



# Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Servizio III°: "Sanità e politiche sociali"

**Codice sito: 4.10/2010/11**

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0000685 P-2.17.4.10  
del 04/02/2010



4516615

Al Ministero della salute

- Gabinetto
- Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
- Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato - IGESPES

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome  
c/o CINSEDO

All'Assessore della Regione Toscana  
Coordinatore Commissione salute

All'Assessore della Regione Molise  
Coordinatore Vicario Commissione salute

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano

## LORO SEDI

**Oggetto:** Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

*Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.*



# Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

La Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, con lettera in data 2 febbraio u.s., ha trasmesso il documento in oggetto ai fini del perfezionamento dell'intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni.

Si comunica che la suddetta documentazione è disponibile sul sito [www.statoregioni.it](http://www.statoregioni.it) con il codice: 4.10/2010/11 e che, per il suo esame, una riunione tecnica è convocata per il giorno 9 febbraio 2010, alle ore 10.30, presso la sede di questo Ufficio in Roma, via della Stamperia n. 8, sala riunioni "A" del piano terra.

Il Direttore  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



**REGIONE TOSCANA**  
**Giunta Regionale**

**Direzione Generale Diritto alla Salute e  
 Politiche di Solidarietà**  
**COORDINAMENTO INTERREGIONALE  
 IN SANITA'**

Prot. GEN/0129/A.060.050  
*da citare nella risposta*

Roma, 2 febbraio 2010

A mezzo fax/e-mail

Comunicazione trasmessa solo via fax  
 sopravvive l'originale  
 ai sensi dell'art. 6, comma 7, della l. 417/1991

Al Direttore della Segreteria della  
 Conferenza permanente per i rapporti  
 tra lo Stato, le Regioni e le Province  
 autonome  
 Dott.ssa Ermenevilda Siniscalchi

**Oggetto: Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.  
 Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.**

Si trasmette, in allegato, il documento in oggetto, elaborato dalle Regioni, che costituisce l'aggiornamento dell'Intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, ai fini dell'avvio del relativo iter istruttorio presso codesta Segreteria.

Cordiali saluti.

Per il Coordinamento Commissione Salute

Ing. Mario Romeri

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
 CSR 0000640 A-2.17.4.10  
 del 02/02/2010

All.: c.s.d.



4508721



Ministero della Salute

**DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'**

**DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA**

**Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.**

*Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n.131.*

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

**VISTO** l'articolo 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'articolo 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 sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio sanitario nazionale;

**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 D.P.C.M. del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida , di cui alla lettera b) del suddetto accordo;

**VISTO** il D.P.C.M. 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 DPCM 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'articolo 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 articolo 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, che contempli, 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'articolo 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'articolo 1, comma 279 della legge 23 dicembre 2005, n.266, il quale stabilisce che lo Stato, in deroga a quanto stabilito dall'articolo 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'articolo 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'articolo 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 governo dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:

- 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'articolo 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, nonché in coerenza con i parametri temporali determinati in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 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 nonché 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'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 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'opportunità di utilizzare il flusso informativo ambulatoriale previsto dall'art.50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio della specialistica ambulatoriale e il flusso SDO per le finalità di monitoraggio delle attività di ricovero ospedaliero;
- f) la previsione che, a certificare la realizzazione degli interventi in attuazione del Piano nazionale di governo dei tempi di attesa, provveda il Comitato 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;

**VISTO** l'articolo 1, comma 282 della suddetta legge n.266/2005 che, nel quadro degli interventi per il governo 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'articolo 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n.266, che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale; 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'articolo 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 articolo 1 di "agende chiuse", nonché delle violazioni dell'obbligo di cui all'articolo 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'articolo 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'articolo 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'articolo 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'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 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 Régionerìa generale dello Stato, del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, che si avvale delle risultanze del Comitato di cui all'articolo 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 l'Intesa del 28 marzo 2006 tra 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;**

**VISTI** i risultati del Monitoraggio condotto alla luce del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

**VISTI** i risultati delle rilevazioni condotte dall'AGENAS in ottemperanza a quanto previsto dallo stesso piano;

### **SANCISCE INTESA**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2009-2011 che è parte integrante della presente intesa.

## ALLEGATO

### PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2009-2011

#### 1. INTRODUZIONE

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove esiste un servizio sanitario che offre un livello di assistenza avanzato, qualunque sia il modello organizzativo adottato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale da un lato, sia 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, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la 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 quello di promuovere la capacità del SSN, sia a livello centrale che periferico, di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

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 governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

La ridefinizione delle modalità operative deve pertanto avvenire con criteri idonei a garantire:

- omogeneità tra quanto indicato nel PNGLA e le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi e con particolare attenzione alle classi di priorità;

- coerenza di obiettivi con le scelte relative ai contratti ed agli accordi collettivi nazionali, per le modalità prescrittive e con i dirigenti medici in materia di ALPI;
- concordanza con gli indirizzi in materia di accreditamento istituzionale e di criteri per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi.

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. Tale percorso si realizza tenendo conto dell'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i diversi livelli istituzionali.

Il presente Piano:

- A. aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni nell'ambito del proprio piano;
- B. definisce la quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, in raccordo anche al Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 – Progetto “Rete centri di prenotazione”;
- C. stabilisce le modalità di utilizzo del flusso informativo previsto dall'art. 50 della legge 326/2003 per le finalità di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e del flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- D. ridefinisce 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'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

Il presente Piano, altresì, promuove:

1. la logica della presa in carico dei pazienti, nel processo di definizione o approfondimento diagnostico, da parte degli specialisti e delle strutture;
2. modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model) per l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici;
3. la predisposizione e diffusione di metodologie idonee al monitoraggio dei percorsi diagnostico-terapeutici con particolare riferimento agli ambiti oncologici e cardiologici

4. la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;
5. l'utilizzo e la diffusione dell'Information & Communication Technologies come strumento di supporto al governo delle liste d'attesa nei diversi processi interessati;
6. le attività di verifica e controllo delle liste di attesa per le prestazioni erogate in libera professione (intra moenia ed intra moenia allargata);

## **2. LINEE GENERALI DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER UN APPROCCIO STRATEGICO AL PROBLEMA DEL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

Entro 90 giorni dall'emanazione delle linee guida di cui al punto 7 del presente Piano, le Regioni, anche ad integrazione ed aggiornamento, in nuovo testo coordinato, dei provvedimenti regionali attuativi dell'articolo 3 decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, dell'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, del Decreto del Presidente del Consiglio 16 aprile 2002 e di quanto già eventualmente definito nell'ambito dei progetti di cui all'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, dell'**"Intesa del 28 marzo 2006 tra 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**, adottano un Piano regionale attuativo che garantisca i seguenti aspetti:

1. Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSN, attraverso diversi strumenti, tra i quali l'uso delle classi di priorità, sia nella fase di prescrizione che nell'organizzazione dell'offerta.
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 sanitarie.
3. Gestire razionalmente gli accessi, prevedendo l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda, e per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.
4. Prevedere procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento alle classi di priorità.
5. Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione erogata in favore delle aziende;

6. prevedere attività di verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in libera professione al fine di garantire l'equilibrato rapporto con quelle rese istituzionalmente;
7. delineare gli indirizzi per garantire la presa in carico dei pazienti da parte degli specialisti e delle strutture nel processo di definizione o approfondimento diagnostico;
8. avviare e potenziare iniziative che utilizzino le possibilità offerte dalle Information & Communication Technologies con particolare riferimento alla predisposizione di funzionalità che supportino in maniera automatizzata il processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina

Il Piano regionale garantisce la fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni di cui al successivo 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 rendere disponibili le 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 per sviluppare e rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni, quali i siti web aziendali, le campagne informative, gli Uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi.

Va altresì pienamente valorizzata la partecipazione degli utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato, per favorire sia un'adeguata conoscenza delle attività e delle modalità di accesso ai servizi.

In attuazione del comma 282 dell'articolo 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, va mantenuta la vigilanza sulle situazioni di sospensione della prenotazione ed erogazione di prestazioni.

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.

### **3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ED OSPEDALIERE OGGETTO DI MONITORAGGIO**

Le prestazioni sono state individuate a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa svolte in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 e delle rilevazioni condotte dall'Agenas in attuazione della stessa Intesa. In particolare, sono state escluse dal precedente elenco alcune prestazioni in quanto:

- non hanno presentato nessun problema di attesa nella maggioranza delle regioni
- si sono rilevati volumi erogati talmente limitati da ridurre il valore aggiunto dell'informazione raccolta a livello di sistema, oltre a renderla facilmente sensibile ai fattori contingenti
- non è stato possibile un'identificazione precisa ed affidabile
- non erogate nel setting previsto

Sono state invece incluse alcune prestazioni che sono risultate critiche o che sono funzionali ad una visione completa dell'ambito osservato.

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.

## PRESTAZIONI AMBULATORIALI

### VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologica	89.7	8
2	Visita chirurgia vascolare	89.7	14
3	Visita endocrinologica	89.7	19
4	Visita neurologica	89.13	32
5	Visita oculistica	95.02	34
6	Visita ortopedica	89.7	36
7	Visita ginecologica	89.26	37
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7	38
9	Visita urologica	89.7	43
10	Visita dermatologica	89.7	52
11	Visita fisiatrica	89.7	56
12	Visita gastroenterologica	89.7	58
13	Visita oncologica	89.7	64
14	Visita pneumologica	89.7	68

### PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore
<b>Diagnostica per Immagini</b>		
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, prostata e vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscoloscheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
<b>Altri esami Specialistici</b>		

34	Colonscopia	45.23 – 45.25 – 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 – 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 – 89.43
40	Audiometria	95.41.1
41	Spirometria	89.37.1 – 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09.1
43	Elettromiografia	93.08.1

### PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia *	99.25	V58.11
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato *	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
48	Riparazione ernia inguinale *	53.0X- 53.1X	

\* le regioni che erogano la prestazione prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, svolgeranno il monitoraggio in tale setting

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
51	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 – 48.6	Categorie 153 – 154
52	Interventi chirurgici per tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	Sottocategoria 36.1X	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66 -36.09	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53 -00.70 – 00.71 – 00.72 – 00.73	162
57	Interventi chirurgici per tumore del Polmone	32.3 – 32.4 – 32.5 – 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

Per le prestazioni sopra elencate, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito per il 90 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 del 11 luglio 2002 per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

#### **4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI DELLE AZIENDE USL**

Entro 90 giorni dall'adozione del Piano attuativo regionale, le aziende USL adottano un programma attuativo aziendale.

Fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il programma attuativo aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa in attuazione della normativa regionale in materia.

Nel programma, sono definite le misure da adottare in caso di superamento dei tempi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente.

Il programma prevede le modalità con cui, o la specificazione delle strutture erogatrici nell'ambito delle quali, i tempi massimi di attesa sono garantiti e assicura la diffusione e l'accesso a tali informazioni, utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili, nonché prevedendone la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori di medicina generale e di pediatri di libera scelta etc.).

#### **5. RISORSE PER IL PIANO DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA**

Le regioni si impegnano a destinare una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, in raccordo anche al Piano e-gov 2012 Obiettivo 4 – Progetto “Rete centri di prenotazione”, per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano nazionale, riservando una parte degli importi alla realizzazione di un sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP).

#### **6. FLUSSO INFORMATIVO**

##### **6.1 Monitoraggio di sistema**

Al fine di poter monitorare l'attuazione dell'appropriata erogazione delle prestazioni in regime ambulatoriale, il flusso informativo 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 e nel PNCTA 2006-2008, anche per permettere, a livello di monitoraggio, di differenziare le prenotazioni in funzione della classe di priorità assegnata.

E' opportuno sottolineare che nel precedente PNCTA le classi di priorità venivano indicate come A (entro 10 giorni) e B (30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali) e C (entro 180 giorni). Successivamente, nel Disciplinare tecnico del comma 2 dell'art.50 della legge 326/2003 è stato precisato che:

- la lettera U corrisponde a urgente, da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;
- la lettera B (Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- la lettera D (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti;
- la lettera P corrisponde a Programmata, ovvero senza priorità, comunque entro i tempi massimi stabiliti dalla regione.

Ai fini della verifica del rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni dell'elenco di cui al punto 3, sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

Per quanto attiene ai ricoveri, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, deve essere utilizzato il flusso SDO. Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle *Agende di Prenotazione dei Ricoveri*.

## **6.2 Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiologiche**

In considerazione della particolare rilevanza epidemiologica e del rischio oggettivo che ritardi nello svolgimento degli accertamenti possono avere sui pazienti affetti da patologie oncologiche o cardiologiche, l'Agenas, in collaborazione con tutte le regioni e PA, provvederà a validare e diffondere la procedura per il monitoraggio dei percorsi diagnostici e terapeutici già individuata nel Mattone "Tempi di Attesa", focalizzandola su queste patologie.

L'Agenas provvederà a relazionare annualmente al Ministero della Salute sui risultati di tale attività.

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

Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, aggiorna, entro sessanta giorni dalla stipula della presente intesa, la linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali, tenendo conto di quanto il piano stesso prevede.

Le Regioni si impegnano a trasmettere il piano regionale, entro venti giorni dalla sua adozione, al Comitato stesso.

## **8 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'articolo 1, comma 308 della legge 23 dicembre 2005, N.266 (legge finanziaria 2006) e dal punto 6.2 di questo Piano.