	Test allergologici	V 72.7	91.90.1 - 91.90.2 - 91.90.3 - 91.90.4 - 91.90.5 - 91.90.6
GASTROENTEROLOGIA			
76	Visita gastroenterologica	89.7	89.7
PNEUMOLOGIA			
77	Visita pneumologica	89.7	89.7
NEUROLOGIA			
78	Elettroencefalogramma	89.14	89.14
79	Elettromiografia	93.08	93.08.1
OCULISTICA			
80	Campo visivo	95.05	95.05
81	Fluorangiografia	95.12	95.12
OTORINO			
82	Impedenzometria	20.39	95.42
83	Potenziali evocati	20.39	89.15.1
84	Test vestibolare	95.44 - 95.45 - 95.46	95.44.1 - 95.44.2 - 95.45
OSTETRICA E GINECOLOGIA			
85	Isteroscopia	68.12	68.12.1
ORTOPEDIA			
86	Artroscopia	80.20	Non presente nel Nomenclatore
RIABILITAZIONE			
87	1 ° Visita riabilitativa	89.7	89.7
88	Respiratoria	V.57.0	93.1.8
89	Motoria	V57.1	93.11.1 - 93.11.2 - 93.11.3 - 93.11.4 93.11.5
90	Logopedia	V57.3	93.72.1 - 93.72.2
91	Ortottica	V57.4	93.78.1 - 93.78.2
ENDOCRINOLOGIA			
92	Visita endocrinologica	89.7	89.7

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
93	Interventi chirurgici Polmone	32-33	
94	Interventi chirurgici Colon	46	
95	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
96	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
97	Legatura e stripping di vene	38.5	
98	Emorroidectomia	49.46	
99	Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10	
100	Decompressione tunnel carpale	04.43	

Per le prestazioni sopra elencate, il tempo massimo di attesa individuato dalla regione dovrà essere garantito per il novanta per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime, che comunque andranno a garantire classi di priorità con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato, in coerenza e in analogia con quanto già stabilito dall'Accordo Stato-regioni dell'11 luglio 2002 per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

Per le prestazioni evidenziate in grigio le regioni potranno rinviare l'inserimento nei piani attuativi aziendali alla conclusione di un'attività di monitoraggio da condursi a cominciare dal secondo semestre 2006 e coordinata a livello nazionale dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR). Il monitoraggio permetterà di valutare la variabilità dei tassi di accesso e di rilevare le criticità del sistema dell'offerta, tali da rendere necessari interventi sulla organizzazione specifica delle attività, anche in considerazione del fatto che alcune sono molto a rischio di inappropriata. Il monitoraggio avrà la durata del presente Piano prevedendo rapporti con cadenza annuale.

4. Diretta applicabilità dei tempi fissati a livello nazionale in caso di inerzia regionale.

In caso di mancata adozione del Piano regionale attuativo, nei programmi attuativi aziendali trovano diretta applicazione i tempi desumibili dai parametri temporali determinati dal Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, entro novanta giorni dalla stipula della presente intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311*.

5. Programmi attuativi aziendali delle Aziende unità sanitarie locali.

Entro novanta giorni dall'adozione del Piano attuativo regionale, le aziende unità sanitarie locali adottano un programma attuativo aziendale.

Fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il programma attuativo aziendale prevede a recepire i tempi massimi di attesa - in attuazione della normativa regionale in materia ed in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'art. 1, comma 169, della *legge 30 dicembre 2004, n. 311* - per le prestazioni di cui al paragrafo 3 del presente Piano nazionale.

Nel programma, sentite le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, sono definite le misure previste in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri a carico degli assistiti, se non

quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente.

Il programma prevede la specificazione delle strutture nell'ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti, nonchè le modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture suddette, utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili, con particolare riferimento alle carte dei servizi, nonchè prevedendo la diffusione delle suddette informazioni anche presso strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta etc.).
6. *Vincolo delle risorse per il piano di contenimento e CUP.*

Le regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'art. 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano nazionale, riservando una parte degli importi alla realizzazione di un sistema che assicuri al cittadino la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio. Le risorse vincolate sono indicate nella seguente tabella:

Tabella

Risorse vincolate per il piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, a valere sui fondi di cui all'art. 1, comma 34 e 34-bis della legge n. 662/1996 per ciascuno degli anni 2006-2007-2008.

	Totale risorse	Di cui per le attività di Centro unico di prenotazione
	Euro	Euro
Piemonte	11.072.817	3.690.939
Valle d'Aosta	315.319	105.106
Lombardia	24.012.382	8.004.127
Provincia autonoma di Bolzano	1.215.393	405.131
Provincia autonoma di Trento	1.271.497	423.832
Veneto	12.038.024	4.012.675
Friuli-Venezia Giulia	3.097.708	1.032.569
Liguria	4.086.088	1.362.029
Emilia-Romagna	10.584.021	3.528.007
Toscana	9.249.520	3.083.173
Umbria	2.201.188	733.729
Marche	3.895.809	1.298.603
Lazio	13.558.104	4.519.368
Abruzzo	3.325.900	1.108.633
Molise	830.349	276.783
Campania	14.921.202	4.973.734
Puglia	10.429.273	3.476.424
Basilicata	1.541.453	513.818
Calabria	5.202.319	1.734.106
Sicilia	12.913.890	4.304.630
Sardegna	4.237.745	1.412.582
Italia	150.000.000	50.000.000

7. Flusso informativo.

In applicazione della lettera e) del comma 280 dell'articolo della legge finanziaria 2006, per l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'art. 3, comma 6, della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, vengono previsti un monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa, un monitoraggio specifico delle prestazioni di cui al paragrafo 3 ed un monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione.

7.1. Monitoraggio di sistema.

Al fine di poter monitorare l'attuazione dell'appropriata erogazione delle prestazioni, il flusso informativo nell'ambito del Sistema informativo sanitario deve prevedere una procedura di rilevazione in grado di differenziare le prenotazioni delle prestazioni in funzione della classe di priorità assegnata e dell'urgenza.

Per meglio garantire la tempestività nell'accesso alle prestazioni, in particolare per i pazienti che presentano situazioni più critiche relativamente a stato di salute e/o di sofferenza, è opportuno prevedere l'uso sistematico delle classi di priorità definite in coerenza con i criteri indicati a livello nazionale per governare l'accesso alle prestazioni, come già indicato dall'Accordo dell'11 luglio 2002, anche per permettere, a livello di monitoraggio, di differenziare le prenotazioni in funzione della classe di priorità assegnata.

In attesa di futuri sviluppi dei sistemi informativi, che permetteranno rilevazioni sistematiche dei dati sui tempi di attesa in modalità continua, il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali si deve basare sulla rilevazione trimestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale a partire dal 1° gennaio 2007. In una prima fase il periodo indice farà riferimento ad un'unica giornata; successivamente diventerà settimanale.

In prima applicazione, nell'anno 2006, tenuto conto della sperimentazione già condotta, le prestazioni ambulatoriali da monitorare sono le seguenti: ecografia addome, ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici, esofago-gastro-duodenoscopia, RMN della colonna, RMN cerebrale, TAC cerebrale, TAC dell'addome, all'interno delle aree di priorità definite sopra, visita cardiologia, visita oculistica, visita ortopedica, secondo quanto definito dal paragrafo 3.

A partire dal 1° gennaio 2007 il numero di prestazioni da monitorare verrà incrementato nell'ambito dell'elenco di cui al paragrafo 3, secondo un protocollo definito con l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

Gli standard di riferimento potranno variare a seconda che vengano utilizzate le classi di priorità o meno, sulla base di quanto indicato dal medico prescrittore sulla ricetta inerente la prestazione da erogare.

In considerazione del fatto che le regioni hanno facoltà di non utilizzare sistemi di prenotazione che tengano conto delle classi di priorità per le prestazioni programmabili e che le classi A (entro dieci giorni) e B (trenta giorni per le visite e entro sessanta giorni per le prestazioni strumentali) previste nell'Accordo dell'11 luglio 2002 comprendono le

prestazioni per le quali l'accesso prioritario è connotato da criteri di appropriatezza tali da raccomandare, entro tempi ravvicinati, l'erogazione della prestazione ad una determinata percentuale di soggetti, a livello nazionale si adotta la seguente metodologia:

tempo massimo di attesa per le visite specialistiche: trenta giorni;

tempo massimo di attesa per le prestazioni diagnostiche: sessanta giorni;

il valore soglia è l'80%, nel senso che l'indicatore si ritiene soddisfatto se almeno l'80% dei cittadini ottiene una prenotazione che si colloca al di sotto del tempo massimo di attesa.

In relazione a tale metodologia, con periodicità annuale, entro il 31 dicembre, l'ASSR, sentita la Commissione nazionale sull'appropriatezza, rivede il valore soglia di ciascuna delle prestazioni oggetto di monitoraggio, sulla scorta di evidenze relative all'appropriatezza degli accessi, rilevate attraverso esperienze regionali, ricerche e monitoraggi, al fine di garantire un'offerta ottimale rispetto ai reali bisogni di salute ed evitare spreco di risorse e contenziosi ingiustificati.

Se invece sono utilizzate le classi di priorità, come previste nell'Accordo dell'11 luglio 2002, gli indicatori e le soglie sono i seguenti:

pazienti codificati come classe A: tempo massimo di attesa dieci giorni; valore soglia: 90%;

pazienti codificati come classe B: tempo massimo di attesa trenta giorni per le visite specialistiche, sessanta giorni per le prestazioni diagnostiche; valore soglia: 80%;

pazienti codificati come classe C: tempo massimo di attesa centottanta giorni; valore soglia: 100%.

In relazione a tale metodologia, con periodicità annuale, entro il 31 dicembre, l'ASSR, sentita la Commissione nazionale sull'appropriatezza, rivede i valori soglia di ciascuna classe di priorità delle prestazioni oggetto di monitoraggio, sulla scorta di evidenze relative all'appropriatezza degli accessi, rilevate attraverso esperienze regionali, ricerche e monitoraggi, al fine di garantire un'offerta ottimale rispetto ai reali bisogni di salute ed evitare spreco di risorse e contenziosi ingiustificati.

Sono oggetto di verifica 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 e le prestazioni urgenti differibili.

Sono quindi escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni urgenti non differibili (che devono trovare risposta entro poche ore), le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening.

Per quanto attiene alla rappresentazione dei risultati dei monitoraggi, si utilizzeranno le metodologie già validate negli anni scorsi dal Gruppo tecnico istituito presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali. I risultati del monitoraggio saranno validati dal Comitato ex art. 9 di cui all'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Per quanto attiene ai ricoveri, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, è obbligatorio l'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone «Tempi di attesa» (linee guida per la agende di

prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili), tenuto conto di quanto già disciplinato dall'art. 3, comma 8 della *legge n. 724/1994*, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

La rilevazione sarà effettuata con cadenze e procedure da definire in modo simile a quanto già attuato nelle sperimentazioni svolte. Rispetto a quanto già previsto, si ritiene di apportare delle leggere modifiche ai parametri, per ridurre il numero di tempi massimi previsti a quelli già considerati dall'Accordo dell'11 luglio 2002, come di seguito riportato:

intervento chirurgico per cancro della mammella: entro trenta giorni per il 100% dei pazienti (come in precedenza);

intervento chirurgico per cancro del colon-retto: entro trenta giorni per il 100% dei pazienti (come in precedenza);

intervento per protesi d'anca: entro novanta giorni per il 50% dei pazienti, entro centottanta giorni per il 90% dei pazienti;

coronarografia: entro sessanta giorni per il 50% dei pazienti, entro centottanta giorni per il 100% dei pazienti (in precedenza erano centoventi giorni per il 90%).

Anche in questo caso l'indicatore da utilizzare è la percentuale dei cittadini che ottiene l'ammissione al ricovero programmato entro i tempi massimi sopra indicati dal giorno dell'inserimento nell'Agenda dei ricoveri programmati.

Dal 1° gennaio del 2007 le regioni garantiscono l'inserimento nella Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) di due nuovi campi: data di prenotazione e classe di priorità (qualora abbia adottato tale modalità di ammissione al ricovero); queste informazioni permetteranno una lettura a tutto campo del fenomeno dei tempi di attesa per i ricoveri.

7.2. Monitoraggio specifico.

Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e finanze, sentita la cabina di regia del Nuovo sistema informativo sanitario, viene istituito un flusso informativo relativo alla raccolta trimestrale di dati sulle prestazioni di cui al paragrafo 3 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali, con la rilevazione, per le strutture coinvolte e per singola prestazione, del numero delle prestazioni erogate e dei relativi tempi di attesa, nonché la percentuale di prestazioni effettuate con un tempo di attesa superiore al massimo stabilito.

7.3. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di prenotazione.

Il comma 282 dell'art. 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001*. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo, di cui al *decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206*,

disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perchè legata a motivi tecnici. Di tutte le sospensioni va informato, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal *decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16 aprile 2002*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 122 del 27 maggio 2002.

8. Certificazione da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Le regioni si impegnano a trasmettere entro novanta giorni dalla stipula della presente intesa al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'art. 9 della citata intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 i Piani regionali attuativi del presente Piano.

Il Comitato predispone una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato, con particolare attenzione alle parti riguardanti l'individuazione dei seguenti punti all'interno dei Piani regionali:

interventi per fissazione dei tempi di attesa;

realizzazione dell'obiettivo dei CUP;

modalità con cui i programmi attuativi aziendali saranno oggetto di monitoraggio e valutazione.

In particolare quest'ultimo punto appare irrinunciabile, in quanto la mancanza di monitoraggio e valutazione impedirebbe alle regioni di fornire al Comitato le informazioni necessarie alla certificazione. I risultati della valutazione del Piano regionale saranno comunicati ai referenti regionali con i quali si concorderà il percorso da seguire.

9. Ruolo della Commissione nazionale sull'appropriatezza.

La Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, la cui istituzione è prevista dal comma 283 della legge finanziaria 2006 svolge, nell'ambito delle attività di cui al presente Piano, la 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 delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.

10. Ruolo dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

I compiti dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali sono quelli già previsti dagli Accordi Stato-regioni precedenti in materia, nonché quelli fissati dall'art. 1, comma 308 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006).

L. 3-8-2007 n. 120 Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.

1. Attività libero-professionale intramuraria.

1. Per garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assumono le più idonee iniziative volte ad assicurare gli interventi di ristrutturazione edilizia, presso le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico, necessari per rendere disponibili i locali destinati a tale attività.

2. L'adozione delle iniziative di cui al comma 1 dovrà essere completata entro il 31 dicembre 2012. Fino al 31 gennaio 2010 negli ambiti in cui in cui non siano ancora state adottate le iniziative di cui al comma 1, in deroga a quanto disposto dal *comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, continuano ad applicarsi i provvedimenti già adottati per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria. Nel medesimo periodo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano procedono all'individuazione e all'attuazione delle misure dirette ad assicurare, in accordo con le organizzazioni sindacali delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni contrattuali, il definitivo passaggio al regime ordinario del sistema dell'attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria, medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale e del personale universitario di cui all'*articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382* ⁽²⁾.

3. La risoluzione degli accordi di programma di cui all'*articolo 1, comma 310, della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, si applica anche alla parte degli accordi di programma relativa agli interventi di ristrutturazione edilizia di cui al comma 1 per i quali la regione non abbia conseguito il collaudo entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo.

4. Tra le misure di cui al comma 2 può essere prevista, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nell'ambito delle risorse disponibili, l'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, tramite l'acquisto, la locazione, la stipula di convenzioni, previo parere vincolante da parte del Collegio di direzione di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, di una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. In ogni caso, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono garantire che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie, i policlinici universitari a gestione diretta e gli IRCCS di diritto pubblico gestiscano, con integrale responsabilità propria, l'attività libero-professionale intramuraria, al fine di assicurarne il corretto esercizio, in particolare nel rispetto delle seguenti modalità:

a) affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni, da eseguire in sede o

tempi diversi rispetto a quelli istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle medesime prestazioni, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro;

b) garanzia della riscossione degli onorari relativi alle prestazioni erogate sotto la responsabilità delle aziende, policlinici e istituti di cui al comma 1. Agli eventuali oneri si provvede ai sensi della lettera c);

c) determinazione, in accordo con i professionisti, di un tariffario idoneo ad assicurare l'integrale copertura di tutti i costi direttamente e indirettamente correlati alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari;

d) monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti; attivazione di meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi; garanzia che, nell'ambito dell'attività istituzionale, le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta;

e) prevenzione delle situazioni che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e fissazione delle sanzioni disciplinari e dei rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni, anche con riferimento all'accertamento delle responsabilità dei direttori generali per omessa vigilanza;

f) adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale intramuraria, ivi compresa quella esercitata in deroga alle disposizioni di cui al *comma 2 dell'articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, siano rispettate le prescrizioni di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma, anche nel periodo di operatività transitoria delle convenzioni di cui all'alinea, primo periodo, del presente comma, e fermo restando il termine di cui al comma 2, primo periodo, e al comma 10;

g) 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 quest'ultima sia conseguenza di libera scelta del cittadino e non di carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale. A tal fine, il Ministro della salute presenta annualmente al Parlamento una relazione sull'esercizio della libera professione medica intramuraria, ai sensi dell'*articolo 15-quaterdecies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, con particolare riferimento alle implicazioni sulle liste di attesa e alle disparità nell'accesso ai servizi sanitari pubblici ⁽³⁾.

5. Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico predispongono un piano aziendale, concernente, con riferimento alle singole unità operative, i volumi di attività istituzionale e di attività libero-professionale intramuraria. Le medesime aziende, policlinici ed istituti assicurano adeguata pubblicità ed informazione relativamente ai piani, con riferimento, in particolare, alla loro esposizione nell'ambito delle proprie strutture ospedaliere ed all'informazione nei confronti delle associazioni degli utenti, sentito il parere del Collegio di direzione di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*,

e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, della commissione paritetica di sanitari di cui al comma 4 del presente articolo. 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.

6. I piani sono presentati alla regione o provincia autonoma competente, in fase di prima applicazione, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e, successivamente, entro un limite massimo di tre anni dall'approvazione del piano precedente. La regione o provincia autonoma approva il piano, o richiede variazioni o chiarimenti, entro sessanta giorni dalla presentazione. In caso di richiesta di variazioni o chiarimenti, essi sono presentati entro sessanta giorni dalla richiesta medesima ed esaminati dalla regione o provincia autonoma entro i successivi sessanta giorni. Subito dopo l'approvazione, la regione o provincia autonoma trasmette il piano al Ministero della salute. Decorsi sessanta giorni dalla trasmissione, in assenza di osservazioni da parte del Ministero della salute, i piani si intendono operativi ⁽⁴⁾.

7. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano il rispetto delle previsioni di cui ai commi 1, 2, 4, 5 e 6 anche mediante l'esercizio di poteri sostitutivi e la destituzione, nell'ipotesi di grave inadempienza, dei direttori generali delle aziende, policlinici ed istituti di cui al comma 5. Qualora la nomina dei direttori generali suddetti competa ad organi statali, questi ultimi provvedono alla destituzione su richiesta della regione o della provincia autonoma. In caso di mancato adempimento degli obblighi a carico delle regioni e delle province autonome di cui al presente comma, è precluso l'accesso ai finanziamenti a carico dello Stato integrativi rispetto ai livelli di cui all'accordo sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001. Il Governo esercita i poteri sostitutivi in caso di inadempimento da parte delle regioni o delle province autonome, ai sensi e secondo la procedura di cui all'*articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131*, anche con riferimento alla destituzione di cui al primo periodo del presente comma ⁽⁵⁾.

8. Ciascuna regione o provincia autonoma trasmette al Ministro della salute una relazione sull'attuazione dei commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7, con cadenza trimestrale fino al conseguimento effettivo, da parte della stessa, del definitivo passaggio al regime ordinario di cui al comma 2, e successivamente con cadenza annuale.

9. Esclusivamente per l'attività clinica e diagnostica ambulatoriale, gli spazi e le attrezzature dedicati all'attività istituzionale possono essere utilizzati anche per l'attività libero-professionale intramuraria, garantendo la separazione delle attività in termini di orari, prenotazioni e modalità di riscossione dei pagamenti.

10. Le convenzioni di cui al comma 4, primo periodo, sono autorizzate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano per il periodo necessario al completamento, da parte delle aziende, policlinici o istituti interessati, degli interventi strutturali necessari ad assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e comunque non oltre il termine di cui al comma 2, primo periodo ⁽⁶⁾.

11. Al Collegio di direzione di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, o, qualora esso non sia costituito, alla commissione

paritetica di sanitari di cui al comma 4 del presente articolo è anche affidato il compito di dirimere le vertenze dei dirigenti sanitari in ordine all'attività libero-professionale intramuraria ⁽²⁾.

12. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dovranno definire le modalità per garantire l'effettuazione, da parte dei dirigenti veterinari del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni libero-professionali che per la loro particolare tipologia e modalità di erogazione esigono una specifica regolamentazione.

13. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è attivato l'Osservatorio nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, come previsto dall'*articolo 15-quaterdecies del citato decreto legislativo n. 502 del 1992*.

14. Dall'eventuale costituzione e dal funzionamento delle commissioni paritetiche di cui ai commi 4, 5 e 11, nonché dall'attuazione del medesimo comma 11, non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

(2) Comma così modificato dall'*art. 1-bis, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

(3) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 novembre 2008, n. 371 (Gazz. Uff. 19 novembre 2008, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, limitatamente alla parola «vincolante».

(4) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 novembre 2008, n. 371 (Gazz. Uff. 19 novembre 2008, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma.

(5) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 novembre 2008, n. 371 (Gazz. Uff. 19 novembre 2008, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, limitatamente alle parole «In caso di mancato adempimento degli obblighi a carico delle regioni e delle province autonome di cui al presente comma, è precluso l'accesso ai finanziamenti a carico dello Stato integrativi rispetto ai livelli di cui all'accordo sancito l'8 agosto 2001 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 207 del 6 settembre 2001. Il Governo esercita i poteri sostitutivi in caso di inadempimento da parte delle regioni o delle province autonome, ai sensi e secondo la procedura di cui all'*articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131*, anche con riferimento alla destituzione di cui al primo periodo del presente comma».

(6) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 novembre 2008, n. 371 (Gazz. Uff. 19 novembre 2008, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma, limitatamente alle parole «e comunque non oltre il termine di cui al comma 2, primo periodo».

(7) La Corte costituzionale, con sentenza 5-14 novembre 2008, n. 371 (Gazz. Uff. 19 novembre 2008, n. 48 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del presente comma.

2. Norme in materia di dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari.

1. I dirigenti del Ministero della salute rientranti nei profili professionali sanitari, individuati dall'articolo 2, comma 2, lettere b) e c), del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 13 dicembre 1995 ed inquadrati dalle medesime lettere in attuazione dell'*articolo 18, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, a decorrere dalla data di istituzione del ruolo previsto dall'articolo 1 del regolamento di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2004, n. 108*, sono inquadrati nel predetto ruolo, in distinta sezione.

2. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

3. Disposizioni in materia di applicazione dell'istituto del tempo parziale alla dirigenza sanitaria.

1. In deroga all'articolo 39, comma 18-bis, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, è ammesso il ricorso all'istituto del lavoro a tempo parziale per i dirigenti sanitari, esclusivamente nei casi in cui risulti comprovata una particolare esigenza familiare o sociale e fermo restando il rapporto di lavoro esclusivo, con sospensione, fino al ripristino del rapporto a tempo pieno, dell'attività libero-professionale intramuraria eventualmente in corso di svolgimento.

2. L'azienda o ente competente del Servizio sanitario nazionale ammette i dirigenti all'impegno ridotto in misura non superiore al 10 per cento, e comunque nei limiti previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti, della dotazione organica complessiva dell'area dirigenziale sanitaria di cui ai medesimi contratti, incrementabile, in presenza di idonee situazioni organizzative o di gravi e documentate situazioni familiari sopraggiunte dopo la copertura della percentuale di base, fino ad ulteriori due punti percentuali.

3. Le circostanze familiari o sociali per le quali è consentito il ricorso all'istituto del lavoro a tempo parziale sono stabilite dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Gli effetti sul trattamento economico conseguenti al ricorso al lavoro a tempo parziale sono definiti in base ai criteri stabiliti nella contrattazione collettiva.

4. Differimento del termine per le prestazioni aggiuntive da parte degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica.

1. Al fine di consentire la continuità del ricorso alle prestazioni aggiuntive degli infermieri e dei tecnici sanitari di radiologia medica, nel rispetto delle disposizioni recate in materia di contenimento delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale dai provvedimenti di finanza pubblica, il termine del 31 maggio 2007, previsto dall'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 febbraio 2007, n. 17, è differito fino alla definizione della disciplina di tali prestazioni aggiuntive nell'ambito del contratto collettivo nazionale di comparto 2006-2009 e non oltre la data di entrata in vigore del contratto medesimo.

2. La definizione da parte del contratto collettivo nazionale di comparto delle prestazioni aggiuntive di cui al comma 1 non deve comportare effetti di maggiori oneri sul livello di finanziamento del contratto collettivo nazionale di comparto medesimo, quantificato secondo i criteri ed i parametri previsti per tutto il pubblico impiego.

3. Sono fatti salvi i contratti per le prestazioni di cui al comma 1, eventualmente posti in essere per il periodo dal 1° giugno 2007 alla data di entrata in vigore della presente legge, purché compatibili con il vincolo di cui al comma 1.

5. *Entrata in vigore.*

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

D.P.C.M. 19-7-1995 n. 502 Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto l'art. 3, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, che demanda ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri la determinazione dei contenuti del contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario dell'unità sanitaria locale;

Visto l'art. 4, comma 1, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, che prevede che gli ospedali costituiti in aziende ospedaliere abbiano gli stessi organi previsti per le unità sanitarie locali, con le stesse attribuzioni;

Visto l'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Sentita la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome nella riunione del 30 marzo 1994;

Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nell'adunanza generale del 19 gennaio 1995;

Ritenuto di non adeguarsi al suddetto parere del Consiglio di Stato per quanto attiene la richiesta di precisare che la scadenza del contratto a termine dei direttori amministrativi e sanitari avviene, normalmente, entro tre mesi dalla scadenza del contratto del direttore generale, atteso che l'art. 3, comma 7, del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, dispone che i direttori amministrativi e sanitari «cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale»;

Sulla proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali;

Adotta il seguente regolamento:

1. Contratto del direttore generale.

1. La regione ed il direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nominato ai sensi degli articoli 3 e 3-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, entro quindici giorni dall'atto di nomina sottoscrivono il contratto di lavoro predisposto dalla regione in conformità ai contenuti di cui al presente articolo «.

2. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile «.

3. Il direttore generale è tenuto ad esercitare le funzioni stabilite dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché ogni altra funzione connessa

all'attività di gestione disciplinata da norme di legge e di regolamento e da leggi e atti di programmazione regionale.

4. Con la sottoscrizione del contratto di lavoro il direttore generale si impegna a prestare la propria attività a tempo pieno e con impegno esclusivo a favore dell'ente cui è stato preposto.

5. Al direttore generale è attribuito il trattamento economico omnicomprensivo individuato dalla regione in relazione ai seguenti parametri:

a) volume delle entrate di parte corrente della unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera;

b) numero di assistiti e di posti letto;

c) numero di dipendenti.

Il trattamento annuo, determinato sulla base delle lettere a), b) e c), non può essere superiore a lire trecentomilioni. Il trattamento economico può essere integrato di una ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, previa valutazione, sulla base dei criteri determinati ai sensi del comma 5 dell'articolo 3-bis del *decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modificazioni, dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, assegnati al direttore generale annualmente dalla regione. Il trattamento economico è comprensivo delle spese sostenute per gli spostamenti dal luogo di residenza al luogo di svolgimento delle funzioni. Al direttore generale, per lo svolgimento delle attività inerenti le sue funzioni, spetta il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio effettivamente sostenute e documentate, nei limiti e secondo le modalità stabilite per i dirigenti generali dello Stato di livello C³.

5-bis. La regione può disporre che il trattamento economico del direttore generale sia integrato fino ad un importo massimo di 10 milioni, in relazione a corsi di formazione manageriale e ad iniziative di studio ed aggiornamento, promosse dalla regione ed alle quali il direttore generale debba partecipare per esigenze connesse al proprio ufficio⁴.

6. Nulla è dovuto, a titolo di indennità di recesso, al direttore generale nei casi di cessazione dell'incarico per decadenza, mancata conferma, revoca o risoluzione del contratto nonché per dimissioni⁵.

7. Per quanto non previsto dagli articoli 3 e 3-bis del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modificazioni e dal presente decreto si applicano le norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile⁶.

(3) Comma così modificato dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(4) Comma così sostituito dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(5) Comma così modificato dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(6) Comma aggiunto dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(7) Comma così sostituito dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(8) Comma così sostituito dall'*art. 1, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

2. *Contratto dei direttori amministrativo e sanitario.*

1. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-*quinquies*, e dell'articolo 3-bis, comma 8, del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modificazioni, stipula il contratto di lavoro con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, sulla base di uno schema tipo approvato dalla regione in conformità ai contenuti di cui al presente articolo ⁶³.

2. [Il rapporto di lavoro dei direttori amministrativo e sanitario è costituito con contratto a termine della durata massima di cinque anni, rinnovabile, a decorrere dalla data di sottoscrizione dello stesso] ⁶⁴.

3. I direttori amministrativo e sanitario sono tenuti ad esercitare le funzioni stabilite dal *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni; nonché dalle leggi e dagli atti di programmazione regionale.

4. Con la sottoscrizione del contratto di lavoro i direttori amministrativo e sanitario si impegnano a prestare la propria attività lavorativa a tempo pieno e con impegno esclusivo a favore dell'ente.

5. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo è attribuito un trattamento economico definito in misura non inferiore a quello previsto dalla contrattazione collettiva nazionale rispettivamente per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa. La regione definisce il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo, tenendo conto sia del trattamento economico attribuito al direttore generale e sia delle posizioni in strutture organizzative complesse, in un'ottica di equilibrio aziendale. I trattamenti economici annui sono omnicomprensivi e, salvo il limite minimo di cui al primo periodo, non possono essere fissati in misura superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale. Il predetto trattamento può essere integrato di un'ulteriore quota, fino al 20 per cento dello stesso, sulla base dei risultati di gestione ottenuti e della realizzazione degli obiettivi fissati annualmente dal direttore generale e misurata mediante appositi indicatori. [Il trattamento economico, complessivo non può risultare inferiore alla somma dello stipendio iniziale lordo, dell'indennità integrativa speciale, della tredicesima mensilità e dell'indennità di direzione dei dirigenti apicali del Servizio sanitario nazionale]. Il trattamento economico è comprensivo delle spese sostenute per gli spostamenti dal luogo di residenza al luogo di svolgimento delle loro funzioni. Ai direttori amministrativo e sanitario, per lo svolgimento delle attività inerenti le funzioni, spetta il rimborso delle spese di viaggio, vitto ed alloggio effettivamente sostenute e documentate, nei limiti e secondo le modalità stabilite per i dirigenti apicali del Servizio sanitario nazionale ⁶⁵.

5-bis. Il trattamento economico del direttore amministrativo e del direttore sanitario può, conformemente ad apposita direttiva regionale, essere integrato fino ad un importo massimo di 7 milioni, in relazione a corsi di formazione manageriale ed a iniziative di studio ed aggiornamento, promosse dalla regione ed alle quali gli stessi debbano partecipare per esigenze connesse al proprio ufficio ⁶⁶.

6. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto di lavoro con il direttore amministrativo e il direttore sanitario, anche con riferimento alla cessazione dall'incarico del direttore generale. Nulla è dovuto, a titolo di indennità di recesso, ai direttori amministrativo e sanitario in caso di cessazione dall'incarico conseguente a dimissioni, alla sostituzione del direttore generale nonché a decadenza, mancata conferma, revoca o risoluzione del contratto ⁽⁹⁾.

7. I direttori amministrativo e sanitario sono responsabili del risultato dell'attività svolta dagli uffici ai quali sono preposti, della realizzazione dei programmi e dei progetti loro affidati, della gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali ad essi assegnate.

Per quanto non previsto dagli articoli 2 e 3-bis del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, e dal presente decreto, si applicano le norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile ⁽¹⁰⁾.

(9) Comma così sostituito dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(10) Comma abrogato dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(11) Comma così modificato dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(12) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(13) Comma così sostituito dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

(14) Comma così sostituito dall'*art. 2, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

2-bis. 1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano anche ai contratti del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario dei policlinici universitari, delle aziende in cui insistono le facoltà di medicina e delle aziende costituite ai sensi del *decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517* ⁽¹⁵⁾.

(15) Articolo aggiunto dall'*art. 3, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

2-ter. 1. I compensi dovuti ai commissari straordinari e ai direttori amministrativi e sanitari degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono determinati, con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, in conformità a quelli stabiliti dal presente decreto. Il compenso è ridotto di almeno un terzo nei confronti dei commissari straordinari, che esercitano anche altre attività lavorative in regime di lavoro dipendente o autonomo ⁽¹⁶⁾.

(16) Articolo aggiunto dall'*art. 3, D.P.C.M. 31 maggio 2001, n. 319* (Gazz. Uff. 7 agosto 2001, n. 182).

3. Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome.

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ai sensi degli statuti di autonomia e delle relative norme di attuazione.

DGR 16 febbraio 2007, n. 288 Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008, adeguamento alla linea guida del comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei lea.

DGR 288 dd. 16.2.2007

Premesso che, con deliberazione giuntalesca 30 giugno 2006, n. 1509, recante *“Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 – approvazione”* è stato:

- approvato, per quanto esposto in premessa al medesimo atto, il *“Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008”*, coerentemente agli atti di programmazione regionale adottati ed ai contenuti del *“Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008”*, di cui all'allegato sub A del provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555 emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano;
- incaricata la Direzione centrale salute e protezione sociale, in attuazione della Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, del 28 marzo 2006, di trasmettere il surrichiamato Piano regionale al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

Richiamato il provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555 emanato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, con il quale è stata sancita l'intesa, tra il Governo, le regioni e le province autonome nominate, sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 ed in particolare il punto n. 8, comma 2, in base al quale il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dopo la trasmissione, da parte delle regioni, dei Piani regionali attuativi del Piano nazionale, *“predispone una linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, che tiene conto di quanto il piano regionale è coerente con il Piano nazionale sulla base delle linee guida del Comitato”*;

Preso atto della nota, prot. n. 28107/dgprog/21/P.1°, del 22 dicembre 2006, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso il documento *“Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa”*, adottato, nella seduta del 15 dicembre 2006, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), come stabilito dal punto 8, comma 2, del provvedimento 28 marzo 2006, n. 2555, *cit.*;

Rilevata, pertanto, la necessità di modificare la D.G.R. 1509/2006, *cit.*, tenuto conto delle indicazioni fornite nel surrichiamato documento-guida;

Preso atto che, con nota, prot. n. 480, del 5 febbraio 2007 l'Agenzia regionale della sanità ha elaborato il nuovo Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008, tenuto conto delle indicazioni espresse, nel surrichiamato documento *“Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi d'attesa”*, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) (Allegato n. 1);

Accertato che il Piano regionale in argomento raccoglie ed integra le precedenti normative regionali in tema di tempi di attesa ed è altresì coerente con la programmazione sanitaria regionale, come risultante dalle:

- D.G.R. 12 dicembre 2006, n. 3163, concernente *“LR 49/1996, art. 12: linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale nel 2007”*;
- D.G.R. 24 novembre 2006, n. 2843, recante *“L.R. 23/2004, art. 8: approvazione in via definitiva del piano sanitario e sociosanitario regionale”*;

La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla salute e alla protezione

sociale, all'unanimità

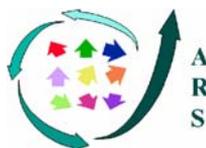
Delibera

1. Si approva il "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008", di cui all'Allegato n. 1, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
2. Il "Piano regionale attuativo del piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008", approvato sub 1 sostituisce il Piano di cui alla deliberazione giunta 30 giugno 2006, n. 1509.
3. Si incarica la Direzione centrale salute e protezione sociale, in attuazione della Intesa tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, di trasmettere il Piano regionale, di cui sub 1, al Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.



Servizio Sanitario Regionale

AGENZIA REGIONALE DELLA SANITA'



Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006) e delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento

dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006.

Febbraio 2007

Indice

- Contenuti del piano
- Attività svolte in regione
- OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO REGIONALE
 1. governo della domanda
 2. ruolo di CITTADINANZAATTIVA e della associazioni dei consumatori
 3. razionalizzazione dell'offerta
 4. CUP e
 5. revisione periodica delle attività prescrittive
 6. tempi di messa a disposizione dei risultati
 7. libera professione
 8. tempi di attesa massimi
 9. sospensione di agende e di attività
 10. monitoraggio e flusso informativo
 11. mancato rispetto dei tempi massimi
 12. definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti
 13. procedure del piano
 14. compiti dell'ARS
 15. iter dei piani attuativi aziendali

Contenuti del Piano

Il presente documento recepisce il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006–2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della Legge 23

dicembre 2005, n. 266, intesa ai sensi dell'art 8, comma 6 della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006 (PNCTA).

Il Piano aggiorna i contenuti della DGR 1509 del 30 Giugno 2006 sulla base delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006".

Nella DGR 1509 / 2006 era infatti previsto che il Piano sarebbe stato rivisto sulla base delle indicazioni del Comitato LEA.

Il Piano è articolato secondo i temi e i capitoli contenuti nel citato documento, opportunamente integrati con i provvedimenti e le iniziative già in atto o programmati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

Il Piano:

- definisce gli obiettivi e le azioni per ogni area considerata.
- definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste.
- si riferisce al periodo temporale 2006-2008.
- definisce compiti e ruoli dell'Agenzia Regionale della Sanità, delle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS.

Attività svolte in regione

Definizione dei tempi massimi

La definizione dei tempi massimi di attesa è stata determinata all'interno della DGR "Linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale". Attualmente sono in vigore quelli previsti dalla DGR 3234 DD. 29.11.2004 (Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale nel 2005).

La scelta dei tempi massimi è basata sui seguenti criteri (DGR 3234 DD. 29.11.2004):

"Si ritiene vi siano due tipologie di prestazioni rilevanti per le liste di attesa:

1. prestazioni il cui ritardo può essere condizionante per l'esito sulla salute della popolazione;
2. prestazioni in cui le liste di attesa sono molto lunghe ma in cui è più difficile misurare l'effetto sulla salute e in cui esistono probabilmente problemi di appropriatezza dell'indicazione.

Sono escluse dal tema "liste d'attesa" le prestazioni di urgenza, ossia i quadri sintomatologici di alto rischio di compromissione della vita o di inabilità permanente che necessitano di valutazione e trattamento rapido (0-24 ore)."

Sono esclusi dal computo dei tempi di attesa i controlli programmati in particolare quelli relativi a patologie croniche.

Il Piano considera i seguenti tempi di attesa:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione;
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto;
- il tempo che trascorre tra l'indicazione ad un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento all'interno di un "pacchetto di cura".

Definizione dei sistemi di monitoraggio

Obiettivo del monitoraggio è la verifica nel corso del tempo del rispetto dei parametri previsti e l'identificazione tempestiva di eventuali punti critici.

Il monitoraggio viene svolto in regione secondo le seguenti modalità:

- trimestralmente sono rilevati i tempi di attesa delle principali attività ambulatoriali e di ricovero programmato; la rilevazione distingue tra prestazioni prioritarie e non prioritarie;
- con cadenza trimestrale viene monitorata la percentuale di prestazioni ambulatoriali che vengono erogate a 30 , 60 , 90 e 180 gg. dalla prenotazione;

- la Regione partecipa alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della salute e dall'ASSR secondo le modalità di volta in volta definite;
- è attivato il monitoraggio delle prestazioni erogate in libera professione;
- sono stati attivati monitoraggi ad hoc quali: referti di anatomia patologica, pazienti non presentati agli esami, impiego di apparecchiature radiologiche;
- sono state effettuate indagini ad hoc quali quella sulla funzionalità dei CUP / call center.

Trasparenza dei dati

E' obiettivo regionale dare massima trasparenza a tutte le informazioni raccolte.

Tutti i dati raccolti e i documenti prodotti sono pubblicati nel sito www.sanita.fvg.it .

Dopo ogni report viene convocato il tavolo CITTADINANZaTTIVA - ARS per la discussione sui risultati e la segnalazione dei punti critici.

Resta in vigore quanto previsto dalle Linee di Gestione del Servizio sanitario regionale del 2000 : l' "Esposizione in tutte le sale d'attesa di un manifesto contenente informazioni sull'uso corretto delle strutture e delle attività, sulle procedure per suggerimenti o reclami, sulle procedure per il ricovero ordinario e programmato e altre informazioni utili per l'utente".

Rapporti con i cittadini

Su mandato dell'Assessore alla Salute e alla Protezione Sociale, l'ARS ha stipulato un protocollo d'intesa con CITTADINANZaTTIVA regionale per il monitoraggio e l'intervento sui tempi di attesa.

Il protocollo prevede tra l'altro:

- "valutazione secondo metodologie condivise della performance del Servizio Sanitario Regionale con particolare riferimento al "punto di vista del cittadino";
- monitoraggio e definizione di progetti specifici di miglioramento delle liste di attesa;
- avvio e consolidamento del programma regionale del rischio clinico, con particolare attenzione ai progetti di valutazione delle segnalazioni dei cittadini e al progetto "Ospedale sicuro".

Altri temi su cui potranno essere svolti lavori in comune sono:

- la valutazione di progetti regionali specifici (ad esempio: screening oncologici, CUP);
- la valutazione "dalla parte del cittadino" di linee guida o protocolli regionali.

Su indicazione del Piano sanitario e socio sanitario 2006-2008 (DGR 2843 del 24 novembre 2006) e delle Linee di gestione 2007 (DGR 3613 del 22 dicembre 2006) l'ARS ha attivato il processo di valutazione del sistema sanitario da parte dei cittadini con la metodologia dell'audit civico attraverso il coinvolgimento della direzione nazionale di CITTADINANZaTTIVA e delle associazioni di volontariato regionali.

Chiusura delle agende

L'Agenzia Regionale della Sanità ha emanato nel corso del 2006, sulla base dei documenti del Progetto Mattoni prodotti dell'ASSR, una nota che vieta la chiusura delle agende e che prevede la comunicazione mensile delle interruzioni delle attività o delle prestazioni.

Tale direttiva è stata inclusa nella DGR 1509 del 30 giugno 2006 e nel PSSR DGR 2843 del 24 novembre 2006.

Medici di medicina generale

L'Accordo integrativo regionale siglato in data 15 dicembre 2005 (DGR 269 del 20 febbraio 2006) ha previsto compiti specifici dei MMG per i tempi di attesa. In particolare l'adozione di criteri di priorità, interventi sull'appropriatezza e semplificazioni delle procedure prescrittive.

In alcune aree della regione sono attivi sistemi di prenotazione dallo studio medico ai CUP.

CUP e call center

In regione esistono e sono attivi i seguenti CUP/ call center:

- Area triestina che comprende Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste, ASS 1, i privati accreditati e IRCCS Burlo;
- Area Isontina, che comprende l'ASS 2;
- Alto Friuli che comprende l'ASS 3;
- Basso Friuli che comprende l'ASS 5;
- Pordenone e Udine che comprende l'ASS 4, l'ASS 6, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Udine, l'Azienda Ospedaliera di Pordenone, l'IRCCS CRO di Aviano.

Screening oncologici

Nel corso del 2005 è stato avviato lo screening dei tumori della mammella. Lo screening è attivo in tutta la regione. Questo ha comportato un sostanziale raddoppio delle prestazioni erogate.

E' previsto per il 2007 l'avvio dello screening dei tumori del colon-retto.

Politiche del personale

Nel corso degli anni sono stati sottoscritti numerosi accordi regionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa e all'incremento delle prestazioni erogate.

E' stata vietata la libera professione in radioterapia.

OBIETTIVI E AZIONI DEL PIANO REGIONALE

I paragrafi che seguono definiscono obiettivi e azioni del Piano regionale sulla base dei contenuti richiesti dal PNCTA e delle indicazioni del "Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006".

1 - Governo della domanda

Il governo della domanda si attuerà attraverso un coinvolgimento diretto degli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prestazioni. Tali attori sono: il medico di medicina

generale, il pediatra di libera scelta, il medico specialista ambulatoriale, il medico ospedaliero e il cittadino.

Obiettivi :

- **messa a regime di un sistema di responsabilizzazione e di monitoraggio dei prescrittori;**
- **definizione e applicazione diffusa di un sistema di prescrizione secondo criteri di priorità clinica;**
- **semplificazione e razionalizzazione delle procedure di follow-up;**
- **avvio di campagne informative rivolte ai cittadini.**

Azioni e attività previste:

- definizione e messa a regime di un sistema di reportistica sulle prestazioni richieste condivisa e comune per MMG, PLS e specialisti ambulatoriali e ospedalieri coordinata dall'ARS;
- attivazione di un sistema regionale di prescrizione secondo criteri di priorità. Sarà esteso all'intera regione il sistema di prenotazione secondo criteri di priorità coerentemente con le classi di priorità contenute nel ricettario regionale e sulla base di quanto contenuto nella DGR 3234 del 29.11.2004;
- applicazione dei contenuti dell'Accordo Integrativo Regionale della Medicina Generale del 15 dicembre 2005 (DRG 269 del 20 febbraio 2006);
- applicazione di quanto contenuto nell'accordo regionale di istituzione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (DGR 1007 del 6 maggio 2005);
- definizione e condivisione di criteri di accesso e follow-up appropriato attraverso la definizione di Consensus regionali su specifiche patologie elaborati dalle società scientifiche regionali;
- definizione per i principali percorsi diagnostico-terapeutici di tipologia e cadenza degli esami e del follow-up. La priorità è data alle patologie cardiovascolari, all'oncologia, all'area ortopedica e al diabete;
- la strutturazione delle agende dell'attività istituzionale deve favorire, nel caso di visite ripetute e follow-up, la possibilità del cittadino di essere seguito dallo stesso medico;
- è prevista una campagna informativa alla popolazione sull'uso appropriato degli esami, delle procedure diagnostiche e delle visite specialistiche. La campagna sarà progettata in accordo con le associazioni dei consumatori e dei pazienti.

Le attività di valenza regionale saranno coordinate dall'ARS che ne ha la responsabilità.

2 - Ruolo di CITTADINANZAATTIVA e delle associazioni dei consumatori

La Regione Friuli Venezia Giulia ha posto tra i propri obiettivi la partecipazione dei cittadini alla valutazione e alla misurazione della performance del SSR e la trasparenza delle informazioni (DGR 2843 del 2 novembre 2006).

Sulla base di questi principi sono state avviate alcune attività con le associazioni dei cittadini quali la partecipazione allo screening

mammografico, il monitoraggio dei tempi di attesa, l'accreditamento e la prevenzione del rischio.

CITTADINANZaTTIVA e ARS hanno stipulato un'intesa su diversi argomenti ivi inclusi i tempi di attesa.

Il presente piano conferma i contenuti, gli obiettivi e le azioni del protocollo d'intesa CITTADINANZaTTIVA e ARS.

Sarà inoltre istituito il tavolo regionale delle Associazioni di difesa dei consumatori e degli utenti presenti nell'elenco previsto dall'art. 137 del codice del consumo di cui al Decreto Legislativo 6 settembre 2005 n. 206. Il tavolo sarà coordinato dall'Agenzia Regionale della Sanità.

Nel 2007 è previsto, secondo l'indicazione della DGR 3163 del 22 dicembre 2006, l'avvio dell'Audit Civico.

3 - Razionalizzazione dell'offerta

La razionalizzazione dell'offerta implica un utilizzo efficiente delle strutture e delle apparecchiature esistenti ed un'adeguata accessibilità geografica e di orari di apertura.

Obiettivi:

- **monitoraggio e miglioramento dell'efficienza nell'impiego delle apparecchiature diagnostiche importanti per costo e volumi erogati;**
- **incremento delle prestazioni erogate tenendo conto dei criteri di appropriatezza;**
- **equità e accessibilità alle prestazioni per ciascun ambito territoriale.**

Azioni previste :

- messa a regime di un sistema regionale di monitoraggio, benchmarking e azioni di miglioramento dell'uso delle apparecchiature diagnostiche importanti;
- incremento dei volumi di offerta ove le situazioni siano critiche;
- programmazione per Area Vasta della distribuzione di apparecchiature e di prestazioni sulla base di accessibilità ed equità.

4 - CUP e call center

L'ARS ha elaborato il progetto di realizzazione di un sistema regionale di prenotazione finalizzato a permettere una modalità omogenea di accesso all'intero catalogo di offerta regionale di prestazioni sanitarie ambulatoriali. Questo sistema supererà l'attuale modello di gestione dell'offerta diviso per azienda territoriale di riferimento, che di fatto frammenta l'offerta in sei sistemi separati.

Il progetto prevede lo studio per la realizzazione di un Centro di Prenotazione Unico (CUP) e di un servizio regionale di Call-Center

organizzato su un'unica sede, organicamente collegato alla rete dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

Obiettivi :

- **semplificare l'accesso alle prestazioni per i cittadini e per i MMG/PLS;**
- **razionalizzare il sistema di prenotazione e ottenere economie gestionali;**
- **agevolare il sistema di monitoraggio dell'attività ambulatoriale e dei tempi di attesa.**

Le azioni previste e lo stato di avanzamento attuale sono descritti di seguito, in particolare sono in corso di realizzazione:

- la messa in comune dei dizionari e delle codifiche che parametrizzano il nuovo sistema al fine di uniformare le modalità di prescrizione e di prenotazione da parte dei MMG/PLS;
- la definizione di regole condivise di accesso alla prestazione, con istruzioni uguali per i pazienti, indipendentemente dall'Azienda di appartenenza.

Le regole di gestione delle prenotazioni sono già state codificate nelle Linee annuali di gestione del SSR degli ultimi anni e le modalità e i tempi della loro implementazione vengono regolarmente monitorati, così come le eventuali proposte di modifica da apportare al sistema.

Il CUP/CALL-CENTER regionale si configurerà come servizio con personale adeguatamente e specificamente formato al ruolo: si svilupperà inizialmente all'interno del SSR; sono altresì da prevedere forme di gestione esternalizzata del servizio, finalizzate a garantire flessibilità nella gestione e nel turnover del personale.

Nell'ipotesi di assegnazione del servizio a società esterne, sarà compito del CSC assumere il ruolo di gestore dell'intero processo di fornitura (definizione del bando di gara, assegnazione della commessa, responsabilità della gestione operativa).

La responsabilità di conduzione del progetto è dell'Agenzia Regionale della Sanità, in collaborazione con Insiel Spa.

Gli strumenti operativi sono costituiti da un gruppo di coordinamento composto da personale dell'ARS, di Insiel e da personale messo a disposizione dalle Aziende sanitarie e Ospedaliere, un gruppo di lavoro formato dai responsabili dei Cup aziendali e, ove necessario, da gruppi di lavoro di medici rappresentativi delle diverse realtà aziendali.

Al sistema CUP regionale e al servizio di Call-Center potranno aderire gli erogatori privati, in seguito ad accordi regionali specifici e sulla base di una tariffa parametrata sul numero di prestazioni prenotate.

5 - Revisione periodica delle attività prescrittive

Per revisione periodica delle attività prescrittive si intende l'attività sistematica e cadenzata nel tempo con cui i principali attori (MMG, specialisti, distretti, presidi ospedalieri) svolgono con la metodologia dell'audit la valutazione dell'appropriatezza delle prescrizioni effettuate.

Tale attività è regolamentata negli accordi dei MMG e dei PLS nazionali e regionali. Non è ancora attiva in maniera diffusa per le altre categorie citate in premessa.

Non è inoltre attiva in tutta la regione la commissione di cui all'art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG.

Obiettivi da realizzare sono quindi:

- **avvio e consolidamento di attività di revisione periodica delle prescrizioni in medicina generale;**
- **avvio e consolidamento di attività di revisione periodica delle prescrizioni tra gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri;**
- **attivazione in tutte le aziende della commissione ex. art. 49 comma 7.**

Le azioni previste sono:

- attuazione diffusa e monitoraggio trimestrale di quanto previsto nell'Accordo regionale relativo all'UCAD (DGR 1007 del 6 maggio 2005) che prevede che i tre componenti l'UDMG:
 - “condividono con i medici di medicina generale il monitoraggio e l'analisi sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente delle risorse”;
 - “individuano nonché attivano eventuali strategie alternative, nella logica complessiva del governo clinico, quali la promozione di momenti di verifica e revisione di qualità, con l'obiettivo di favorire l'autovalutazione dei Medici di Medicina Generale attraverso “verifiche tra pari” (peer review) e “revisioni cliniche” (audit clinici) su problemi di salute rilevanti per la popolazione, al fine di promuovere l'adesione a pratiche cliniche di provata efficacia”;
 - il medico componente di diritto ha, inoltre, il compito di produrre una relazione semestrale “sulla situazione territoriale inerente la qualità ed i costi delle cure erogate, dai Medici di Medicina Generale, basandosi sia sui dati forniti dal distretto che sui dati forniti direttamente dai medici di medicina generale, previo accordo regionale; sul livello di raggiungimento degli obiettivi aziendali e regionali concordati con i medici di medicina generale”.

Tali attività condizionano l'erogazione della quota di compenso variabile per il membro di diritto e della quota degli obiettivi dei membri eletti.

- Attuazione e verifica di quanto previsto per i MMG aggregati nelle diverse forme associative che prevede “ la realizzazione di momenti di revisione della qualità e dell'appropriatezza prescrittiva interna all'associazione e per la promozione di comportamenti prescrittivi uniformi e coerenti con gli obiettivi dichiarati dall'associazione”. Inoltre “devono essere previste riunioni periodiche fra i medici costituenti la forma associativa per la verifica degli obiettivi raggiunti e per la valutazione di coerenza dell'attività della forma associativa con gli obiettivi della

programmazione distrettuale, anche in merito a obiettivi di spesa programmati ai quali la forma associativa medesima abbia aderito”.

- Formalizzazione e avvio in tutte le Aziende della commissione di cui all' art. 49 comma 7 dell'accordo collettivo nazionale dei MMG così regolamentata: “Al fine di garantire un rapporto di collaborazione trasparente tra i medici del presidio ospedaliero ed i Medici di Medicina Generale convenzionati, può essere istituita a livello aziendale da parte del Direttore generale della Azienda USL o ospedaliera, una apposita commissione, con funzione di supporto alla direzione generale, composta dai Medici di Medicina Generale presenti nei vari uffici di coordinamento delle attività distrettuali, medici ospedalieri e funzionari dirigenti medici della azienda, con il compito di esaminare e proporre adeguate soluzioni ad eventuali cause di disservizio e di conflitto nei rapporti tra ospedale e territorio”.

- Sviluppo del sistema informativo. Sono stati prodotti set di indicatori di performance intesi a misurare l'appropriatezza dei percorsi di cura di alcune patologie. Gli indicatori saranno messi a disposizione di ciascun distretto e UDMG da parte delle Aziende.

- Ruolo degli specialisti ospedalieri. Devono essere sviluppati, da parte delle Aziende, programmi di valutazione delle prescrizioni degli specialisti ospedalieri. I progetti riguarderanno i percorsi di cura delle patologie rilevanti e a maggior impatto e il monitoraggio delle prescrizioni.

6 - tempi di messa a disposizione dei risultati

Nel tempo complessivo che serve a completare l'iter diagnostico e/o terapeutico rientrano anche i tempi che passano tra prescrizione e prenotazione e i tempi di refertazione e di messa a disposizione della risposta.

Obiettivi :

- **ridurre i tempi per la messa a disposizione dei risultati;**
- **monitorare i tempi di refertazione;**
- **sviluppare sistemi telematici di ricezione della prenotazione e di trasmissione dei risultati.**

Le azioni previste sono:

- la prosecuzione del monitoraggio dei tempi di refertazione in anatomia patologica e la conferma dell'obiettivo dell'80% di refertazioni entro 7 giorni;
- lo sviluppo e l'estensione del sistema di richiesta di esami e di trasmissione dei risultati per via telematica tra MMG/PLS ed erogatori; ciascuna ASS indicherà un piano di sviluppo e diffusione della comunicazione informatica tra SISR e MMG e PLS;
- la prosecuzione del monitoraggio dei tempi dei pacchetti di cura legati agli screening oncologici.

7 - libera professione

Il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa prevede che si utilizzino “le opportunità di un’adeguata organizzazione della libera professione”.

Obiettivi regionali sono:

- **la definizione di criteri omogenei di erogazione della libera professione all’interno delle Aziende;**
- **il rispetto della proporzione di volumi erogati tra prestazioni istituzionali e prestazioni in libera professione;**
- **la trasparenza verso i cittadini dell’organizzazione e delle informazioni.**

Per il conseguimento degli obiettivi esposti si prevede quanto segue:

- L’Azienda negozia, in sede di definizione annuale del budget, i volumi delle attività istituzionali che devono essere erogati, i volumi di attività libero-professionale di unità operativa e la loro percentuale rispetto all’attività istituzionale. Dopo le negoziazioni le Aziende comunicano il dato riassuntivo all’Agenzia Regionale della Sanità.
- In caso di superamento dei tempi di attesa previsti dalle normative regionali possono essere rinegoziati, anche nel corso dell’anno, i volumi di cui al comma precedente.
- L’attività libero professionale è esercitata da chi svolge anche attività istituzionale con proporzioni e percentuali concordate all’interno dell’Unità operativa.
- Come già previsto dalla Linee di gestione del SSR del 2004 le agende di prenotazione della libera professione devono essere informatizzate ed inserite a CUP.
- Fatto salvo quanto previsto dalla Legge finanziaria 2005 (L. 266 del 23 dicembre 2005 art. 1 comma 280), la sospensione dell’attività istituzionale comporta l’automatica sospensione dell’attività libero professionale.
- Nel caso in cui, per particolari condizioni organizzative e di dotazione organica, il numero di prestazioni istituzionali erogate sia insufficiente a raggiungere i tempi di attesa massimi previsti, fatte salve le condizioni dei commi precedenti, è possibile accedere da parte dell’Azienda all’acquisto di prestazioni in libera professione dei propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per i cittadini, fatti salvi i ticket eventualmente dovuti.
- Le aziende monitorano i tempi di attesa e i volumi della libera professione e inviano il monitoraggio all’ARS secondo le modalità previste. E’ compito dell’ARS segnalare alle Direzioni generali eventuali scostamenti da quanto previsto nel presente documento.

- I tempi medi per l'esecuzione di esami e/o visite in attività istituzionale o libero professionale dovranno essere tra loro coerenti.

8 - Tempi di attesa massimi

Il Piano nazionale individua l'elenco delle prestazioni suddividendole in quattro categorie:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari);
- b) prime visite specialistiche in branche caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- c) in settori ad alta complessità tecnologica per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse;
- d) in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

Criteri di priorità - Le definizioni regionali

Attualmente in Regione sono attivi diversi sistemi di applicazione di criteri di priorità. La differenza generale è nell'applicazione in alcune aree dei codici "colore" (rosso, giallo, ecc.), del codice lettera (A, B, C) o di altre definizioni (sollecitudine, priorità, ecc.).

L'obiettivo regionale è l'applicazione diffusa della compilazione dei criteri presenti nel ricettario, trovando le forme di adattamento rispetto alle pratiche attuali presenti in alcune Aziende.

Dizione della ricetta	Codice colore	Codice lettera	Tempi (piano nazionale)
U – urgente			
B – breve		A	10 gg.
D – differita		B	30 visite (con esclusione delle visite specialistiche di maggior impatto), 60 prestazioni diagnostiche
P – programmata		C	180 gg.

Il piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa sancisce che, nel caso di adozione di criteri di priorità, i tempi siano i seguenti:

- Pazienti codificati come classe A: tempo massimo di attesa 10 giorni; valore soglia: 90%
- Pazienti codificati come classe B: tempo massimo di attesa 30 giorni per le visite specialistiche, 60 giorni per le visite di maggior impatto e per le prestazioni diagnostiche; valore soglia: 80%
- Pazienti codificati come classe C: tempo massimo di attesa 180 giorni; valore soglia: 100%

La Regione Friuli Venezia Giulia conferma tali tempi e tali percentuali.

Le agende dei CUP/CALL-CENTER dovranno essere costruite in maniera da poter prenotare secondo criteri di priorità.

Le aziende attivano un sistema di monitoraggio per la verifica dell'applicazione corretta dei criteri di priorità e del rispetto dei tempi previsti.

Le aziende attivano sistemi di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti ospedalieri (es. numero verde) che permetta la discussione di singoli casi, degli esami necessari e dei criteri di priorità da assegnare.

Per l'esecuzione degli esami radiologici la Regione Friuli Venezia Giulia applica l'Accordo tra il Ministro della salute e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento relativo alle "Linee guida per la diagnostica per immagini" del 28 ottobre 2004 per gli spetti relativi alla radioprotezione.

Percorsi diagnostici e percorsi terapeutici

E' obiettivo della Regione Friuli Venezia Giulia la garanzia di tempestività nel percorso diagnostico terapeutico per le patologie importanti in cui il ritardo possa aggravare la prognosi o comunque mantenere il paziente in condizioni di disagio o dolore.

Obiettivi :

- **definizione e rispetto di tempi relativi a percorsi di cura nelle aree importanti (oncologia, cardiologia, ostetricia);**
- **definizione di sistemi di semplificazione delle procedure di accesso a visite ed esami.**

Azioni / attività:

- definizione dei tempi complessivi e dei tempi di ciascuno step per le aree previste;
- semplificazione: il MMG/PLS inizia il percorso diagnostico con la richiesta del primo esame/visita; lo specialista che ha il contatto con il paziente deve, salvo diversa richiesta del paziente stesso o del MMG /PLS, produrre tutte le richieste per poter completare l'iter diagnostico redigendo le impegnative e, dove possibile, prenotando le prestazioni successive.

Elenco delle prestazioni e tempi massimi

Le prestazioni per cui sono definiti i tempi massimi sono quelle considerate di primo accesso.

Le altre (es. broncoscopia, chemioterapia, biopsia della prostata, radioterapia, ricovero) sono da considerarsi di seconda istanza, nell'ambito di un percorso diagnostico terapeutico già avviato e che, generalmente, sono programmate sulla scorta di un'indicazione posta dallo specialista.

Quindi all'interno di uno specifico percorso di cura è richiesta la garanzia temporale complessiva.

In caso di percorsi che coinvolgano più Aziende, le responsabilità sono suddivise in base all'appartenenza istituzionale degli erogatori coinvolti.

A. Area Oncologica

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia neoplastica.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
1	Visita oncologica		89.7	10
Radiologia				
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2	10
TC con o senza contrasto				
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1	10
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 - 88.01.1	10
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 - 88.01.3	10
7	Addome completo	88.01	88.01.6 - 88.01.5	10
Risonanza Magnetica				
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2	10
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5	10
Ecografia				
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	10
11	Mammella	88.73	88.73.2	10
Esami Specialistici				
12	Colonscopia	45.23	45.23	10
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	10
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 - 45.16	10

15	Biopsie e prelievi citologici	Vedi documento regionale		80% entro 7 gg.
----	-------------------------------	--------------------------	--	-----------------

B. Area Cardiovascolare

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto, che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia cardiovascolare severa.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	
25	Visita cardiologica	89.7	89.7	10
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7	10
Ecografia				
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3	10
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5	10
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2	10
Esami Specialistici				
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	10
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50	10

C. Area Materno Infantile

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto, che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia severa.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e il sospetto diagnostico.

L'iter diagnostico dal momento del primo accesso dovrà concludersi entro 30 gg., salvo eccezioni legate alla complessità diagnostica della patologia indagata.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
39	Visita ginecologica	V72.3	89.26	10

Per le prestazioni previste dal DM 10 settembre 1998 relativo agli esami di diagnostica di laboratorio e strumentale per le donne in stato di gravidanza, si ribadiscono tempi e prestazioni previsti dal DM stesso.

L'ecografia morfologica va compresa tra le prestazioni previste tra la 19° e la 23° settimana.

Va inoltre ribadito che, come previsto dall'art. 1 comma 2 "la prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle prestazioni specialistiche è effettuata dai Medici di Medicina Generale o dagli specialisti operanti presso le strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari".

Pertanto lo specialista che per primo accerti la gravidanza dovrà provvedere alla prescrizione degli accertamenti previsti.

A tal proposito è opportuno che si effettui la prescrizione di tutti i controlli previsti dall'allegato B del DM in un unico momento, evitando, in tale maniera, accessi ripetuti delle donne.

D. Area Geriatrica

L'intesa Stato – Regioni identifica un'area geriatrica ed esami ad essa afferenti.

La Regione Friuli Venezia Giulia ritiene che, per problemi di equità, i tempi di accesso agli esami elencati debbano essere riferiti all'intera popolazione, pur nella consapevolezza che oltre la metà (54%) delle prestazioni ambulatoriali è attualmente eseguita su popolazione ultrasessantacinquenne. Va inoltre rilevato che molti degli esami previsti vengono eseguiti per il controllo su patologie croniche e non come primo accesso.

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto, che avviene normalmente per sospetto diagnostico di patologia importante.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e il sospetto diagnostico.

Se il sospetto diagnostico riguarda l'area oncologica, cardiologica o ginecologica, i tempi massimi sono quelli delle tabelle A, B e C.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempi massimi</i>
41	Visita neurologica	89.7	89.13	30
TC con o senza contrasto				
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1	60
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1	60
44	Bacino	88.38	88.38.5	60
Esami Specialistici				
45	Audiometria	95.41	95.41.1	60
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2	60
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1	60

E. Visite specialistiche di maggior impatto

Le prestazioni elencate si riferiscono al primo contatto, che avviene normalmente per sospetto diagnostico di nuova insorgenza.

La richiesta deve quindi contenere il criterio di priorità e il sospetto diagnostico.

Se il sospetto diagnostico riguarda l'area oncologica, cardiologica o ginecologica, i tempi massimi sono quelli delle tabelle A, B e C.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

<i>Numero (come indicato al punto 3 dell'Intesa)</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9- CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>	<i>Tempo massimo di attesa in giorni</i>
50	Visita dermatologica	89.7	89.7	60
51	Visita oculistica*	95.0	95.02	60
52	Visita otorinolaringoiatria	89.7	89.7	60
53	Visita ortopedica	89.7	89.7	60
54	Visita urologia	89.7	89.7	60

*Sono escluse le prestazioni limitate alla visita per prescrizione lenti

F. Prestazioni di ricovero e percorsi terapeutici

Oltre a quanto contenuto nei paragrafi precedenti, per le seguenti prestazioni si riconferma quanto già previsto nelle Linee di Gestione del Servizio sanitario regionale 2005.

<i>Prestazione</i>	<i>Tempo massimo di attesa in giorni</i>
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di colon, mammella, prostata e tumori di pertinenza urologia	30
Radioterapia	30
Chemioterapia	30

<i>Intervento</i>	<i>Codici</i>	<i>Tempo massimo di attesa</i>
Intervento di cataratta	DRG 39	180
Intervento di protesi d'anca	81.51; 81.52; 81.53;**	180

Semplificazione delle procedure di prescrizione e di refertazione

E' obiettivo regionale ridurre i tempi che il cittadino impiega attualmente per ottenere una prescrizione, prenotare, ricevere un referto, ottenere l'esenzione dal pagamento del ticket.

E' altresì obiettivo regionale ridurre il carico di lavoro di MMG/PLS e medici specialisti ospedalieri dedicato a svolgere pratiche non assistenziali.

Le azioni previste sono:

- il MMG e il PLS sono autorizzati a porre diagnosi di diabete e di ipertensione anche con danno d'organo ai fini della certificazione dell'esenzione ticket (DM 28 maggio 1999, n. 239), ciò anche in coerenza con il ruolo ad essi attribuito dal Piano regionale della prevenzione (DGR 2862 del 7 novembre 2005 e DGR 1177 del 1° giugno 2006) e dei relativi protocolli in esso contenuti;
- come previsto nel capitolo relativo all'informatizzazione sono sviluppate le reti di trasmissione di prescrizioni e di referti tra MMG/PLS e SISSR secondo i piani aziendali previsti nel presente Piano;
- gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri prescrivono su ricettario regionale gli eventuali approfondimenti richiesti per la formulazione della diagnosi;
- i controlli previsti per eventuali follow-up sono prenotati direttamente all'atto della visita / prestazione precedente;
- la rete dei presidi e dei servizi garantisce vie preferenziali ai disabili per le prenotazioni e le prestazioni erogate.

9 - sospensione di agende e di attività

Il realizzarsi di situazioni che oggettivamente impediscono l'erogazione della prestazione (guasto macchina, indisponibilità del personale per motivi vari ecc.) rappresenta un evento che può realizzarsi in qualunque contesto e per molte cause. Peraltro, occorre distinguere chiaramente l'impossibilità all'erogazione, per uno dei motivi sopra accennati, dall'attività di prenotazione, che materialmente invece deve continuare a svolgersi.

Obiettivi :

- **vietare qualsiasi sospensione delle prenotazioni;**
- **regolamentare le procedure da adottare in caso di sospensione dell'erogazione delle prestazioni dovute a causa di forza maggiore;**
- **perseguire il monitoraggio regionale sulla rilevazione di prestazioni temporaneamente sospese.**

Le azioni e le indicazioni previste sono le seguenti:

- è vietata l'interruzione dell'attività di prenotazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato. In caso di sospensione dell'erogazione le procedure saranno articolate su due possibili opzioni:

1. calcolare e assegnare i tempi di attesa in funzione della stima del tempo di interruzione dell'erogazione;
2. predisporre dei pre-appuntamenti, ovvero indicare il periodo nel quale può essere erogata la prestazione. La data precisa sarà comunicata successivamente a carico dell'Azienda.

E' altresì consigliato spostare i pazienti su altre agende, ove esistano, che erogano la stessa prestazione in una sede geograficamente prossima per l'utenza.

- Le agende possono essere chiuse per fine attività (es. cessazione attività di uno specialista ambulatoriale) o nel caso esistano più agende per la stessa prestazione nella stessa sede.

- Secondo le disposizioni del comma 284 della L.266/05, ai soggetti responsabili di violazioni a questo divieto è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di € 1.000 a un massimo di € 5.000. Le Aziende identificano i responsabili delle agende e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.

- In caso di interruzione della erogazione di prestazioni sanitarie, l'attività di prenotazione delle stesse deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste in specifici documenti aziendali, seguendo procedure formalmente approvate dalle Direzioni Aziendali, che prevedano anche forme di consultazione dei rappresentanti degli utenti.

- L'interruzione dell'erogazione di prestazioni sanitarie ambulatoriali e/o di ricovero è un'evenienza che può essere adottata solo in casi eccezionali e nel rispetto delle seguenti regole :

- a) la sospensione dell'attività di erogazione deve essere di responsabilità aziendale, non di iniziativa di un singolo erogatore o di un singolo professionista;

b) le sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del direttore sanitario di presidio o del responsabile di distretto, che deve a sua volta informare la direzione aziendale.

- La Direzione aziendale deve informare entro la fine di ogni mese l'Agenzia Regionale della Sanità di ogni chiusura avvenuta o in corso.

L'informazione deve arrivare all'ARS secondo il seguente schema.

Prestazione sospesa	
Luogo di erogazione	
Motivazione della sospensione	
Tempo previsto della sospensione	
Eventuali modalità di prenotazione per le prestazioni sospese (es. preappuntamento)	
Eventuale sospensione dell'equivalente attività intramoenia	

- Sarà compito dell'ARS farsi carico del flusso informativo previsto presso il Ministero della Salute.

- L'Azienda erogante si fa carico di informare della sospensione le altre Aziende della stessa Area Vasta al fine di evitare che più punti di erogazione della stessa prestazione siano sospesi contemporaneamente.

10 - monitoraggio e flusso informativo sui tempi di attesa

Il monitoraggio e il flusso informativo sono attuati, a cura dell'ARS, secondo quanto previsto dal testo dell'Intesa e dalle integrazioni della programmazione regionale.

Il monitoraggio all'interno della regione è attuato secondo quanto previsto dalle Linee di gestione del Servizio sanitario regionale annuali e dalle disposizioni tecniche e operative definite dall'ARS.

Il monitoraggio è attuato, salvo eccezioni, attraverso l'uso di basi dati del sistema informativo corrente.

E' fatta salva la possibilità da parte dell'ARS di svolgere indagini a campione per la verifica dei dati trasmessi dalle aziende.

Monitoraggio degli interventi programmati

Gli interventi programmati sono monitorati in maniera costante e continuativa attraverso il SISSR con la registrazione nelle SDO della relativa codifica.

Rimane l'obbligo, presso ciascun presidio ospedaliero, di conservare la documentazione di riferimento.

A partire dal 1° gennaio 2007 è obbligatorio riportare nella SDO la data di prenotazione degli interventi programmati secondo le indicazioni del Progetto Mattone "Tempi di attesa - Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili".

11 - Mancato rispetto dei tempi massimi previsti

La valutazione del rispetto dei tempi massimi avviene sulla base di:

- tempo alla prenotazione (rilevazioni a priori);

- percentuale di erogazione entro i tempi previsti (rilevazione a posteriori).

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti vanno attivate le seguenti iniziative:

- aumento del volume delle prestazioni erogate;
- acquisto di prestazioni presso altri erogatori;
- acquisto di prestazioni in libera professione.

12 – Definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti, delle responsabilità delle Aziende e dell’Agenzia regionale della sanità

La definizione delle strutture nelle quali i tempi massimi sono garantiti avviene all’interno di un accordo di Area Vasta.

I punti di erogazione devono essere identificati garantendo le seguenti caratteristiche:

- accessibilità geografica (distanze e tempi di percorrenza);
- volume erogato sufficiente a garantire una quota consistente delle prestazioni;
- accessibilità temporale (orari giornalieri e giorni di apertura).

Le responsabilità delle Aziende sono così definite:

- Aziende per i Servizi sanitari: garantiscono volumi e tempi previsti nelle strutture di diretta pertinenza e negli accordi con gli erogatori privati; monitorano i tempi nel territorio di competenza; stipulano gli accordi con le altre aziende; applicano le indicazioni riguardanti i MMG e i PLS;
- le Aziende Ospedaliere, Ospedaliere – Universitarie e gli IRCCS sono responsabili del rispetto dei volumi e dei tempi per le prestazioni erogate, dei tempi degli interventi programmati e dei tempi della radioterapia, se di pertinenza.

Tutte le aziende sono responsabili dell’applicazione delle altre norme contenute nel presente Piano per quanto di pertinenza.

L’Agenzia regionale della sanità è responsabilizzata ad intervenire quando, in base ai risultati dei monitoraggi effettuati, emergono tempi di attesa critici per particolari prestazioni a basso rischio di inappropriata.

Gli interventi dell’Agenzia regionale della sanità potranno consistere in:

- valutazione del bisogno appropriato
- analisi dell’offerta a livello di area vasta o regionale
- determinazione del numero di pazienti in lista di attesa
- programmazione articolata e congiunta degli interventi necessari a superare le criticità evidenziate.

13 - Procedure del piano

Il presente piano viene inviato al Ministero della Salute e al Comitato LEA.

Entro 60 gg. dalla presente delibera le Aziende adottano il programma attuativo aziendale a valenza triennale secondo le modalità previste successivamente.

14 - Compiti dell'ARS

All'ARS sono affidati i compiti di:

- negoziazione dei piani aziendali;
- monitoraggio dell'attuazione del piano;
- coordinamento dei gruppi tecnici e produzione dei documenti e protocolli di valenza regionale;
- rendicontazione semestrale dello stato di avanzamento del piano.

15 - iter dei piani attuativi aziendali

Le Aziende redigono, secondo le indicazioni del presente piano, il Piano attuativo aziendale.

Ove previsto svolgono le consultazioni con le OOSS e con le associazioni dei cittadini.

Il piano delle Aziende deve essere articolato secondo i seguenti contenuti per ciascuno dei quali devono esser definiti obiettivi, azioni e risultati previsti:

- governo della domanda;
- rapporti con le associazioni dei consumatori;
- misure per la razionalizzazione dell'offerta;
- organizzazione di CUP e CALL-CENTER;
- attività di revisione delle attività prescrittive;
- pubblicizzazione dei risultati;
- regolamentazione della libera professione;
- garanzia e localizzazione dell'erogazione dei tempi di attesa garantiti;
- definizione delle responsabilità della tenuta delle agende;
- organizzazione del monitoraggio.

Il Piano prevede l'articolazione annuale degli obiettivi e delle attività.

Il Piano viene quindi negoziato con l'ARS prima dell'approvazione definitiva.

DGR 24 novembre 2006, n. 2843 Piano sanitario e sociosanitario regionale 2006-2008.

(Estratto: capitolo 6 "Tempi di attesa")

Tempi di attesa

Il problema dei "tempi d'attesa", o delle "liste di attesa", è dibattuto a tutti i livelli all'interno della sanità pubblica di molti paesi. Il diffuso dibattito su tale problema consegue:

- a) alla crescente domanda di prestazioni;
- b) all'invecchiamento della popolazione e quindi all'aumento dei bisogni;
- c) alla crescente difficoltà di accedere alle prestazioni specialistiche che si arricchiscono di tecnologia e di professionalità sempre più difficili da ottenere e quindi da garantire;
- d) alla rilevante diminuzione dei ricoveri con spostamento dell'attività sul versante ambulatoriale.

Nella nostra Regione vengono eseguite circa 15 milioni di prestazioni ambulatoriali all'anno con incrementi annui superiori al 10%. Questa consistente e perdurante modificazione della domanda è avvenuta con una rapidità superiore alla capacità di riorganizzare l'offerta ed in un contesto di "controllo" della crescita della spesa sanitaria che tende sempre più a divaricarsi tra la disponibilità economica da una parte e le richieste dall'altra.

Anche nel FVG sono quindi aumentati i tempi di attesa provocando disagi e lamentele dei cittadini. Come in tutti i paesi occidentali e le altre regioni italiane, anche in FVG si è cercato, inizialmente, di porre rimedio a questo problema incrementando le risorse a disposizione in modo da poter aumentare l'offerta di prestazioni. Purtroppo, come è avvenuto nella maggior parte dei paesi occidentali, anche in FVG non si sono ottenuti risultati apprezzabili.

Il problema è quindi strutturale e come tale va affrontato. I presupposti per una soluzione strutturale sono: la conoscenza del fenomeno, il coinvolgimento professionale, l'ottimizzazione organizzativa ed il coinvolgimento dei cittadini.

Il problema non è annullare i tempi di attesa, ma rendere tali tempi ragionevolmente brevi rispetto al bisogno sanitario.

Il SSR si propone nel prossimo triennio di perseguire i seguenti obiettivi strategici.

1. Trasparenza e affidabilità delle informazioni

Il cittadino deve poter conoscere in maniera chiara, affidabile e trasparente i tempi di attesa. Per tale obiettivo è necessario che sia attivo un sistema di monitoraggio affidabile e a valenza regionale. E' quindi necessario che siano definiti i metodi di rilevazione e che siano pubblicizzati, con gli strumenti adeguati, i tempi di tutta la regione e dei singoli luoghi di erogazione. Il monitoraggio deve riguardare i tempi, i volumi, la libera professione e l'esistenza e l'applicazione di criteri di priorità. Il monitoraggio riguarderà le prestazioni ambulatoriali e le prestazioni di ricovero.

2. Definizione di progetti specifici per le aree critiche

In alcune aree diagnostiche e terapeutiche il tempo di attesa può influenzare il risultato finale sul paziente. Per queste aree saranno monitorati i tempi di attesa dei profili di cura di alcune patologie. Con ciò si intende il tempo che intercorre tra i singoli passi e il tempo

complessivo. Ad esempio saranno monitorati, per le patologie oncologiche, i tempi tra biopsia, intervento, radioterapia. In funzione dei dati rilevati, le linee di gestione annuali indicheranno anche obiettivi specifici da raggiungere per le singole aziende.

3. Aumento dell'accessibilità alla prenotazione

La diffusione di CUP e *Call center* migliora l'accessibilità alla prenotazione da parte del cittadino, razionalizza le agende e permette un uso più appropriato del personale sanitario talvolta dedicato impropriamente alle funzioni di segreteria di ambulatorio. La Regione promuove lo sviluppo di tali strumenti in tutto il territorio e il coordinamento funzionale tra i diversi territori interessati. All'interno del progetto saranno sviluppati anche tutti gli strumenti informatici in grado di facilitare la connessione e la comunicazione tra MMG/PLS e sistema informativo sanitario regionale.

4. Partecipazione delle associazioni dei cittadini

L'obiettivo della trasparenza è perseguito anche attraverso la partecipazione attiva dei cittadini, nelle forme associate, alla valutazione del programma. A tal fine saranno promosse tutte le forme di collaborazione che permettano una valutazione esterna delle liste di attesa e del programma in generale da parte delle associazioni maggiormente rappresentative.

5. Introduzione di nuove tecnologie e di nuovi percorsi diagnostici

La Regione si farà carico, attraverso i propri organi tecnici, della valutazione preliminare e del monitoraggio dell'impatto di nuove tecnologie o di nuovi percorsi diagnostici sul sistema sanitario. Ciò con la finalità di programmare e affrontare con tempestività le innovazioni e i possibili effetti negativi sull'accessibilità alle prestazioni.

6. Governo clinico e liste di attesa

Il governo delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche passa attraverso la condivisione tra i professionisti interessati dei criteri di appropriatezza. Per tale finalità è necessario che vi sia una partecipazione continua e in rete dei professionisti nella valutazione e nella gestione di parti specifiche del programma. E' su questi tavoli che andranno discussi e definiti criteri di priorità, profili di cura, modalità di accesso, interazione tra ospedali e MMG/PLS. Accanto al coinvolgimento di tutti i professionisti nella definizione di priorità per le liste di attesa andranno anche definite le prestazioni "amministrative" (assicurative, medico legali, pensionistiche, per esenzione *ticket*, ecc.) che non possono entrare nello stesso percorso "sanitario".

7. Ottimizzazione dell'uso delle grandi apparecchiature e ridefinizione del rapporto con la libera professione

In base alla mappatura dell'effettivo utilizzo delle grandi apparecchiature compresi l'utilizzo per l'urgenza, per la libera professione e l'utilizzo al sabato, potrà essere migliorata l'offerta di prestazioni. Nel rispetto della normativa contrattuale dovranno essere definite precise regole per legare i volumi dell'attività istituzionale rispetto a quella libero professionale che non potrà superare un volume di prestazioni o un orario superiore a quello istituzionale. Le aziende negozieranno annualmente con i dirigenti responsabili i volumi di attività istituzionale rispetto a quelli in libera professione.

8. Determinazione dei tempi massimi di attesa

Per le prestazioni ritenute rilevanti e per determinate patologie, annualmente, saranno definiti a livello regionale i tempi massimi di attesa e la percentuale di cittadini che devono ottenere le prestazioni entro tali tempi. Le attese massime potranno essere differenziate per criteri di priorità o per criteri generali.

9. Chiusura delle agende

In base alla normativa attuale (Legge finanziaria 2006) ed alle determinazioni assunte dal Friuli Venezia Giulia per l'anno 2005 (deliberazione giunta 29 novembre 2004, n. 3234, con la quale sono state adottate le *"Linee per la gestione del servizio sanitario regionale nell'anno 2005"*; determinazione dell'Agenzia regionale della sanità del 27 maggio 2005, con la quale sono state comunicate le *"Linee guida per la sospensione delle prenotazioni delle attività ambulatoriali"*) è vietata la chiusura delle agende se non per motivi eccezionali (es. rottura dell'apparecchiatura). Fino alla completa attuazione di quanto sopra si prevede che in caso di chiusura di un'agenda dovranno essere contestualmente sospese le corrispondenti agende per la libera professione.

APPENDICE

ODG n.35 (collegato al disegno di legge n. 10 "Assestamento del bilancio 2008"), presentato dal consigliere Asquini

Accolto nella seduta n. 13 del 31 luglio 2008

Oggetto: Liste d'attesa

Il Consiglio Regionale,

visto la drammatica situazione delle liste d'attesa per le prestazioni ospedaliere e di analisi medica; la necessità di introdurre metodologie innovative per lo smaltimento della situazione in essere e l'operatività futura;

l'urgenza di interventi in materia;

impegna la Giunta regionale

ad affrontare al più presto, se possibile, la tematica in oggetto, favorendone la risoluzione con interventi anche normativi da attuarsi a partire dall'anno in corso.

ODG n. 24 (collegato al ddl n. 40"Legge finanziaria 2009"), presentato dai consiglieri Codega, Lupieri, Menis, Menosso

Accolto nella seduta n. 37 del 19 dicembre 2008

I sottoscritti consiglieri regionali,

PREMESSO

che la questione delle liste di attesa si inquadra all'interno di una pianificazione regionale e nazionale (rispettivamente il Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008 [DGR 1509 DD. 30.6.2006] e l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 nonché l'intesa inerente il "Piano nazionale di contenimento delle liste di attesa per il triennio 2006-2008").

CONSIDERATO

che il problema delle liste di attesa è dovuto principalmente a:

- il miglioramento delle potenzialità di cura che determina un uso reiterato dei servizi;
- l'aumento della sopravvivenza per determinate patologie (cardiologiche o tumorali ad esempio) che determina un aumento dei soggetti in condizione di bisogno e quindi di ricorso ai servizi sanitari;
- l'invecchiamento della popolazione che determina, anch'esso, un incremento delle prestazioni da erogare;
- l'ottima performance del Servizio Sanitario Regionale –prevalentemente pubblico- che porta sì ad una maggiore accessibilità ai servizi, ma che determina proprio per il suddetto motivo un incremento nell'utilizzo dei servizi stessi.

CONSIDERATO

che il Servizio Sanitario Regionale, con la sua caratterizzazione principalmente pubblica, che prevede l'apporto regolato del privato, ha garantito da un lato buoni risultati di efficacia e di efficienza e dall'altro il principio universalistico delle prestazioni. E che pertanto il modello essenzialmente pubblico del Servizio Sanitario Regionale va conservato e casomai potenziato.

CONSIDERATO

che il mero incremento delle prestazioni, sperimentato negli ultimi anni novanta, non ha ridotto i tempi di attesa.

CONSIDERATO

che la questione delle liste di attesa va affrontata incidendo su:

- il governo della domanda e più specificatamente su: prescrizioni e prescrittori di prestazioni (applicazione dei criteri di appropriatezza e priorità), elaborazione e applicazione di procedure di follow-up nonché campagne informative rivolte ai cittadini-utenti (al fine di

ottenere una domanda più propria, ma anche di contenere il “consumismo sanitario”);

- il governo dell’offerta e più specificatamente su: l’utilizzo efficiente delle strutture e delle apparecchiature esistenti, l’incremento delle prestazioni erogate, ma tenendo conto dei criteri di appropriatezza nonché l’equità di accesso alle prestazioni per ciascun ambito territoriale.

IMPEGNANO LA GIUNTA

Ad attivarsi per la soluzione della questione delle liste di attesa nel quadro della pianificazione di cui sopra.

A non abbandonare, per il raggiungimento dello scopo appena menzionato, il modello universalistico pubblico per abbracciare modelli privatistici o a privatizzazione crescente che minerebbero l’universalismo delle prestazioni creando forte disomogeneità nell’accesso e nella tipologia di prestazioni tra cittadini e tra diversi territori della Regione.

A ricercare le soluzioni entro le seguenti linee di lavoro:

- l’uso ottimale delle risorse;
- l’appropriatezza delle prestazioni;
- l’adozione degli strumenti propri del governo clinico con particolare riferimento all’Audit;
- la responsabilizzazione dei cittadini ad un corretto uso dei servizi sanitari.



A cura della Segreteria generale - Area giuridico-legislativa
piazza Oberdan, 5 – 34133 Trieste
tel. 0403773884 – fax 0403773864

Stampato in proprio dal Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia,
piazza Oberdan, 6 – 34133 Trieste