

Puglia

Reg. reg. 11-2-2016 n. 2

Linee Guida sull'attività libero - professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.

Pubblicato nel B.U. Puglia 15 febbraio 2016, n. 14, supplemento

Reg. reg. 11 febbraio 2016, n. 2 ⁽¹⁾.

Linee Guida sull'attività libero - professionale intramuraria del personale dipendente della Dirigenza Medica, Veterinaria e del Ruolo Sanitario delle Aziende del S.S.R.

(1) Pubblicato nel B.U. Puglia 15 febbraio 2016, n. 14, supplemento

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

VISTO l'art. 121 della Costituzione, così come modificato dalla *legge costituzionale 22 novembre 1999 n. 1*, nella parte in cui attribuisce al Presidente della Giunta Regionale l'emanazione dei regolamenti regionali;

VISTO l'art. 42, comma 2, lett. c) *L.R. 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia";

VISTO l'art. 44, comma 1, *L.R. 12 maggio 2004, n. 7* "Statuto della Regione Puglia";

VISTA la Delib.G.R. n. 1842 del 19 ottobre 2015 di adozione del Regolamento;

VISTO il *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e s.m.i. - art. 15-quinquies;

VISTA la *legge 23 dicembre 1994 n. 724* - art. 3, commi 6 e 7;

VISTO il decreto del Ministero della Sanità del 31 luglio 1997;

VISTA la *legge 23 dicembre 1998 n. 448* - art. 72;

VISTO il *D.Lgs. 17 agosto 1999 n. 368* - art. 40, comma 1;

VISTA la *legge 23 dicembre 1999 n. 488* - art. 28;

VISTO l'atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria adottato con *D.P.C.M. del 27 marzo 2000*;

VISTA la *legge 20 giugno 2003 n. 141*;

VISTA la *legge 3 agosto 2007, n. 120*;

VISTO il decreto legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito in legge 8 novembre 2012, n. 189;

VISTA la L.R. n. 19/2010;

VISTI i CC.CC.NN.LL. delle aree della dirigenza del SSN dell'8/6/2000 e s.m.i.;

VISTA la Delib.G.R. n. 616 del 28 maggio 2002 di recepimento del D.P.C.M. del 27 marzo 2000;

VISTA la Delib.G.R. n. 480 del 13 marzo 2012 di recepimento dell'Accordo sulle "prestazioni aggiuntive";

VISTO il Reg. reg. n. 23/2013 "Linee guida per l'adozione del programma sperimentale per l'esercizio dell'attività libero- professionale intramuraria presso lo studio privato del professionista", approvato con Delib.G.R. n. 2170 del 26 novembre 2013.

Emana

IL SEGUENTE REGOLAMENTO

Art. 1 Premessa.

Il D.P.C.M. 27 marzo 2000 "Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale", all'art. 1, comma 3, ribadisce la competenza delle regioni a disciplinare la materia della libera professione intramuraria, tenendo conto, limitatamente al corretto equilibrio fra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, delle norme dei Contratti Collettivi Nazionali delle aree dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale.

La Legge 3 agosto 2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" ha regolato la materia dell'attività libero-professionale intramuraria (denominata anche ALPI) con lo scopo di affrontare e risolvere i principali problemi legati alla sua corretta attivazione presso le aziende pubbliche appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. La struttura originaria della legge è stata modificata sia da successivi provvedimenti normativi che dalla giurisprudenza (sentenza Corte Costituzionale n. 371/2008). Le ultime variazioni hanno riguardato, in particolare, i termini per il passaggio al regime ordinario. L'accordo Stato - Regioni del 18/11/2010 precisa aspetti già sanciti dal legislatore introducendo alcune innovazioni quali:

- la determinazione dei volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili sia individuali che di *équipe*;
- la rilevazione oraria dell'attività svolta in regime libero professionale distinta da quella istituzionale;
- il monitoraggio ed il controllo dell'attività libero professionale, in modo da garantire che il suo svolgimento non vada a scapito dell'attività istituzionale;
- la definizione di modalità di verifica al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, nonché l'insorgenza di conflitti di interessi o di forme di concorrenza sleale;

- l'istituzione, nell'ambito dell'attività di verifica succitata, di appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative e le organizzazioni degli utenti e di tutela dei diritti.

Il *Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158* convertito con modificazioni dalla *Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"* ha posto nuovamente al centro dell'attenzione la problematica dell'ALPI, ridisegnando il modo di operare dei professionisti che hanno optato per il rapporto esclusivo, dedicando particolare attenzione sia ai nuovi "strumenti di lavoro" (creazione di reti informatiche tra professionisti ed aziende di appartenenza per lo scambio di dati sanitari ed economici, tracciabilità dei pagamenti da parte dei pazienti - utenti), sia alla definizione di una tempistica che tenga conto delle esigenze dei professionisti e delle aziende sanitarie di appartenenza.

Anche le sanzioni a carico dei Direttori Generali inadempienti sono mutate rispetto alla *Legge 120/2007*, con la previsione, oltre che della possibilità di intervento della Regione, mediante poteri sostitutivi, nei confronti del Direttore Generale inadempiente, anche della decurtazione del 20% della retribuzione di risultato del Direttore Generale fino ad arrivare alla destituzione nell'ipotesi di grave inadempienza.

Le nuove norme, pertanto, danno indicazioni più precise e impegnano in misura maggiore le Aziende rispetto alla corretta attivazione dell'istituto in parola.

Art. 2 *Principi fondamentali.*

Il presente regolamento disciplina l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, denominata in seguito anche ALPI, presso le aziende sanitarie ed enti del SSR, denominate in seguito anche Aziende.

I dirigenti, nonché il personale universitario conferito all'assistenza che operano in regime di ALPI garantiscono trattamenti improntati ad imparzialità sia ai pazienti che scelgono l'erogazione di prestazioni in regime libero professionale, sia ai pazienti che scelgono l'erogazione di prestazioni in via istituzionale.

Deve essere garantita, da parte del dirigente interessato, la prevalenza dell'attività istituzionale definita dai LEA sull'attività in regime di ALPI sia in termini di orario, che di volume di prestazioni.

L'ALPI non deve essere concorrenziale nei confronti del SSN e deve essere organizzata in modo tale da assicurare l'assolvimento dei compiti istituzionali e dei servizi, nel rispetto della normativa che disciplina la materia, rispettando gli stessi livelli tecnologici ed organizzativi dell'attività istituzionali.

Sono erogabili tutte le tipologie di prestazioni effettuate in via ordinaria, salvo quanto previsto e indicato più avanti.

L'attività libero-professionale intramuraria è prestata nella disciplina di appartenenza.

Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza non può esercitare l'attività nella propria struttura o nella propria disciplina può essere autorizzato dal Direttore Generale, con il parere favorevole del Collegio di Direzione e delle OO.SS. maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria presente nell'Organismo Paritetico di Verifica e Promozione dell'ALPI, ad esercitare l'attività in altra struttura dell'Azienda o in disciplina equipollente a quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di un'anzianità di servizio di 5 anni nella stessa disciplina equipollente.

Il dirigente con rapporto di lavoro esclusivo può fare richiesta, secondo le modalità contenute nell'attuale normativa, per il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo (extramoenia) entro il 30 novembre di ogni anno, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

L'opzione per il rapporto di lavoro esclusivo non contempla frazionamenti e si intende complessivamente resa per le prestazioni sia in regime ambulatoriale, di ricovero, di consulenza e consulto.

La revoca dell'opzione per l'attività libero professionale extramoenia può essere chiesta dal professionista entro il 30 novembre di ogni anno, con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Nel caso in cui, l'Organismo Paritetico di cui all'art. 6 del presente Regolamento, attraverso verifiche periodiche, rilevi un superamento dei limiti regionali deliberati come tempi massimi d'attesa, il Direttore Generale, adotta i provvedimenti consequenziali necessari al ripristino di tempi di attesa simili per le medesime prestazioni erogate in regime istituzionale. Il suddetto Organismo Commissione Paritetica inoltre procede trimestralmente ad una verifica di congruità tra l'attività istituzionale e l'attività intramuraria, svolta dai Professionisti. Il mancato controllo del rispetto dei vincoli, delle modalità e delle procedure indicate dalle norme e dal presente Regolamento, costituisce grave inadempienza del Direttore Generale con conseguente valutazione negativa ai sensi dell'art. 3-bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., come novellato dall'art. 2 della Legge n. 189/2012.

Art. 3 *Modalità di esercizio dell'attività libero-professionale.*

Ai fini e per gli effetti del presente regolamento, per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario nonché dal personale universitario conferito all'assistenza si intende l'attività che detto personale effettua fuori dall'impegno di servizio, individualmente o in équipe, in favore e su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'art. 9, comma 4, lettera b) del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni.

L'attività libero-professionale intramuraria si svolge, ai sensi dell'art. 55, comma 1, del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i., nelle seguenti forme:

- a richiesta del singolo o di soggetti terzi ed esterni;
- in favore e su libera scelta dell'assistito con oneri a carico del beneficiario;

- in esito a richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in *équipe*, in strutture di altre aziende del SSN o altra struttura sanitaria non accreditata previa convenzione con le stesse;
- come attività di consulenza e di consulto attivate dall'azienda;
- come partecipazione ai proventi di attività professionali a pagamento richieste da terzi (utenti singoli, associazioni, aziende ed enti) all'azienda anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, d'intesa con l'*équipe* dei servizi interessati;
- individualmente o in *équipe*;
- in regime ambulatoriale (comprese le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio), ivi comprese le attività in regime di *day-service*;
- in regime di ricovero (ordinario, *day hospital* e *day surgery*);
- nelle strutture ospedaliere e nelle strutture territoriali;
- in idonee strutture private non accreditate e non contrattualizzate con il SSN e con il SSR;
- negli studi privati secondo modalità previste dalle norme vigenti, compreso il *Reg. reg. n. 23/2013* adottato con Delib.G.R. n. 2170 del 26 novembre 2013, di approvazione delle *"Linee Guida sull'adozione del programma sperimentale per l'esercizio dell'A.L.P.I. ambulatoriale presso studi privati alla luce di quanto disposto dalla Legge 3 agosto 2007 n. 120, modificata dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189"*, fermo restando l'obbligo del Direttore Generale, di provvedere alla predisposizione degli spazi necessari e dell'organizzazione, rispettosa anche della normativa vigente sulla privacy, necessaria a permettere il rientro in Azienda dell'ALPI e comunque entro il termine massimo previsto dall'*art. 2 della L. 8 novembre 2012 n. 189 smi*;
- per quelle discipline con limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria, ai sensi dell'*art. 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000*, possono essere considerate prestazioni erogate in regime libero professionale quelle prestazioni richieste in via eccezionale e temporanea ad integrazione dell'attività istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico ed impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, nonché le attività richieste al dirigente dall'Azienda ai sensi dell'*art. 55, comma 2-bis, del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i.* Queste ultime possono essere autorizzate entro i limiti di spesa previsti da normative e regolamenti in vigore.
- L'attività svolta in qualità di specialista in medicina del lavoro o medico competente nell'ambito delle attività previste dal *D.Lgs. 81/2008* e s.m.i., con esclusione dei dirigenti che versino in condizioni di incompatibilità in quanto direttamente addetti alle attività di prevenzione, come disciplinato dall'*art. 9 comma 3 D.Lgs. 81/2008* e s.m.i.

Art. 4 *Categorie professionali.*

L'attività libero professionale intramuraria è svolta dai dirigenti, compreso il personale universitario convenzionato con qualifica di medico chirurgo, odontoiatra, veterinario, farmacista, biologo, chimico, fisico e psicologo nonché, ai soli fini dell'attribuzione degli incentivi economici, e purché lo svolgimento dell'attività avvenga tassativamente fuori dall'orario di servizio, dal restante personale sanitario dell'*équipe* e dal personale che collabora, concretamente e specificatamente, per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale.

Relativamente ai medici convenzionati interni si rinvia a quanto previsto dalla convenzione vigente stipulata a livello nazionale.

Ai sensi dell'*art. 40, comma 1, del D.Lgs. n. 368/1999*, l'attività libero professionale può essere svolta anche dal medico in formazione specialistica, purché resa all'interno della struttura assistenziale in cui si effettua la prestazione. Tale attività dovrà essere effettuata, comunque, in *équipe* e con la presenza di un tutor. Nell'ambito di tali indicazioni, l'attività libero professionale intramuraria del medico in formazione specialistica dovrà essere oggetto di specifica regolamentazione da parte delle Aziende sanitarie in cui si svolge la formazione.

Art. 5 Atto aziendale.

L'atto aziendale per definire le modalità organizzative dell'attività libero-professionale, adottato da ciascuna Azienda con il concorso del Collegio di Direzione e con le procedure indicate dai CC.CC.NN.LL. vigenti, deve essere redatto sulla base delle seguenti indicazioni e previo esame con le organizzazioni sindacali:

- a) devono essere individuate, nell'ambito dell'Azienda, strutture e spazi separati e distinti per l'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero, in numero congruo e in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale. Per l'attività clinica e diagnostica, ambulatoriale ed operatoria, 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. Detti spazi individuati anche come disponibilità temporale, non possono essere inferiori al 10% e superiori al 20% di quelli destinati all'attività istituzionale;
- b) indicazione degli spazi ambulatoriali esterni aziendali e pluridisciplinari per l'esercizio di attività sia istituzionali sia libero-professionali, in numero congruo ed in possesso dei requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale per l'esercizio delle stesse attività, eventualmente acquisiti, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie non accreditate, nonché tramite stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici previo parere del Collegio di direzione. L'acquisizione di tali spazi deve essere previamente autorizzata dalla Regione ove ne sia dimostrata la necessità sulla base della ricognizione straordinaria degli spazi di cui all'*art. 1, comma 4, della legge n. 120/2007* e s.m.i., e la sostenibilità economica, che deve essere valutata mediante apposita contabilità analitica separata che ciascuna Azienda/Ente è obbligata ad attivare;
- c) indicazione dell'eventuale avvenuta autorizzazione da parte della Regione all'adesione al programma sperimentale per lo svolgimento delle attività libero-professionali in via residuale presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete come previsto all'*art. 1, comma 4, lettera a-bis della legge n. 120/2007*, nonché dal *Reg. reg. n. 23/2013*, di approvazione delle "*Linee Guida sull'adozione del programma sperimentale per l'esercizio dell'A.L.P.I. ambulatoriale presso studi privati alla luce di quanto disposto dalla Legge 3 agosto 2007 n. 120, modificata dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189*", secondo le forme e le modalità di cui al successivo art. 7 "Spazi utilizzabili";

d) deve essere indicato il numero dei Dirigenti a rapporto esclusivo che operano nelle strutture proprie dell'Azienda e quelli che operano in strutture esterne, distinto per profilo professionale, denominazione ai sensi dell'*art. 15 terdecies del D.Lgs. n. 502/92* e successive modifiche ed integrazioni di cui all'*art. 1 del D.Lgs. n. 254/2000*, posizione funzionale e disciplina di appartenenza;

e) deve essere individuato e quantificato il personale dipendente di supporto a detta attività, distinto per categoria, profilo e figura professionale e, nelle aziende in cui insiste la facoltà di Medicina e Chirurgia, il personale convenzionato. La scelta del personale da destinare all'attività di supporto viene operata dal dirigente che svolge l'attività libero professionale che lo individua prioritariamente tra il personale dipendente che ha dichiarato la propria disponibilità a svolgere tale attività, quando possibile, secondo criteri di rotazione al fine di garantire una equa partecipazione del personale alle attività. Per le modalità operative di individuazione del personale di supporto si rinvia al successivo art. 8 *Professioni sanitarie e altro personale coinvolto nell'ALPI*;

f) devono essere indicati i criteri per la determinazione delle tariffe e le modalità della loro ripartizione in conformità a quanto stabilito dai CC.CC.NN.LL. e dalle contrattazioni integrative. La tariffa deve essere necessariamente scomposta in modo tale da evidenziare le voci relative ai compensi spettanti al libero professionista e al personale di supporto nonché i costi sostenuti dall'Azienda. Per maggiori dettagli si rinvia al successivo art. 9 "Criteri per la determinazione delle tariffe". Qualora ci siano discipline con limitate possibilità di svolgimento di attività libero professionale intramuraria, deve essere garantita, comunque, una percentuale non inferiore al 5% della massa dei proventi, al netto delle quote di ritenuta aziendale, quale fondo aziendale da destinare a perequazione per quelle discipline mediche e veterinarie, individuate in sede di contrattazione integrativa, che abbiano una limitata possibilità di esercizio dell'attività libero professionale intramuraria. Analogo e distinto fondo è costituito per le restanti categorie (altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario: farmacisti, biologi, chimici, fisici, e psicologi) che abbiano una limitata possibilità di esercizio dell'attività libero professionale. Dalla ripartizione di tali fondi non può derivare per i destinatari un beneficio economico superiore a quello medio percepito dai dirigenti che espletano attività libero professionale, secondo i criteri stabiliti in sede aziendale.

g) deve essere prevista la trattenuta da parte dell'azienda di un'ulteriore quota pari al 5% del compenso del libero professionista per essere vincolata ad interventi di prevenzione, ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa;

h) devono essere indicate le modalità di prenotazione, con personale addetto, garantendo che tale attività sia distinta in ciascuna struttura, plesso o padiglione da quella obbligatoriamente prevista in via ordinaria. Le aziende garantiscono la massima diffusione delle informazioni relative all'attività libero professionale, sia all'interno delle strutture che sul territorio (poliambulatori, ordini e collegi professionali, farmacie, medici di base, etc.) al fine di informare in modo chiaro e trasparente i cittadini circa le condizioni per la fruizione delle prestazioni in regime di attività libero professionale intramuraria. Per ulteriori dettagli si rinvia al successivo art. 10 "Modalità di prenotazione e modalità di pagamento";

i) devono essere determinati i criteri e le modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria per ciascun dirigente, nel rispetto dei seguenti principi:

- deve essere stabilito all'inizio di ogni anno, per ogni servizio, il volume delle prestazioni erogabili in regime istituzionale, utilizzando apposito tempario ricavato da documenti ufficiali delle associazioni scientifiche. Il volume delle prestazioni erogate dovrà essere quello concordato in sede di attribuzione degli obiettivi, assegnati nel rispetto del tempario;

- l'attività libero professionale deve essere organizzata in orari diversi da quelli stabiliti per qualsiasi tipo di attività istituzionale. Qualora per ragioni tecnico-

organizzative non sia possibile l'articolazione dell'attività libero professionale in orari differenziati, dovrà essere stabilito un tempo standard, corrispondente al tempo mediamente necessario all'esecuzione delle medesime prestazioni in regime istituzionale, da recuperare in relazione al numero delle prestazioni effettuate ovvero da individuare con apposita timbratura. Nella organizzazione degli orari di svolgimento della libera professione si tiene conto di quanto riportato nel successivo articolo 11 "Orario svolgimento ALPI";

- l'attività libero professionale non può globalmente comportare per ciascun dirigente e per ciascuna tipologia di prestazione un volume di prestazioni superiore a quello prestato in attività istituzionale, né un impegno orario superiore a quello effettuato per l'attività istituzionale. Per tipologia di prestazione si fa riferimento ai tariffari nazionali per le prestazioni erogate ordinariamente dal SSN sia in regime di ricovero sia in regime ambulatoriale. Per volume di prestazioni si intende il numero di prestazioni per tipologia, per ciascuna delle quali va singolarmente rispettato il rapporto di cui sopra;

- devono essere individuate le tipologie di prestazioni per le quali non è consentita l'attività libero professionale relativamente ai ricoveri, fermo restando il divieto di detta attività nei servizi di emergenza, terapia intensiva e rianimazione, UTIC, UTIN e UTIR;

- nell'ambito dell'Area Gestione Risorse Umane deve essere prevista un'apposita articolazione che: curi l'iter amministrativo ed autorizzativo per lo svolgimento dell'ALPI; l'interlocuzione con il Direttore Sanitario; la gestione delle prenotazioni dell'attività libero-professionale; il monitoraggio mensile dei volumi e dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in ALPI; la corretta tenuta di tutta la documentazione relativa all'ALPI;

- deve essere previsto un organismo di promozione e verifica dell'attività libero professionale intramuraria. La composizione del suddetto organismo è costituita in forma paritetica da rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria e da rappresentanti dell'azienda. Per ulteriori dettagli si rinvia al successivo art. 6 "Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI".

l) i tempi di erogazione delle prestazioni stabiliti nel tempario adottato dall'Azienda, non devono essere inferiori a quelli per tipologia stabiliti per l'attività istituzionale, sulla base di quanto previsto dalle società scientifiche di settore, e da eventuali documenti del Ministero della Salute e/o dell'Istituto Superiore della Sanità;

m) la rilevazione dell'attività deve essere effettuata tramite apposito sistema informatizzato ed i dirigenti, che svolgono attività libero professionale, ed il personale di supporto, devono marcare l'inizio e la fine dell'attività con apposito codice di rilevazione presenze;

n) devono essere disciplinati i tempi e le modalità di erogazione dei compensi ai professionisti riportando nel limite di 30 giorni il pagamento delle spettanze, previa verifica, dell'orario di servizio e di quanto indicato nel successivo paragrafo.

Art. 6 *Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI.*

Allo scopo di garantire il corretto esercizio dell'ALPI, nonché di verificare le eventuali condizioni di incompatibilità dei singoli professionisti o delle *équipes* di professionisti è costituito l'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI. Tale Organismo ha il compito di:

- controllare e valutare i dati relativi all'ALPI e i suoi effetti sull'organizzazione complessiva, con particolare riguardo al controllo del rispetto dei volumi di attività libero professionale precedentemente concordati, che tassativamente non possono superare i volumi di attività istituzionale assicurati;
- segnalare al Direttore Generale i casi in cui si manifestino variazioni quantitative tra le prestazioni istituzionali e quelle rese in regime di ALPI, ovvero variazioni qualitative ingiustificate;
- proporre al Direttore Generale provvedimenti migliorativi o modificativi dell'organizzazione dell'ALPI e del suo regolamento;
- esprimere parere preventivo al Direttore Generale in merito all'irrogazione di eventuali sanzioni agli operatori sanitari, in ordine all'ALPI;
- dirimere, in assenza del Collegio di Direzione, le vertenze riguardanti gli operatori sanitari in ordine all'ALPI.

L'Organismo Paritetico di Promozione e Verifica viene convocato dal coordinatore, con un preavviso minimo di 10 giorni, almeno ogni due mesi e ogni qualvolta se ne ravvisi la necessità o su richiesta di almeno tre componenti l'Organismo, e fornisce una relazione a cadenza annuale al Direttore Generale sull'attività svolta;

È composto da:

- Il Direttore Sanitario o un suo delegato individuato tra i dirigenti medici appartenenti alle discipline "organizzazione dei servizi sanitari di base" e "direzione medica di presidio ospedaliero" quale responsabile sanitario dell'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria con funzioni di coordinatore;
- Il Direttore Amministrativo o un suo delegato quale responsabile amministrativo dell'attività libero-professionale;
- Il Dirigente responsabile del Controllo di gestione o suo delegato;
- Il Dirigente responsabile della struttura di Statistica ed Epidemiologia o suo delegato;
- Il Dirigente Responsabile della struttura G.R.U. o un suo delegato;
- n. 5 rappresentanti delle organizzazioni sindacali firmatarie del CCNL, di cui tre dell'Area medica e veterinaria, uno della Dirigenza Sanitaria dell'Area SPTA, uno del Comparto.

Per ciascuna delle suddette Aree, la designazione dei rappresentanti deve avvenire entro il termine perentorio di 10 giorni dalla richiesta da parte dell'Azienda. Le organizzazioni sindacali, di cui sopra, designano unitariamente i 5 rappresentanti. In caso di mancata designazione unitaria, l'Azienda, entro un ulteriore termine perentorio di 10 giorni, richiede a ciascuna delle suddette organizzazioni sindacali la designazione di un rappresentante. Entreranno a far parte dell'organismo i 5 rappresentanti designati singolarmente, o congiuntamente da uno o più organizzazioni sindacali i cui iscritti risultano più numerosi a livello aziendale. Le OO.SS. di cui sopra possono designare un solo rappresentante, sia singolarmente che congiuntamente. In caso di parità di numero di iscritti si individua il componente con età anagrafica minore.

Partecipano alle riunioni dell'organismo due rappresentanti delle organizzazioni dei cittadini, designati dal comitato misto consultivo.

Art. 7 Spazi utilizzabili.

Gli spazi dedicati all'ALPI devono conservare una prioritaria destinazione all'attività istituzionale aziendale e il loro utilizzo non può realizzarsi a detrimento di quest'ultima.

Quanto evidenziato nel presente articolo ha valore per ogni tipo di libera professione intramuraria, salvo che per quella che si espleta come consulenza attraverso convenzione o sotto forma di consulto, per la cui specifica trattazione si rimanda più avanti.

L'Azienda mette a disposizione dei professionisti, ai fini dell'espletamento dell'attività libero-professionale intramuraria, spazi interni all'Azienda medesima dotati dei requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale e sovrapponibili agli standard registrati negli spazi destinati ad attività istituzionale.

La collocazione degli spazi per l'ALPI e gli orari di utilizzo degli stessi devono consentire la distinzione del flusso degli utenti che hanno optato per l'ALPI da quello degli utenti che hanno optato per l'attività istituzionale.

L'insieme degli spazi utilizzabili per l'attività libero professionale intramuraria, individuati anche come disponibilità temporale, non può essere inferiore al 10% e superiore al 20% di quelli destinati all'attività istituzionale.

Ai sensi di quanto previsto dalla *legge n. 189/2012*, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS di diritto pubblico, ove non risultino disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, laddove abbiano chiesto alla Regione l'adesione al programma sperimentale per lo svolgimento, in via residuale, dell'ALPI presso gli studi privati dei professionisti, possono autorizzare gli stessi allo svolgimento dell'ALPI presso i propri studi privati, sulla base della stipula di una convenzione annuale tra il professionista interessato e l'azienda sanitaria di appartenenza, conforme allo schema tipo di convenzione di cui all'Accordo tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome del 13 marzo 2013 (allegato al Reg. reg. n. 23/2013 "*Linee Guida sull'adozione del programma sperimentale per l'esercizio dell'A.L.P.I. ambulatoriale presso studi privati alla luce di quanto disposto dalla Legge 3 agosto 2007 n. 120, modificata dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189*").

In ogni caso, l'attività libero professionale intramuraria negli studi professionali provvisoriamente autorizzati con le modalità di cui sopra può essere svolta in unica sede in ambito regionale e deve essere fatta rientrare in Azienda entro il termine massimo previsto dalla *L. 8 novembre 2012 n. 189* smi.

Ai sensi dell'*articolo 1, comma 4, lettera f) della legge n. 120/2007*, come modificata dalla *legge n. 189/2012*, è esclusa la possibilità di svolgimento dell'ALPI presso studi professionali collegati in rete nei quali, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati del SSN, operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del SSN, ovvero dipendenti non in regime di esclusività.

I professionisti autorizzati e convenzionati con l'azienda di appartenenza allo svolgimento dell'ALPI presso studi privati devono rispettare le previsioni del *Reg. reg. n. 23/2013*, ed in particolare devono:

- Garantire il collegamento operativo all'infrastruttura di rete di cui all'articolo 1, comma 4, lettera a-bis della *legge n. 120/2007* e s.m.i. conforme alle modalità tecniche dettate e determinate con decreto del Ministero della salute 21 febbraio 2013;
 - Garantire la tracciabilità delle prestazioni, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 4, lettera a-bis della *legge n. 120/2007* e s.m.i., e dei relativi pagamenti, secondo quanto previsto all'articolo 1, comma 4, lettera b) della stessa legge;
 - Garantire che gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il predetto collegamento siano a carico del titolare dello studio.
-

Art. 8 *Professioni sanitarie e altro personale coinvolto nell'ALPI.*

All'attività libero professionale partecipa in forma volontaria il personale infermieristico, ostetrico, tecnico e di riabilitazione normalmente dedicato all'assistenza diretta al paziente.

Il personale appartenente alle qualifiche di cui sopra deve essere quantificato per ruoli e qualifiche dal Direttore sanitario delle aziende sanitarie ed IRCCS pubblici, a norma dell'*art. 5 comma 2 lett. d) del D.P.C.M. del 27 marzo 2000*.

Il personale di cui al precedente comma che presti la propria opera a supporto di attività libero-professionali individuali o partecipi ad attività libero-professionali di équipe deve prestare la propria collaborazione fuori dall'orario di lavoro istituzionale, compresi i turni di reperibilità, timbrando per detta attività l'orario di inizio e termine, con apposito codice di rilevazione presenza.

Il personale interessato inoltra al Direttore o Responsabile della propria Struttura, una dichiarazione di disponibilità. Il Direttore o Responsabile, ove non sussistano motivi ostativi, inserisce il nominativo in apposito elenco, suddiviso per qualifiche, che è portato alla conoscenza del Direttore Sanitario. Il Direttore Sanitario, approvati gli elenchi, li pubblicizza e mette a disposizione di tutti i dirigenti che esercitano attività libero professionale il personale di supporto riportato nell'elenco generale. I dirigenti sanitari attingono dall'elenco il personale necessario, che abbia dato la propria disponibilità e che sia abitualmente assegnato ai medesimi compiti anche nell'attività istituzionale, garantendo, ove possibile, criteri di rotazione tra gli stessi.

Sono escluse dai criteri di rotazione del personale quelle attività che richiedono una specifica funzione professionale del personale di supporto.

Il personale dipendente che presta la propria opera nelle strutture di degenza è comunque tenuto a svolgere attività di supporto nell'ambito del debito orario contrattualmente dovuto, in quanto l'attività libero professionale è assimilata all'attività istituzionale, ancorché non abbia dichiarato la propria disponibilità.

Il personale del comparto dei ruoli diversi da quello sanitario, non coinvolto istituzionalmente nell'attività legata all'ALPI, che collabori per assicurare l'esercizio dell'attività libero professionale fuori dall'orario di lavoro, può accedere, sulla base di accordi collettivi aziendali, ad un fondo non superiore all'1% degli onorari riconosciuti ai professionisti che svolgono direttamente tale attività. Ad essi va riconosciuta, per l'attività di supporto resa, una remunerazione oraria, per un

importo unitario massimo pari al valore delle prestazioni di cui all'art. 14, comma 6, del CCNL 1° dicembre 2005 primo biennio economico e di cui all'Accordo sulle prestazioni aggiuntive recepito dalla Giunta regionale con deliberazione n. 486 del 13 marzo 2012.

I Dirigenti dei ruoli PTA che non si occupino per motivi istituzionali e che non abbiano nelle loro competenze istituzionali la gestione ed il controllo dell'ALPI, e che collaborino in maniera concreta e specifica alla realizzazione dell'attività libero professionale, accedono al medesimo fondo su specificato e possono essere destinatari di compensi non superiori al 50% del compenso medio annuo dei Dirigenti Sanitari che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria.

Art. 9 *Criteri per la determinazione delle tariffe.*

La libera professione intramuraria è oggetto di contabilità separata di cui all'art. 17 del presente regolamento. Le singole tariffe devono essere individuate dal Direttore Generale in misura tale da garantire che la contabilità analitica separata non presenti disavanzo in conformità a quanto stabilito dall'art. 3, comma 7, della L. 724/94.

È fatto obbligo all'Azienda di determinare i costi analitici e la relativa attribuzione delle tariffe in modo che la stessa Azienda possa trattenere per ciascuna prestazione, gli effettivi costi diretti ed indiretti, ivi compresa la quota del 5% prescritta dall'art. 2 della Legge n. 189/2012 ovvero quelle previste da successive normative di settore, come rilevati dalla su menzionata contabilità analitica separata.

A) Prestazioni ambulatoriali. Le tariffe delle prestazioni ambulatoriali vengono definite d'intesa con il professionista interessato previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale e devono essere idonee per ogni prestazione a remunerare i compensi del professionista stesso, delle *é quipes*, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro quota per l'ammortamento, la manutenzione delle apparecchiature ed ogni altro costo sostenuto dall'Azienda. Le tariffe devono assicurare la copertura di tutti i costi diretti e indiretti sostenuti dalle aziende ed imputabili all'ALPI, ivi compresi quelli connessi all'attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete di cui all'articolo 1, comma 4, lettera a-bis della legge n. 120/2007 e s.m.i. e secondo quanto previsto dal Reg. reg. n. 23/2013.

Inoltre deve essere prevista la trattenuta da parte dell'azienda di un'ulteriore quota pari al 5% del compenso del libero professionista, o altra quota prevista da successive normative di settore, per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste di attesa.

B) Ricoveri a pagamento. La tariffa complessiva per ciascun episodio di ricovero in ALPI è costituita dalle seguenti voci:

1. onorario medici, ivi compresi gli anestesisti (nel caso di procedure che richiedano l'anestesia);
2. onorario di eventuali consulenti;

3. compenso personale delle professioni sanitarie e altro personale di supporto;

4. tutti i costi sostenuti dall'Azienda come rilevati dalla contabilità analitica separata - detratto il 50% del DRG rimborsato dal SSN.

C) Comfort alberghiero. L'utente può richiedere a suo totale carico, in caso di ricovero, l'utilizzo di una stanza a pagamento. L'utilizzo della stanza a pagamento determina il solo diritto a prestazioni alberghiere differenziate. Le prestazioni sanitarie ed assistenziali sono le stesse riconosciute e fornite agli utenti non paganti, (le tariffe per le stanze a pagamento sono determinate sulla base degli effettivi costi sostenuti dalle singole Aziende per le prestazioni differenziate erogate).

Le tariffe sono introitate direttamente dalle Aziende tramite il servizio cassa.

La gestione di tale attività è controllata mediante la contabilità separata, obbligatoria per tutta l'ALPI.

Art. 10 *Modalità di prenotazione e modalità di pagamento.*

Le Aziende sanitarie garantiscono una dettagliata e chiara informazione all'utenza circa l'accesso alle prestazioni libero professionali, le modalità di prenotazione e le tariffe, al fine di creare un percorso ispirato a criteri di semplicità, praticità e trasparenza.

Il servizio di prenotazione a ciò destinato è affidato al personale aziendale o comunque dall'azienda, senza ulteriori oneri aggiuntivi.

Il pagamento delle prestazioni di libera professione, di qualsiasi importo, dovrà avvenire direttamente alle aziende sanitarie mediante mezzi di pagamento che, assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita, a suo carico, dal titolare dello studio che è, altresì, tenuto al rispetto delle modalità di pagamento stabilite dal *Reg. reg. n. 23/2013* concernente le *"Linee Guida sull'adozione del programma sperimentale per l'esercizio dell'A.L.P.I. ambulatoriale presso studi privati alla luce di quanto disposto dalla Legge 3 agosto 2007 n. 120, modificata dal D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito con modificazioni nella Legge 8 novembre 2012 n. 189"*.

Le Aziende Sanitarie assicurano una adeguata informazione agli utenti in merito a:

1. Accesso alle prestazioni libero professionali intramurarie anche con riferimento alla scelta del professionista e dell'*équipe*;
 2. Informazioni sull'allocazione degli spazi dedicati alla libera professione intramuraria;
 3. Modalità di prenotazione;
 4. Tariffe e preventivi di spesa.
-

Art. 11 *Orario di svolgimento dell'ALPI.*

In relazione al debito orario del professionista che esercita l'attività ambulatoriale in regime di libera professione intramuraria deve essere precisato che:

a. l'attività libero professionale deve essere svolta in orario non compreso nella fascia oraria per l'espletamento dell'attività istituzionale di servizio, compreso i turni di pronta disponibilità e di guardia, i periodi di malattia o infortunio, di astensione obbligatoria e facoltativa per maternità e di congedi parentali, di permesso previsto dalla *L. n. 104/1992*, di assenze dal lavoro per aspettativa e in tutte le altre assenze che inibiscono la normale attività lavorativa, il part - time, nonché durante il congedo ordinario. Tali disposizioni si applicano anche per il personale di supporto;

b. il professionista, fuori dall'orario di servizio, può esercitare la libera professione intramuraria nelle strutture aziendali solo negli orari in cui la struttura è libera da attività istituzionale;

c. l'attività libero professionale intramuraria non può comportare, ai sensi della *l. n. 189/2012*, per ciascun dirigente un volume di prestazioni superiore a quello prestato in attività istituzionale, né un impegno orario superiore a quello effettuato per l'attività istituzionale. L'attività libero professionale deve essere organizzata in modo da consentire a ciascun dirigente medico il ristoro psico-fisico, come da Accordo siglato tra la Regione e le O.O.S.S. il 17.11.2009 con Delib.G.R. n. 2163.

d. L'attività libero professionale intramuraria svolta dal personale dipendente autorizzato e dal personale universitario deve essere obbligatoriamente rilevata, tramite apposito codice di timbratura della presenza, in entrata ed in uscita.

Art. 12 *Forme di esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria.*

L'attività libero professionale può essere esercitata:

- in regime ambulatoriale (compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio);
- in regime di ricovero: ordinario e di *day hospital* (comprensivo di *day surgery*).

Entrambe possono essere svolte nelle seguenti modalità:

- individuale: è caratterizzata dalla specifica scelta, da parte dell'utente, dei dirigenti del ruolo sanitario cui si richiede l'erogazione della prestazione libero professionale.

- di équipe: è caratterizzata dalla richiesta, da parte dell'utente, di una prestazione libero professionale rivolta all'équipe dell'unità operativa, senza scelta nominativa del dirigente medico erogatore. L'ALPI di *équipe* è il risultato della partecipazione all'attività di diverse figure professionali e quindi la sua organizzazione è subordinata al raggiungimento di un accordo fra tutti gli operatori coinvolti.

- Individuale, con utilizzo di personale di supporto (forma mista tra l'ALPI individuale e quella di équipe): è individuale in quanto rimane la scelta da parte dell'utente dei medici cui si richiede l'erogazione della prestazione, i quali lavorano in équipe con il personale di supporto selezionato secondo le modalità di cui ai precedenti articoli.

A. Attività Ambulatoriale.

Può essere svolta in forma individuale, in équipe e individuale con l'utilizzo di personale di supporto. Per attività libero professionale di équipe si intende un'attività effettuata dal personale appartenente alla stessa struttura ovvero a diverse strutture, in quest'ultimo caso in grado di fornire le prestazioni anche in forma integrata. Nell'ipotesi che tale attività venga resa in équipe, i criteri di riparto delle somme tra gli operatori coinvolti saranno identici a quelli evidenziati per gli altri tipi di attività erogata in équipe.

L'attività ambulatoriale comprende quindi:

- Visita specialistica.
- Prestazioni diagnostico - terapeutiche, di laboratorio e/o strumentali.
- Interventi di chirurgia ambulatoriale.

Sono erogabili in regime di libera professione tutti i tipi di prestazioni ambulatoriali che rientrano nei tariffari nazionali, i *day service*, o nelle prestazioni tariffate dalle aziende incluse nei LEA, ad eccezione di quelle di pronto soccorso.

B. Attività di ricovero

Nelle Aziende/Enti del SSR il ricovero in regime libero-professionale è garantito in idonee strutture e spazi separati e distinti. L'idoneità della struttura è determinata con riferimento ai requisiti strutturali e tecnologici previsti dalla vigente normativa nazionale e regionale ed alle condizioni logistiche che devono consentire l'attività in spazi distinti rispetto a quelli delle attività istituzionali.

La quota di posti letto da utilizzare per l'attività libero-professionale non può essere inferiore al 5% e, in relazione alla effettiva richiesta, superiore al 10% dei posti letto della struttura, fermo restando che il mancato utilizzo dei predetti posti letto consente l'impiego degli stessi per l'attività istituzionale d'urgenza qualora siano occupati i posti letto per il ricovero nella struttura di pertinenza, ovvero nelle rispettive aree dipartimentali.

In carenza nell'azienda di proprie strutture e spazi distinti per l'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero, e fino alla loro realizzazione, e, comunque non oltre il termine massimo previsto dall'*art. 2 della L. 8 novembre 2012 n. 189* smi, le Aziende reperiscono la disponibilità di spazi esterni sostitutivi con le modalità di cui alla lettera b) dell'*art. 5 "Atto Aziendale"*.

In relazione ai limiti strutturali ed organizzativi ed in rapporto alle specifiche esigenze derivanti dalle diverse discipline nelle quali attivare l'attività libero-professionale, nonché alle dimensioni dell'azienda ed al numero del personale interessato, gli spazi assistenziali esterni sono reperiti almeno nel numero di uno per ciascuna area dipartimentale, in un'unica struttura. Nella stessa struttura possono, se necessario, essere individuati e attivati anche gli spazi per l'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale, sempre con le modalità di cui alla lettera b) dell'*art. 5 "Atto Aziendale"* e con le modalità di cui all'*art. 7 "Spazi utilizzabili"*. Le tariffe delle prestazioni libero-professionali erogate in regime di ricovero ordinario o di day hospital (comprensivo di day surgery) vanno definite tenendo conto della relativa tariffa DRG secondo quanto detto nell'*art. 9 "Criteri per la determinazione delle tariffe"*.

Sono erogabili in regime di libera professione tutti i tipi di prestazioni in regime di ricovero, ordinario e in day hospital (comprensivo di day surgery) comprese nei

tariffari nazionali e regionali incluse nei LEA, ad eccezione di quelle riportate nel successivo articolo 14 "Prestazioni non erogabili in ALPI".

I posti letto individuati per l'attività libero-professionale concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'*art. 15, comma 13, lett. c) del decreto legge n. 95/2012* convertito dalla *legge n. 135/2012*.

La gestione dell'attività è soggetta alle norme di cui all'*art. 3, commi 6 e 7, della L. n. 724/94, L. n. 120/07* e s.m.i. in materia di obbligo di separata ed analitica contabilizzazione, al fine di determinare i costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Azienda, che devono essere ricompresi nelle tariffe e quindi nella quota destinata all'Azienda.

I medici che svolgono attività libero professionale in regime di ricovero ordinario e in D.H. (comprensivo dei *day surgery*) dovranno rispettare i tempi di attesa previsti dalla normativa regionale che regola i tempi dell'attività e secondo l'urgenza e la gravità delle condizioni del paziente. In ogni caso l'attività di intramuraria dovrà essere programmata in coda all'attività istituzionale, nei tempi necessari a smaltire prioritariamente l'attività istituzionale non erogabile nei tempi sopra citati.

Il Direttore Sanitario dell'Azienda e il Direttore di Presidio-Distretto sono responsabili del mancato rispetto di quanto sopra riportato.

C. Consulenza nell'ambito di un ricovero a pagamento

Il paziente ricoverato in regime di ALPI ha diritto ad usufruire, alla stessa stregua di ogni degente e senza alcun onere aggiuntivo, di tutte le prestazioni e di tutti i servizi ospedalieri forniti agli altri ricoverati in regime istituzionale, ivi compresi gli accertamenti diagnostici (clinici, strumentali e di laboratorio), i trattamenti terapeutici, le consulenze specialistiche sia ordinarie, sia urgenti e ritenute necessarie dal medico che ha in cura il paziente

D. Libera professione al domicilio dell'assistito

Nel rispetto delle disposizioni normative e della contrattazione collettiva nazionale, l'assistito, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o al carattere occasionale e straordinario delle prestazioni stesse, o al rapporto fiduciario già esistente, può chiedere al medico che la prestazione libero-professionale sia resa direttamente al proprio domicilio. Le prestazioni domiciliari devono essere svolte al di fuori dell'orario di servizio, con le stesse modalità di prenotazione e pagamento delle altre forme di ALPI.

La libera professione svolta al domicilio dell'assistito concorre al raggiungimento dei volumi massimi di attività libero professionale.

Il dirigente non deve riscuotere direttamente la tariffa professionale, e dovrà utilizzare un collegamento mobile all'infrastruttura di rete per la registrazione della prestazione, e per la tracciabilità del pagamento.

Il pagamento della prestazione dovrà essere effettuato attraverso i canali autorizzati aziendali ovvero mediante pagamento online o con modalità tracciabili (POS o altri dispositivi di pagamento).

Le tariffe per le prestazioni domiciliari sono stabilite preventivamente nel tariffario aziendale.

E. Attività aziendale a pagamento richiesta da terzi

L'attività professionale richiesta a pagamento da terzi all'azienda, di cui all'art. 55, comma 1, lettera d) del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. è svolta fuori dall'orario di lavoro, sia all'interno che all'esterno delle strutture aziendali e, a richiesta del Dirigente interessato, può essere considerata attività libero-professionale intramuraria e regolamentata come le altre attività libero-professionali il cui finanziamento verrà definito con accordi collettivi aziendali.

L'attività resa per conto dell'azienda all'esterno della struttura, se svolta in regime di attività libero-professionale, deve garantire, comunque il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione di tutto il personale che eroga le prestazioni.

La regolamentazione aziendale, deve definire per le attività svolte, per conto dell'azienda in regime libero-professionale i seguenti punti:

- i limiti orari minimi e massimi di ciascun Dirigente comprensivi anche degli eventuali tempi di raggiungimento delle sedi di servizio compatibili con l'articolazione dell'orario di lavoro;
- l'entità del compenso dovuto al Dirigente che ha effettuato la prestazione ove l'attività abbia luogo fuori dall'orario di lavoro e l'eventuale rimborso spese dallo stesso sostenute ove l'attività abbia luogo nell'orario di lavoro ma fuori della struttura di appartenenza;
- le modalità di attribuzione dei compensi e rimborsi spese; i compensi e le modalità di attribuzione sono stabiliti dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro;
- conflitto d'interessi.

I proventi per tali attività vengono versati nelle casse dell'azienda che accredita al Dirigente stesso il compenso dovuto con la retribuzione del mese successivo, al netto dei costi aziendali nei termini innanzi specificati, degli oneri fiscali e previdenziali a carico dell'Azienda.

Rientra nel regime libero-professionale, l'attività di certificazione medico-legale (prevista nell'art. 55 comma 3) resa dall'azienda per conto dell'Istituto Nazionale degli Infortuni sul Lavoro (I.N.A.I.L.) a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici sempreché sia possibile assicurare concretamente il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione.

F. Attività libero professionale a pagamento svolta in altre aziende del SSN o in strutture non accreditate

Le attività professionali richieste a pagamento da singoli utenti e svolte individualmente o in équipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, ai sensi dell'art. 55, comma 1, lettera c) e dell'art. 58, comma 2, lettera a) del CCNL 8 giugno 2000, sono disciplinate da apposita convenzione tra l'azienda e le strutture interessate sulla base di uno schema tipo indicato nell'atto aziendale. Il disciplinare di convenzione deve definire:

- il limite massimo di attività di ciascun Dirigente tenuto anche conto delle altre attività svolte;
- l'entità del compenso dovuto al Dirigente e/o all'équipe che ha effettuato la prestazione;
- riscossione con modalità tracciabili e attribuzione dei compensi;
- la quota della tariffa spettante all'azienda conformemente all'art. 58 comma 3 del CCNL.

Qualora l'ALPI venga svolta presso istituzioni pubbliche non sanitarie o istituzioni socio-sanitarie senza scopo di lucro ai sensi dell'art. 58, comma 2, lettera b) del CCNL 8 giugno 2000, i soggetti istituzionali devono sottoscrivere apposita convenzione che attesti che l'attività non è in contrasto con le finalità ed i compiti istituzionali del SSN e disciplini:

- la durata della convenzione
- la natura della prestazione, che non può configurare un rapporto di lavoro subordinato e deve essere a carattere occasionale;
- i limiti di orario dell'impegno, compatibili con l'articolazione dell'orario di lavoro;
- riscossione con modalità tracciabili e attribuzione dei compensi;
- motivazioni e fini della consulenza, al fine di accertarne la compatibilità con l'attività di istituto

G. Dirigenti Medici Veterinari

Per i Dirigenti Medici Veterinari valgono i medesimi principi e criteri definiti in queste Linee Guida.

Per la loro peculiarità, tuttavia, le attività dei Dirigenti Medici Veterinari rivolte "ai grossi animali" possono essere rese fuori dalle strutture veterinarie aziendali ovvero presso le stalle dei richiedenti, e valgono le stesse regole previste al precedente comma D). In questi casi il collegamento all'infrastruttura di rete nonché l'onere di tracciabilità della prestazione vengono garantiti attraverso postazioni mobili. Il pagamento della prestazione dovrà essere effettuato attraverso i canali autorizzati aziendali ivi compreso eventuale pagamento online o con carte prepagate.

Le Aziende dovranno tener conto, nella determinazione delle tariffe, che le prestazioni Medico Veterinarie, in alcuni casi, possono comportare l'utilizzo di farmaci, presidi medico chirurgici e altro materiale che incidono in maniera rilevante sul costo delle prestazioni erogate o sulle spese sostenute dal professionista. Il medico veterinario che svolge attività libero professionale non deve trovarsi in situazioni di oggettiva incompatibilità istituzionale di controllo tipicamente oggetto delle funzioni assegnate ai servizi veterinari. Di conseguenza, i dirigenti veterinari sono tenuti, all'atto della richiesta di autorizzazione, a rendere preventiva dichiarazione che attesti che lo svolgimento dell'attività libero-professionale richiesta non determinerà situazioni di incompatibilità e/o di conflitto d'interessi con l'Azienda. Le Aziende, in sede di contrattazione aziendale per la definizione del regolamento ALPI prevederanno, altresì, gli atti sanzionatori derivanti dalla violazione del suddetto principio di incompatibilità.

H. Attività libero professionale richiesta dall'Azienda ai fini della riduzione delle liste di attesa

Il Direttore Generale può richiedere ai propri Dirigenti, anche in attuazione delle disposizioni di cui all'*art. 3, comma 12, del D.Lgs. n. 124/98*, quale integrazione delle attività istituzionale, ai sensi dell'art. 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000, l'effettuazione di prestazioni in regime di attività libero professionale intramuraria, allo scopo di ridurre le liste di attesa, concordando i volumi di attività libero-professionale con particolare riferimento alle prestazioni non differibili in ragione della gravità e complessità della patologia. Per tali attività valgono le regole dettate per la dirigenza medica e veterinaria con Delib.G.R. n. 480 del 13 marzo 2012, per la dirigenza sanitaria con Delib.G.R. n. 487 del 13 marzo 2012 e per il personale di comparto con Delib.G.R. n. 486 del 13 marzo 2012.

Per la progressiva riduzione delle liste di attesa, il Direttore Generale, avvalendosi del collegio di direzione e sentita la Commissione Paritetica aziendale:

- programma e verifica le liste di attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative, tecnologiche e strumentali che ne consentano la riduzione;
- assume le necessarie iniziative per la razionalizzazione della domanda;
- assume interventi diretti ad aumentare i tempi di utilizzo delle apparecchiature e ad incrementare la capacità di offerta dell'azienda;
- autorizza, qualora ricorrano le condizioni, lo svolgimento da parte dei Dirigenti di attività libero-professionali per conto dell'azienda tenendo conto dell'apporto dato dal singolo Dirigente all'attività istituzionale e le concrete possibilità di incidere sui tempi di attesa;
- individua nell'ambito della contrattazione aziendale specifici incentivi di carattere economico per il personale di supporto.

I. Attività libero professionale dei dirigenti dei Dipartimenti di Prevenzione

Per il personale medico veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario appartenente ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione che svolge compiti istituzionali di vigilanza e controllo sul rispetto della normativa nella materia di competenza, e quello che comunque assume in relazione all'espletamento delle funzioni ispettive e di controllo esercitate con la qualifica di Ufficiale di Polizia Giudiziaria, si prevede l'incompatibilità ad esercitare la libera professione intramuraria, nell'ambito del territorio di competenza del Servizio Dipartimentale di appartenenza e a favore di soggetti pubblici e privati nei cui confronti per effetto di leggi o regolamenti hanno obblighi istituzionali di vigilanza e controllo.

J. Altre attività professionali a pagamento

Visite ed esami documentali finalizzati a rendere consulenze tecniche, possono essere svolti in regime di ALPI, al di fuori dell'orario di servizio, dal dirigente sanitario titolare del relativo diritto. Le tariffe per le prestazioni sono stabilite preventivamente nel tariffario aziendale. Nel caso in cui il medico richiesto non svolga la prestazione in regime di ALPI la prestazione può essere erogata solo all'interno dell'orario di servizio ed il relativo compenso spetterà esclusivamente all'Azienda.

Art. 13 *Revoca e sospensione dell'esercizio dell'A.L.P.I.*

Il Direttore Generale delle Aziende, sentita la Commissione paritetica può sospendere o revocare dall'esercizio dell'ALPI i singoli operatori sanitari:

- a) Quando siano accertate a carico del Dirigente sanitario inadempienze significative rispetto alle indicazioni contenute nel presente atto regolamentare e alle disposizioni aziendali, con particolare riferimento alle modalità organizzative dei limiti di esercizio.
- b) Qualora in sede di verifica emerga uno squilibrio a favore dell'ALPI, rispetto ai volumi ed ai tempi dell'attività istituzionale, non riconducibili a cause organizzative dell'Azienda.
- c) L'ALPI presso gli studi privati, autorizzata in via residuale e rientrante nell'apposito programma sperimentale, può essere revocata o sospesa qualora

vengano meno i presupposti che hanno determinato tale autorizzazione da parte dell'Azienda di appartenenza.

Art. 14 *Prestazioni non erogabili in ALPI.*

Non possono essere erogate in regime di ALPI:

1. le prestazioni di Pronto Soccorso, i cicli terapeutici oncologici e radioterapici;
2. i ricoveri nei servizi di emergenza e di terapia intensiva,
3. le prestazioni di ricovero erogate per attività di trapianto e di emodialisi;
4. le prestazioni ad altissima specializzazione ad elevato rischio e con alti costi di gestione;
5. le prestazioni che non hanno un riconoscimento ufficiale circa la loro validità dal punto di vista diagnostico e terapeutico;
6. altre specifiche prestazioni individuate dal Direttore Generale;

Di conseguenza, rimangono esclusi dal regime di ricovero in libera professione:

1. ricoveri di pazienti in condizioni di emergenza - urgenza;
 2. ricoveri di pazienti che richiedono livelli di assistenza intensiva non erogabili presso le unità di ricovero a pagamento;
 3. ricoveri presso le seguenti unità operative: Rianimazione, Medicina di Urgenza, Neonatologia, Malattie Infettive e diffuse, Terapia Intensiva di Cardiologia, Pneumologia, Neurologia, e le Terapie Intensive post-operatorie.
-

Art. 15 *Attività non rientranti in regime di ALPI.*

Non rientrano fra le attività libero professionali intramuraria, ancorché possano comportare la corresponsione di emolumenti ed indennità le seguenti attività:

1. partecipazione ai corsi di formazione, diplomi universitari e scuole di specializzazione e diploma in qualità di docente;
 2. collaborazione a riviste e periodici scientifici e professionali;
 3. partecipazioni a commissioni di concorso o altre commissioni presso Enti e Ministeri (ad esempio partecipazione a commissioni per accertamento stati di invalidità civile);
 4. relazione a Convegni e pubblicazioni dei relativi interventi;
 5. partecipazione ai comitati scientifici;
 6. partecipazione ad organismi istituzionali della propria categoria professionale o sindacale non in veste di dirigenti sindacali;
 7. attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o con rimborso spese sostenute, a favore di organizzazione non lucrative di utilità sociale, organizzazioni e associazioni di volontariato o altre organizzazioni senza fini di lucro, previa comunicazione all'Azienda della dichiarazione da parte dell'organizzazione o dell'interessato in merito alla totale gratuità delle prestazioni.
-

Art. 16 *Consulenze Tecniche di Ufficio.*

L'attività di consulenza tecnica d'ufficio (CTU), espletata in conseguenza di un incarico conferito dall'Autorità Giudiziaria per le motivazioni e con le modalità previste nella Circolare della Direzione Generale degli Affari Civili e delle Libere Professioni del Ministero dei Grazia e Giustizia del 4 gennaio 1999, non rientra nelle forme di attività libero-professionale intramuraria.

Art. 17 *Contabilità separata.*

Per la gestione dell'attività libero-professionale intramuraria, l'Azienda provvede alla tenuta di una contabilità analitica separata che deve tenere conto di tutti i costi diretti ed indiretti nonché, per quanto concerne l'attività in regime di ricovero, delle spese alberghiere.

In tale contabilità saranno evidenziate in modo separato le gestioni relative alle seguenti attività:

- a) attività svolta tramite l'istituto dell'ALPI, sia ambulatoriale che in costanza di ricovero, sia come esercizio diretto del dirigente, che come attività aziendale a pagamento;
- b) attività aziendale a pagamento;
- c) gestione delle camere a pagamento, come disposto dalla *Legge 724/94, art. 3, commi 6, 7*;

Tale contabilità non deve presentare disavanzo.

Quanto esposto si applica anche alle prestazioni ambulatoriali fornite a pazienti solventi in proprio.

Nel caso in cui la contabilità separata presenti un disavanzo il Direttore Generale assumerà i provvedimenti necessari, compresi l'adeguamento delle tariffe e la sospensione del servizio relativo all'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'Azienda effettuerà annualmente, fatto salvo quanto previsto dall'*art. 2 del D.Lgs. del 28 luglio 2000, n. 254*, l'analisi relativa alla gestione dell'attività libero-professionale intramuraria attraverso una comparazione dei ricavi e dei proventi con i costi e gli oneri di esercizio dell'attività inserendola nella relazione sulla gestione allegata al Bilancio di esercizio.

Art. 18 *Governo delle liste di attesa e verifica dei volumi di attività.*

Ogni Azienda ha l'obbligo di predisporre annualmente un piano aziendale, delle priorità delle liste d'attesa, con riferimento alle singole unità operative, dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria, tenuto conto

del piano delle emergenze. Le medesime aziende assicurano adeguata pubblicità e informazione dei sopraccitati piani, con riferimento in particolare alla loro esposizione nell'ambito delle proprie strutture ospedaliere ed informazione nei confronti delle associazioni degli utenti sentito il parere del Collegio di Direzione. Tali informazioni devono in particolare riguardare le condizioni di esercizio dell'attività istituzionale e dell'ALPI, nonché i criteri che regolano l'erogazione delle prestazioni e le priorità di accesso.

Le Aziende sono obbligate, atteso che l'omessa vigilanza è posta in carico al Direttore Generale, a:

- monitorare costantemente i tempi di attesa delle prestazioni erogate nell'ambito dell'attività istituzionale al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi fissati da specifici provvedimenti nazionali e regionali;
 - attivare meccanismi di riduzione dei medesimi tempi medi e garantire, nell'ambito dell'attività istituzionale che le prestazioni aventi carattere di urgenza differibile vengano erogate entro 72 ore dalla richiesta;
 - prevenire situazioni che determinano l'insorgenza di un conflitto di interessi o di forme di concorrenza sleale e applicare le sanzioni disciplinari previste dalla normativa vigente e i rimedi da applicare in caso di inosservanza delle relative disposizioni;
 - garantire l'allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di ALPI, 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.
 - Controllare che i volumi delle prestazioni libero professionali non superino quelli eseguiti nell'orario di lavoro secondo criteri di omogeneità di tipologie di attività, come già precedentemente riportato al paragrafo "Atto Aziendale".
 - Vigilare in modo che tutti i dirigenti in regime di intramuraria ovvero in regime extramoenia effettuino le prestazioni istituzionali, nel rispetto dei tempi medi stabiliti.
-

Art. 19 *Sanzioni.*

Fatto salvo quanto previsto in tema di responsabilità civile ed amministrativa dal vigente ordinamento giuridico, la violazione dei dispositivi del presente regolamento è soggetta a sanzioni proporzionali alla gravità dell'infrazione accertata.

La violazione delle norme regolamentari aziendali è fonte di responsabilità amministrativa e costituisce grave inosservanza delle direttive impartite e potrà essere sanzionabile ai sensi dei vigenti Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Art. 20 *Adempimenti delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.*

È fatto obbligo alle Aziende del sistema sanitario regionale di predisporre o adeguare, entro 90 giorni dalla pubblicazione della Delibera di Giunta Regionale di approvazione del presente Regolamento in materia di ALPI, l'apposito atto aziendale per assicurare che nell'attività libero-professionale, compresa quella esercitata nell'ambito del programma sperimentale, siano rispettate le previsioni delle presenti Linee guida e, per tutto quanto non specificatamente disciplinato nelle stesse, quanto previsto dalla vigente normativa in materia.

Il presente Regolamento è pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi e per gli effetti dell'*art. 53 comma 1 della L.R. 12 maggio 2004, n. 7 "Statuto della Regione Puglia"*.

È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Puglia.

Copyright 2015 Wolters Kluwer Italia Srl. All rights reserved.

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.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 maggio 2000, n. 121.

D.P.C.M. 27 marzo 2000 ⁽¹⁾.

Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 26 maggio 2000, n. 121.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Vista la *legge 23 dicembre 1998, n. 448*, concernente misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo;

Visto, in particolare, l'*art. 72, comma 11, della predetta legge n. 448 del 1998*, che dispone che il direttore generale, fino alla realizzazione nell'azienda di proprie strutture e spazi distinti per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero ed ambulatoriale, è tenuto ad assumere le specifiche iniziative per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati ed altresì ad attivare misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali;

Visto il *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, concernente norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale;

Visto l'*art. 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, come modificato dal citato *decreto legislativo n. 229 del 1999*, che definisce le caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti del ruolo sanitario;

Considerato che il richiamato *art. 15-quinquies*, nel confermare al comma 2, lettera a), il diritto all'esercizio di attività libero-professionale individuale nell'ambito delle strutture aziendali, fa salvo quanto disposto dal comma 11 dell'*art. 72 della legge n. 448 del 1998*;

Preso atto che lo stesso *art. 15-quinquies* rimette alla disciplina contrattuale nazionale la definizione del corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa;

Visto l'*art. 15-undecies del decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni che estende la disciplina della dirigenza sanitaria al

personale degli enti ed istituti classificati di cui all'art. 4, comma 12, dello stesso decreto, nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria del Servizio sanitario nazionale;

Vista l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano intervenuta nella seduta del 16 marzo 2000;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, nella seduta del 17 marzo 2000;

Adotta il seguente decreto:

1. Oggetto del provvedimento.

1. Il presente atto di indirizzo e coordinamento fissa i principi ed i criteri direttivi per le specifiche iniziative che i direttori generali, fino alla realizzazione di idonee strutture e spazi distinti all'interno delle aziende, sono tenuti ad assumere per reperire fuori dall'azienda spazi sostitutivi in strutture non accreditate nonché ad autorizzare l'utilizzazione di studi professionali privati, ivi compresi quelli per i quali è richiesta l'autorizzazione all'esercizio dell'attività.

2. Il presente atto di indirizzo e coordinamento fissa, altresì, i criteri direttivi per l'attivazione di misure atte a garantire la progressiva riduzione delle liste di attesa.

3. Le disposizioni del presente atto di indirizzo e coordinamento, salvo quelle di cui agli articoli 2, 3 e 4, cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina regionale in materia nonché, limitatamente al corretto equilibrio fra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale, dall'entrata in vigore della disciplina contrattuale nazionale.

4. Le regioni definiscono le modalità di consultazione preventiva delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria prima di disciplinare le materie del presente atto di indirizzo e coordinamento.

2. Attività libero-professionale.

1. Ai fini e per gli effetti del presente atto di indirizzo e coordinamento per attività libero-professionale intramuraria del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario si intende l'attività che detto personale, individualmente o in *équipe*, esercita fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio, in regime ambulatoriale, ivi comprese anche le attività di diagnostica strumentale e di laboratorio, di *day hospital*, di *day surgery* e di ricovero, sia nelle strutture ospedaliere che territoriali, in favore e su libera

scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o di assicurazioni o dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale di cui all'*art. 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche e integrazioni.

2. Ai fini e per gli effetti del presente atto di indirizzo e coordinamento per attività libero-professionale intramuraria si intende, altresì, la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in *équipe* in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale nonché in altra struttura sanitaria non accreditata.

3. Ai fini e per gli effetti del presente atto di indirizzo e coordinamento per attività libero-professionale intramuraria si intende, infine, la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le *équipes* dei servizi interessati.

4. L'attività libero-professionale, di cui ai comma precedenti, viene erogata nel rispetto dell'equilibrio tra attività istituzionali e libero professionali, secondo le previsioni di cui all'*art. 15-quinquies*, comma 3, del *decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni. La valutazione può essere riferita anche alla tipologia e alla complessità delle prestazioni.

5. Ai fini e per gli effetti del presente atto di indirizzo e coordinamento ed esclusivamente per le discipline che hanno una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria, si considerano prestazioni erogate in regime libero-professionale ai sensi dell'*art. 15-quinquies*, comma 2, lettera d), del *decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni anche le prestazioni richieste, ad integrazione delle attività istituzionali, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive soprattutto in presenza di carenza di organico, in accordo con le *équipes* interessate.

3. Categorie professionali.

1. Le disposizioni del presente atto di indirizzo e coordinamento, relative all'attività libero-professionale intramuraria ed alle modalità per garantire la progressiva riduzione delle liste d'attesa per le attività istituzionali, si applicano a tutto il personale medico chirurgo, odontoiatra, veterinario e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi) nonché, ai soli fini dell'attribuzione degli incentivi economici, al restante personale sanitario dell'*équipe* ed al personale che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale.

4. Soggetti ed enti destinatari.

1. Le disposizioni del presente atto di indirizzo e coordinamento si applicano al personale del Servizio sanitario nazionale, dipendente dalle unità sanitarie locali e

dalle aziende ospedaliere, e al personale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico e degli istituti zooprofilattici sperimentali.

2. Salve le specificazioni e gli adattamenti previsti dal *decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517*, le disposizioni del presente atto di indirizzo e coordinamento si applicano anche al personale universitario appartenente alle categorie professionali indicate all'art. 2, che presta servizio presso i policlinici, le aziende ospedaliere e altre strutture di ricovero e cura convenzionate con l'Università, ivi compreso il personale laureato medico ed odontoiatra dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria di cui all'art. 6, comma 5, del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche e integrazioni.

3. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto privato, gli enti ed istituti di cui all'art. 4, commi 12 e 13, del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modifiche e integrazioni, nonché le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, che svolgono attività sanitaria, e gli enti pubblici, che già applicano al proprio personale la disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria e extramuraria della dirigenza del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi gli istituti normativi contrattuali di carattere economico, adeguano i propri ordinamenti ai principi di cui all'art. 1, commi da 5 a 19, della *legge 23 dicembre 1996, n. 662*, alle disposizioni del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, e del presente atto di indirizzo e coordinamento.

5. Organizzazione dell'attività intramuraria.

1. I direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, avvalendosi del collegio di direzione, adottano, in conformità alle direttive regionali, alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro e del presente atto di indirizzo e coordinamento, un apposito atto aziendale per definire le modalità organizzative dell'attività libero-professionale del personale medico e delle altre professionalità della dirigenza del ruolo sanitario, con riferimento alle prestazioni individuali o in *équipe*, sia in regime ambulatoriale che di ricovero.

2. L'atto aziendale, in particolare, si conforma ai seguenti criteri:

a) nell'ambito dell'azienda, devono essere individuate proprie idonee strutture e spazi separati e distinti, da utilizzare per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria;

b) fino alla realizzazione di quanto previsto alla lettera a) vanno individuati, fuori dell'azienda, spazi sostitutivi in case di cura ed altre strutture, pubbliche e private non accreditate, con le quali stipulare apposite convenzioni;

c) in relazione a quanto previsto alle lettere a) e b), va indicato il numero dei dirigenti a rapporto esclusivo, distinti per profilo e posizione funzionale, che possono potenzialmente operare in regime libero-professionale, nelle proprie strutture e spazi distinti ovvero negli spazi sostitutivi individuati fuori dall'azienda; l'assegnazione dei dirigenti alle strutture e agli spazi all'interno e all'esterno dell'azienda è disposta previa contrattazione aziendale;

d) il personale di supporto all'attività libero-professionale va individuato e quantificato;

e) i criteri per la determinazione delle tariffe e le modalità della loro ripartizione, sono stabiliti in conformità ai contratti collettivi nazionali di lavoro e alla contrattazione decentrata, garantendo, comunque, una percentuale pari al 5% della massa dei proventi dell'attività libero-professionale, al netto delle quote a favore dell'azienda, quale fondo aziendale da destinare alla perequazione per quelle discipline mediche e veterinarie che abbiano una limitata possibilità di esercizio della libera professione intramuraria; analogo fondo è costituito per le restanti categorie;

f) vanno definite le modalità per le prenotazioni, attraverso un apposito sistema di prenotazione e distinti uffici e personale addetto, per la tenuta delle relative liste di attesa e per le turnazioni del personale che svolge attività libero-professionale, nonché le modalità per l'utilizzazione dei posti letto, degli ambulatori ospedalieri e territoriali, delle sale operatorie e delle apparecchiature da utilizzare per tale attività, garantendo comunque all'attività istituzionale carattere prioritario rispetto a quella libero-professionale;

g) sulla base delle disposizioni attuative del comma 3 dell'art. 15-*quinquies* del *decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni, sono fissati i criteri e le modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale;

h) vanno istituiti appositi organismi di promozione e verifica, costituiti in forma paritetica fra dirigenti sanitari rappresentanti delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e rappresentanti dell'azienda.

3. Gli spazi utilizzabili per l'attività libero-professionale, individuati anche come disponibilità temporale degli stessi, non possono essere inferiori al 10% e superiori al 20% di quelli destinati all'attività istituzionale. La quota di posti letto da utilizzare per l'attività libero-professionale non può essere inferiore al 5% e, in relazione alla effettiva richiesta, superiore al 10% dei posti letto della struttura.

4. L'attività libero-professionale è prestata nella disciplina di appartenenza. Il personale che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero-professionale nella propria struttura o nella propria disciplina, può essere autorizzato dal direttore generale, con il parere favorevole del collegio di direzione e delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, ad esercitare l'attività in altra struttura dell'azienda o in una disciplina equipollente a quella di appartenenza, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina stessa. L'autorizzazione è concessa per l'esercizio delle attività di prevenzione di cui al *decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626*, salvo quanto previsto dall'art. 11.

5. Il personale che, da almeno un biennio alla data del presente atto di indirizzo e coordinamento, svolgeva attività libero-professionale in una disciplina equipollente può essere autorizzato dal direttore generale, sentito il collegio di direzione e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, a continuare la predetta attività fino al 30 giugno 2001, sempre che sia in possesso della specializzazione o di una anzianità di servizio di cinque anni nella disciplina.

6. Le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria formulano proposte al collegio di direzione in ordine alla programmazione, gestione e verifica, dell'attività libero-professionale intramuraria. Gli adempimenti di cui al comma 2, lettere a), c) ed e), sono adottati nel rispetto delle modalità di consultazione preventiva delle organizzazioni sindacali previste dalle disposizioni regionali di cui all'art. 1, comma 4.

6. Attività di ricovero.

1. Nei presidi ospedalieri delle U.S.L. e delle aziende ospedaliere il ricovero in regime libero-professionale è garantito in idonee strutture e spazi separati e distinti. La idoneità della struttura è determinata con riferimento alle dotazioni strumentali, che devono essere di norma corrispondenti a quelle utilizzate per l'esercizio ordinario dell'attività istituzionale, ed alle condizioni logistiche, che devono consentire l'attività in spazi distinti rispetto a quelli delle attività istituzionali.

2. La disponibilità di posti letto per l'attività libero professionale programmata deve essere assicurata entro i limiti fissati dall'art. 5, comma 3, fermo restando che il mancato utilizzo dei predetti posti letto consente l'impiego degli stessi per l'attività istituzionale d'urgenza qualora siano occupati i posti letto per il ricovero nelle rispettive aree dipartimentali.

3. Fino alla realizzazione nell'azienda di proprie strutture e spazi distinti per l'attività libero-professionale intramuraria in regime di ricovero, le aziende, in attuazione dell'atto aziendale di cui all'art. 5, reperiscono, con gli strumenti contrattuali più idonei, la disponibilità di spazi esterni sostitutivi (camere di ricovero e spazi orari per l'utilizzo di attrezzature di diagnostica strumentale e di laboratorio e riabilitative o sale operatorie) presso strutture non accreditate, da destinare ad attività professionale intramuraria.

4. In relazione ai limiti strutturali ed organizzativi della struttura convenzionata in rapporto alle specifiche esigenze derivanti dalle diverse discipline nelle quali attivare l'attività libero-professionale nonché alle dimensioni dell'azienda ed al numero del personale interessato, gli spazi assistenziali esterni sono reperiti, almeno per ciascuna area dipartimentale, di norma in una unica struttura. Nella stessa struttura devono, se necessario, essere attivati anche gli spazi per l'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale.

5. I posti letto, individuati per l'attività libero-professionale, concorrono ai fini dello *standard* dei posti letto per mille abitanti, previsto dall'art. 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549.

7. Attività ambulatoriale.

1. Nelle strutture delle USL e delle aziende ospedaliere, le aziende reperiscono idonee strutture e spazi distinti per l'esercizio della libera attività professionale intramuraria. L'attività ambulatoriale, ivi compresa quella di diagnostica

strumentale e di laboratorio, esercitata in regime di attività libero-professionale può essere svolta anche nelle strutture e negli spazi utilizzati per l'attività istituzionale fermo restando che l'organizzazione del servizio deve assicurare orari diversi per le due attività (istituzionale e libero-professionale), privilegiando comunque l'attività istituzionale.

2. Nei casi in cui non sia possibile reperire all'interno della azienda, in misura esauriente, idonee strutture e spazi per lo svolgimento dell'attività libero-professionale in regime ambulatoriale, gli spazi necessari sono temporaneamente reperiti all'esterno dell'azienda in strutture non accreditate.

3. Fino alla realizzazione di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, i direttori generali prevedono specifiche disposizioni transitorie per autorizzare il personale della dirigenza sanitaria a rapporto esclusivo ad utilizzare, senza oneri aggiuntivi a carico dell'azienda sanitaria, studi professionali per lo svolgimento di tale attività, nel rispetto delle norme che regolano l'attività professionale intramurale. Nei predetti studi i dirigenti conservano le autorizzazioni esistenti per l'esercizio della propria attività professionale specialistica.

4. L'esercizio straordinario dell'attività libero-professionale intramuraria in studi professionali è informato ai seguenti principi e criteri direttivi:

a) l'attività deve essere preventivamente autorizzata dall'azienda, che ne definisce i volumi con riferimento all'art. 2, comma 4, nel rispetto delle esigenze di servizio;

b) l'attività deve essere svolta in una unica sede nell'ambito del territorio della regione; qualora il dirigente interessato svolga, da almeno un biennio, attività professionale in più sedi della stessa regione, il direttore generale, sentito il collegio di direzione, può autorizzare, tenuto conto della specifica attività svolta, della frequenza degli accessi e degli investimenti che il dirigente ha sopportato per l'attivazione delle singole sedi, la prosecuzione dell'attività, oltre che nella sede ubicata nel territorio della U.S.L. territorialmente competente, anche in altra sede fino al 30 giugno 2001; la regione disciplina l'ambito territoriale in cui devono essere ubicati gli studi professionali dei dirigenti delle aziende ospedaliere nonché, per i dirigenti delle U.S.L.; gli specifici casi in cui può essere autorizzata la prosecuzione, fino al 30 giugno 2001, dell'attività in una sede ubicata nel territorio di una Unità sanitaria locale diversa da quella di appartenenza;

c) gli orari di svolgimento dell'attività libero-professionale individuale sono definiti d'intesa fra l'azienda ed il dirigente compatibilmente con le esigenze di servizio;

d) la prenotazione delle prestazioni avviene tramite l'azienda per mezzo di un apposito sistema di prenotazione e distinti uffici e personale addetto;

e) le tariffe sono definite dall'azienda, d'intesa con i dirigenti interessati, secondo il regolamento aziendale; la tariffa deve essere articolata in modo da evidenziare gli oneri per l'eventuale utilizzazione, preventivamente autorizzata, di altro personale sanitario da parte del dirigente e per la fornitura di dispositivi medici all'assistito (per esempio, manufatti protesici e/o ortodontici); i predetti oneri sono posti a carico dell'azienda che vi provvede con i proventi tariffari del dirigente e fino alla concorrenza degli stessi;

f) le ricevute o fatture sono emesse su bollettario dell'azienda e gli importi corrisposti dagli utenti sono riscossi dal dirigente, il quale, detratte, a titolo di acconto, le quote di sua spettanza nel limite massimo del 50%, li versa, entro i successivi trenta giorni, nelle casse dell'azienda che provvederà alle trattenute di legge ed ai relativi conguagli;

g) una quota della tariffa è acquisita dall'azienda, in conformità a quanto previsto dal vigente C.C.N.L. in relazione alle varie tipologie di attività ed ai costi diretti ed indiretti sostenuti dall'azienda.

5. La gestione dell'attività è soggetta alle norme di cui all'*art. 3, commi 6 e 7, della legge 23 dicembre 1994, n. 724*, in materia di obbligo di specifica contabilizzazione.

8. Attività aziendale a pagamento.

1. L'attività professionale, richiesta a pagamento da terzi all'azienda e svolta, fuori dall'orario di lavoro, sia all'interno che all'esterno delle strutture aziendali, può, a richiesta del dirigente interessato, essere considerata attività libero-professionale intramuraria e sottoposta alla disciplina prevista dal presente atto di indirizzo e coordinamento per tale attività ovvero considerata come obiettivo prestazionale incentivato con le specifiche risorse introitate, in conformità ai contratti collettivi nazionali di lavoro.

2. L'attività resa per conto dell'azienda all'esterno della struttura, se svolta in regime di attività libero-professionale, deve garantire, comunque, il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione di tutto il personale che eroga le prestazioni.

3. Con apposito atto aziendale, adottato nel rispetto delle modalità di consultazione preventiva delle organizzazioni sindacali previste dalle disposizioni regionali di cui all'*art. 1, comma 4*, ed in conformità a quanto previsto dai contratti collettivi, sono stabiliti per le attività svolte per conto dell'azienda in regime libero-professionale:

a) i limiti minimi e massimi di ciascun dirigente, comprensivi anche degli eventuali tempi di raggiungimento delle sedi di servizio, compatibili con l'articolazione dell'orario di lavoro;

b) l'entità del compenso dovuto al dirigente che ha effettuato la prestazione, ove l'attività abbia luogo fuori dell'orario di lavoro e l'eventuale rimborso spese dallo stesso sostenute, ove l'attività abbia luogo nell'orario di lavoro ma fuori della struttura di appartenenza;

c) le modalità di attribuzione dei compensi e rimborsi spese. I compensi e le modalità di attribuzione sono stabiliti dai contratti collettivi nazionali di lavoro;

d) la partecipazione ai proventi per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio non può essere superiore al 50 per cento della tariffa per le prestazioni finalizzate alla riduzione delle liste di attesa, ai sensi del comma 2, lettera d), dell'*art. 15-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni.

4. L'atto aziendale di cui al comma 3 disciplina i casi in cui l'assistito può chiedere all'azienda che la prestazione sia resa direttamente dal dirigente scelto dall'assistito ed erogata al domicilio dell'assistito, in relazione alle particolari prestazioni assistenziali richieste o al carattere occasionale o straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente fra il medico e l'assistito con riferimento all'attività libero-professionale intramuraria già svolta, individualmente o in *équipe*, nell'ambito dell'azienda.

5. Rientra nell'attività disciplinata dal presente articolo l'attività di certificazione medico-legale resa dall'azienda per conto dell'Istituto nazionale degli infortuni sul lavoro (I.N.A.I.L.) a favore degli infortunati sul lavoro e tecnopatici, sempre che sia possibile assicurare concretamente il rispetto dei principi della fungibilità e della rotazione.

9. Altre attività professionali a pagamento.

1. Le attività professionali, richieste a pagamento da singoli utenti e svolte individualmente o in *équipe*, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, sono disciplinate da convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture in conformità al regolamento aziendale adottato nel rispetto delle modalità di consultazione preventiva delle organizzazioni sindacali previste dalle disposizioni regionali di cui all'art. 1, comma 4. Le predette attività sono consentite solo se a carattere occasionale e se preventivamente autorizzate di volta in volta dall'azienda con le modalità stabilite dalla convenzione.

2. Con apposito atto aziendale, adottato nel rispetto delle modalità di consultazione preventiva delle organizzazioni sindacali previste dalle disposizioni regionali di cui all'art. 1, comma 4, ed in conformità a quanto previsto dai contratti collettivi, sono stabiliti per le attività di cui al comma 1: il limite massimo di attività di ciascun dirigente tenuto anche conto delle altre attività svolte; l'entità del compenso dovuto al dirigente e/o all'*équipe* che ha effettuato la prestazione; le modalità di riscossione e di attribuzione dei compensi, la quota della tariffa spettante all'azienda conformemente ai contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. Gli onorari sono riscossi dalla struttura presso la quale il dirigente ha svolto l'attività, con bollettari forniti dall'azienda; la struttura, dedotte le quote di propria spettanza ai sensi della convenzione, versa settimanalmente all'azienda ed al dirigente le quote spettanti. La struttura presso la quale il dirigente ha effettuato la prestazione è tenuta a rilasciare ricevuta della prestazione stessa su apposito bollettino messo a disposizione dall'azienda.

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 *équipes* 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.

11. Attività libero-professionale dei dirigenti sanitari del dipartimento di prevenzione.

1. Le attività libero-professionali dei dirigenti sanitari del dipartimento di prevenzione costituiscono uno specifico insieme di prestazioni, non erogate in via istituzionale dal Servizio sanitario nazionale, che concorrono ad aumentare la disponibilità e a migliorare la qualità complessiva delle azioni di sanità pubblica compresa quella veterinaria, integrando l'attività istituzionale. Per la loro peculiarità le attività dei veterinari possono essere rese anche fuori delle strutture veterinarie aziendali e presso terzi richiedenti con modalità analoghe a quelle previste dall'art. 15-*quinquies*, comma 2, lettera d), del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni.

2. Alle attività libero-professionali intramurarie dei dirigenti sanitari del dipartimento di prevenzione e degli istituti zooprofilattici sperimentali si applicano le disposizioni del presente atto di indirizzo e coordinamento con gli adattamenti necessari in relazione alle tipologie dei destinatari ed alle specifiche caratteristiche dell'attività.

3. Le attività libero-professionali individuali dei dirigenti sanitari del dipartimento di prevenzione sono erogate presso le strutture attivate dalle aziende nonché, in via straordinaria ai sensi dell'art. 7, presso gli studi professionali privati nei casi in cui non sia possibile reperire all'interno dell'azienda in maniera esauriente idonee strutture e spazi per lo svolgimento dell'attività professionale.

4. Il medico veterinario può essere autorizzato a svolgere per conto dell'azienda, all'esterno delle strutture aziendali prestazioni richieste all'azienda stessa da aziende pubbliche o private e da soggetti privati, ai sensi dell'art. 15-*quinquies*, comma 2, lettera d), del *decreto legislativo n. 502 del 1992* e successive modifiche e integrazioni, purché lo svolgimento di tali prestazioni non sia incompatibile con le funzioni istituzionali svolte. L'incompatibilità con le funzioni svolte è accertata per ciascun dirigente dal direttore generale dell'azienda. Non è consentito, comunque, l'esercizio di attività libero-professionale individuale in favore di soggetti pubblici e privati da parte dei medici e veterinari che svolgono nei confronti degli stessi soggetti funzioni di vigilanza o di controllo o funzioni di ufficiale di polizia giudiziaria. Le regioni prevedono specifici sistemi di controllo nei confronti del personale di cui al presente comma, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per la specifica tipologia professionale.

12. Attività di supporto.

1. L'atto aziendale di cui all'art. 5 deve disciplinare i criteri e le modalità per la ripartizione di una quota dei proventi derivanti dalle tariffe, in conformità ai contratti collettivi nazionali di lavoro, a favore:

a) del personale del ruolo sanitario, dirigente e non dirigente, che partecipa all'attività libero-professionale quale componente di una *équipe* o personale di supporto nell'ambito della normale attività di servizio;

b) del personale della dirigenza sanitaria che opera in regime di esclusività e che, in ragione delle funzioni svolte o della disciplina di appartenenza, non può esercitare l'attività libero-professionale;

c) del personale che collabora per assicurare l'esercizio dell'attività libero-professionale.

13. Attività diverse dall'attività libero-professionale.

1. Non rientrano fra le attività libero-professionali disciplinate dal presente atto di indirizzo e coordinamento, ancorché comportino la corresponsione di emolumenti ed indennità, le seguenti attività:

a) partecipazione ai corsi di formazione, diplomi universitari e scuole di specializzazione e diploma, in qualità di docente;

b) collaborazioni a riviste e periodici scientifici e professionali;

c) partecipazioni a commissioni presso enti e Ministeri (commissione medica di verifica del Ministero del tesoro, di cui all'art. 5, comma 2, del *decreto legislativo 29 giugno 1998, n. 278*, ed alle commissioni invalidi civili costituite presso le aziende sanitarie di cui alla *legge 15 ottobre 1990, n. 295*);

d) relazioni a convegni e pubblicazione dei relativi interventi;

e) partecipazioni a comitati scientifici;

f) partecipazioni ad organismi istituzionali della propria categoria professionale o sindacale;

g) attività professionale sanitaria, resa a titolo gratuito o con rimborso delle spese sostenute, a favore di organizzazioni non lucrative di utilità sociale, organizzazioni e associazioni di volontariato o altre organizzazioni senza fine di lucro, previa comunicazione all'azienda della dichiarazione da parte dell'organizzazione interessata della totale gratuità delle prestazioni.

2. Le attività e gli incarichi di cui al comma 1, ancorché a carattere non gratuito, non rientrano fra quelli previsti dal comma 7, dell'*art. 72, della legge n. 448 del 1998* e possono essere svolti previa autorizzazione da parte dell'azienda, ai sensi dell'*art. 58, comma 7, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modifiche e integrazioni, che dovrà valutare se, in ragione della continuità o della gravosità dell'impegno richiesto o degli emolumenti conseguiti, non siano incompatibili con l'attività e gli impegni istituzionali.

14. Termini per l'attuazione.

1. I direttori generali attuano le disposizioni di competenza in materia di attività libero-professionale entro il termine previsto dalla disciplina regionale e, comunque, non oltre novanta giorni dall'entrata in vigore del presente atto di indirizzo. La mancata assunzione delle iniziative configura le ipotesi e dà luogo alle sanzioni di cui al comma 11, dell'*art. 72, della legge n. 448 del 1998*.

L. 3-8-2007 n. 120

Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.

Pubblicata nella Gazz. Uff. 6 agosto 2007, n. 181.

L. 3 agosto 2007, n. 120 ⁽¹⁾.

Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 6 agosto 2007, n. 181.

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 ⁽²⁾. Fino al 31 gennaio 2011 ⁽³⁾ 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* ⁽⁴⁾.

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 31 dicembre 2014 ⁽⁵⁾.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate, in coerenza con le misure di cui ai commi 1 e 2, adottano provvedimenti tesi a garantire che 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, di seguito denominati IRCCS di diritto pubblico, provvedano, entro il 31 dicembre 2012, ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e che si renderanno disponibili in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'*articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, e successive modificazioni, per l'esercizio dell'attività libero professionale, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio, in tale tipo di attività presso le strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali. Sulla base della ricognizione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono autorizzare l'azienda sanitaria, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nel limite delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, previo parere da parte del collegio di direzione di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni. Qualora quest'ultimo non sia costituito, il parere è reso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. Le regioni e le province autonome nelle quali siano presenti aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, possono autorizzare, limitatamente alle medesime aziende sanitarie, l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, ai sensi di quanto previsto dalla lettera a-bis) del presente comma, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'azienda sanitaria di appartenenza, sulla base di uno schema tipo approvato con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le autorizzazioni di cui al comma 3 dell'*articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, cessano al 31 dicembre 2012. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono, anche attraverso proprie linee guida, 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 ⁽⁶⁾:

a) adozione, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, di sistemi e di moduli organizzativi e tecnologici che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro ⁽⁷⁾;

a-bis) predisposizione e attivazione, entro il 31 marzo 2013, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano ovvero, su disposizione regionale, del competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, di una infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria, interna o in rete. La disposizione regionale, precisando le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista, prevede, con l'utilizzo esclusivo della predetta infrastruttura, l'espletamento del servizio di prenotazione, l'inserimento

obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico. Ferme restando le disposizioni in materia di tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti, la suddetta disposizione regionale deve prevedere le misure da adottare in caso di emergenze assistenziali o di malfunzionamento del sistema. Le modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura sono determinate, entro il 30 novembre 2012, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle disposizioni contenute nel *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*, recante il codice in materia di protezione dei dati personali. Agli oneri si provvede ai sensi della lettera c), mediante adeguata rideterminazione delle tariffe operata in misura tale da coprire i costi della prima attivazione della rete, anche stimati in via preventiva ⁽⁸⁾;

a-ter) facoltà di concedere, su domanda degli interessati e con l'applicazione del principio del silenzio-assenso, la temporanea continuazione dello svolgimento di attività libero professionali presso studi professionali, già autorizzati ai sensi del comma 3 dell'*articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis), e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il predetto collegamento sono a carico del titolare dello studio ⁽⁹⁾;

b) pagamento di prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico, entro il 30 aprile 2013 ⁽¹⁰⁾;

c) definizione, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, di importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, salvo quanto previsto dalla lettera a-ter), ultimo periodo, e dalla lettera b), ultimo periodo, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis). Nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ⁽¹¹⁾;

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) esclusione della possibilità di svolgimento dell'attività libero professionale presso studi professionali collegati in rete nei quali, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati del Servizio sanitario nazionale, operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale, a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti dello studio professionale associato, con la esclusione, in ogni caso, di qualsiasi addebito a carico dell'ente o azienda del Servizio sanitario nazionale ⁽¹²⁾;

f-bis) adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale, in tutte le forme regolate dal presente comma, compresa quella esercitata nell'ambito del programma sperimentale, siano rispettate le prescrizioni di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma ⁽¹³⁾;

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 ⁽¹⁴⁾.

4-bis. I risultati della ricognizione di cui al comma 4 sono trasmessi dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale. La verifica del programma sperimentale per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete di cui al comma 4, è effettuata, entro il 28 febbraio 2015, dalla regione interessata, in base a criteri fissati con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In caso di verifica positiva, la regione medesima, ponendo contestualmente termine al programma sperimentale, può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del Servizio sanitario regionale ove si è svolto il programma sperimentale, lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete. In caso di inadempienza da parte dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale, provvede la regione o provincia autonoma interessata. In caso di verifica negativa, tale attività cessa entro il 28 febbraio 2015. Degli esiti delle verifiche regionali viene data informazione al Parlamento attraverso la relazione annuale di cui all'*articolo 15-quattordecies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni ⁽¹⁵⁾.

5. Ogni azienda sanitaria locale, azienda ospedaliera, azienda ospedaliera universitaria, policlinico universitario a gestione diretta ed IRCCS di diritto pubblico predispone 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. Decorso sessanta giorni dalla trasmissione, in assenza di osservazioni da parte del Ministero della salute, i piani si intendono operativi ⁽¹⁶⁾.

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, la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento ovvero 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 ^{(17) (18)}.

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 ⁽¹⁹⁾] ⁽²⁰⁾.

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 ⁽²¹⁾.

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* ⁽²²⁾.

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) Per la proroga del termine vedi il comma 3 dell'*art. 10, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216*.

(3) Per la proroga del termine vedi il comma 1 dell'*art. 1, D.L. 29 dicembre 2010, n. 225*, il comma 1 dell'*art. 1, D.P.C.M. 25 marzo 2011* e il comma 2 dell'*art. 10, D.L. 29 dicembre 2011, n. 216*.

(4) Comma così modificato prima dall'*art. 1-bis, D.L. 7 ottobre 2008, n. 154*, aggiunto dalla relativa legge di conversione, e poi dal comma 1 dell'*art. 6, D.L. 30 dicembre 2009, n. 194*.

(5) Comma così modificato dalla lettera a) del comma 1 dell'*art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*.

(6) Alinea così modificato dalla lettera b) del comma 1 dell'*art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, come modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*. Successivamente, la Corte costituzionale, con sentenza 2-11 dicembre 2013, n. 301 (Gazz. Uff. 18 dicembre 2013, n. 51 – Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del citato *articolo 2, comma 1, lettere b) e c)*, *D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, convertito, con modificazioni, dall'*art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189*, nella parte in cui non contempla una clausola di salvaguardia che preveda che le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguino la propria legislazione in conformità alle disposizioni dello statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

(7) Lettera così sostituita dalla lettera b-bis) del comma 1 dell'*art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, nel testo integrato dalla *legge di conversione 8 novembre*

2012, n. 189.

(8) Lettera aggiunta dalla lettera c) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, come modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*. Successivamente, la Corte costituzionale, con sentenza 2-11 dicembre 2013, n. 301 (Gazz. Uff. 18 dicembre 2013, n. 51 – Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del citato *articolo 2, comma 1, lettere b) e c)*, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189, nella parte in cui non contempla una clausola di salvaguardia che preveda che le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguino la propria legislazione in conformità alle disposizioni dello statuto speciale e delle relative norme di attuazione. In attuazione di quanto disposto dalla presente lettera vedi il D.M. 21 febbraio 2013.

(9) Lettera aggiunta dalla lettera c) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158. Successivamente, la Corte costituzionale, con sentenza 2-11 dicembre 2013, n. 301 (Gazz. Uff. 18 dicembre 2013, n. 51 – Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità del citato *articolo 2, comma 1, lettere b) e c)*, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189, nella parte in cui non contempla una clausola di salvaguardia che preveda che le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguino la propria legislazione in conformità alle disposizioni dello statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

(10) Lettera così sostituita dalla lettera d) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(11) Lettera così sostituita dalla lettera e) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(12) Le attuali lettere f) ed f-bis) così sostituiscono l'originaria lettera f) ai sensi di quanto disposto dalla lettera f) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(13) Le attuali lettere f) ed f-bis) così sostituiscono l'originaria lettera f) ai sensi di quanto disposto dalla lettera f) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(14) 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».

(15) Comma aggiunto dalla lettera g) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(16) 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.

(17) Comma così modificato dalla lettera h) del comma 1 dell'art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158.

(18) 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».

(19) 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».

(20) Comma abrogato dalla lettera i) del comma 1 dell'*art. 2, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*.

(21) 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.

(22) Per la proroga dell'Osservatorio previsto dal presente comma vedi il comma 2 dell'*art. 1, D.L. 28 giugno 2012, n. 89*.

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.

Conferenza Stato Regioni

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province di Trento e Bolzano concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del Servizio sanitario nazionale. (SALUTE)
Accordo ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Rep. Atti n. 198/CSR del 18 novembre 2010

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

Nella odierna seduta del 18 novembre 2010:

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO la legge 3 agosto 2007, n. 120, la quale prevede che le Regioni e le Province autonome di Trento e 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 secondo modalità stabilite dalla predetta legge n. 120/2007;

CONSIDERATO che il decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 e la citata legge n. 120/2007 individuano nell'Osservatorio per l'attività professionale lo strumento di raccordo tra le istituzioni statali e regionali per il monitoraggio sullo stato di attuazione dell'attività libero – professionale;

VISTA la Sentenza della Corte Costituzionale n. 371 del 5-14 novembre 2008;

VISTA la nota in data 26 ottobre 2010 con la quale il Ministero della salute ha inviato la schema di Accordo indicato in oggetto;

VISTA la lettera in data 27 ottobre 2010 con la quale lo schema di accordo in parola è stato trasmesso alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

CONSIDERATO che, la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, con nota in data 3 novembre 2010 ha chiesto il differimento della riunione tecnica convocata per il giorno 5 novembre 2010;

VISTA la lettera in data 4 novembre 2010 con la quale la predetta nota è stata partecipata alle Amministrazioni interessate;

VISTA la lettera in data 16 novembre 2010, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha inviato una nuova versione dello schema di Accordo in parola rappresentando che la medesima è stata concordata con i Ministeri interessati;

VISTA la lettera in data 16 novembre 2010 con la quale la predetta nuova versione è stata diramata;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha formulato le seguenti richieste di modifica all'articolo 2, comma 1, lettera c, dopo le parole "all'articolo 55" aggiungere ", comma 2" e dopo le parole "successive integrazioni" eliminare le parole ", anche con modalità di remunerazione diversa da quelle orarie";

RILEVATO che il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ha espresso assenso sulle predette richieste emendative;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nei seguenti termini :

Considerato che:

- al fine di dare compiuta attuazione alla disciplina dell'attività libero-professionale intramuraria è opportuno realizzare un adeguato coordinamento tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano;

SI CONVIENE CHE

Art. 1

1. La modalità di esercizio dell'attività libero – professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari, di cui ai successivi articoli, è disciplinata dalle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate e nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

Art. 2

1. Nell'ambito delle competenze di cui all'articolo 1, i piani di attività della programmazione regionale e aziendale, al fine di garantire nell'esercizio dell'attività libero – professionale dei dirigenti suddetti un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero – professionale, prevedono:
 - a. la definizione annuale, in sede di contrattazione del budget o di specifica negoziazione con le strutture aziendali, dei volumi di attività istituzionale dovuti, tenuto conto delle risorse umane, finanziarie e tecnologiche effettivamente assegnate , anche con riferimento ai carichi di lavoro misurati;
 - b. la determinazione con i singoli dirigenti e con le équipes dei volumi di attività libero professionale complessivamente erogabili, che, ai sensi delle leggi e contratti vigenti, non possono superare quelli istituzionali né prevedere un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;
 - c. la definizione delle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55, comma 2, del CCNL 8 giugno 2000 e successive integrazioni ai fini del progressivo conseguimento degli obiettivi di allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramoenia;
 - d. la costituzione a livello aziendale di appositi organismi paritetici con le OOSS di cui all'art.1 di verifica, anche con l'intervento del Collegio di Direzione, e l'indicazione delle sanzioni da adottare in caso di violazione di quanto pattuito;
 - e. l'esercizio delle attività libero-professionali all'esterno delle strutture aziendali, consentito limitatamente al periodo di proroga negli ambiti in cui non sia stato garantito l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria ai sensi della legge 120/07, senza che comporti oneri aggiuntivi per l'azienda sanitaria né per il professionista nei confronti dell'azienda stessa;
 - f. l'affidamento a personale aziendale, o comunque dall'azienda a ciò destinato, senza ulteriori oneri aggiuntivi, del servizio di prenotazione delle prestazioni libero-professionali, da eseguire con modalità distinte rispetto a quelle istituzionali, al fine di permettere il controllo dei volumi delle prestazioni medesime nonché del servizio di riscossione delle tariffe;
 - g. la definizione delle tariffe per l'attività libero-professionale, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione collettiva integrativa, in modo che siano remunerative di tutti i costi sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari, ed evidenzino le voci relative ai compensi del libero professionista, dell'équipe, del personale di supporto, nonché i costi – pro quota – per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature;
 - h. la definizione delle modalità per garantire, da parte dei dirigenti veterinari, l'effettuazione delle prestazioni libero – professionali con gli adattamenti necessari in relazione alle tipologie dei destinatari ed alle specifiche caratteristiche dell' attività;
 - i. lo svolgimento della attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio con apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale.
2. Allo scopo di favorire l'attuazione di quanto previsto dal comma 1, lett. a) del presente articolo si applicano i criteri individuati dall'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 - 2012.

Art. 3

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, anche avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, effettuano il monitoraggio e controllo dell'attività libero professionale, in modo da

garantire che il suo svolgimento non vada a detrimento dell'attività istituzionale. I risultati di tale attività sono trasmessi all'Osservatorio nazionale sull'attività libero – professionale.

2. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero – professionale, al fine di rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale ed all'attività libero – professionale, nonché dell'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implicino forme di concorrenza sleale definendo anche le eventuali relative misure sanzionatorie.
3. Nell'ambito dell'attività di verifica di cui al comma 2, le Regioni istituiscono appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti.

Art. 4

1. Il presente Accordo non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO

Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE

On. Dott. Raffaele Fitto

D.L. 13-9-2012 n. 158

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 13 settembre 2012, n. 214.

D.L. 13 settembre 2012, n. 158 ⁽¹⁾ ⁽²⁾.

Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 13 settembre 2012, n. 214.

(2) Convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n. 189.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione;

Ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di procedere al riassetto dell'organizzazione sanitaria, tenuto conto della contrazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale a seguito delle varie manovre di contenimento della spesa pubblica, attraverso la riorganizzazione ed il miglioramento dell'efficienza di alcuni fondamentali elementi del Servizio stesso, allo scopo di garantire e promuovere in tale ottica un più alto livello di tutela della salute, adottando misure finalizzate all'assistenza territoriale, alla professione e responsabilità dei medici, alla dirigenza sanitaria e governo clinico, alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza per le persone affette da malattie croniche e rare e da dipendenza da gioco con vincita di denaro, all'adozione di norme tecniche per le strutture ospedaliere, nonché alla sicurezza alimentare, al trattamento di emergenze veterinarie, ai farmaci, alla sperimentazione clinica dei medicinali, alla razionalizzazione di alcuni enti sanitari e al trasferimento alle regioni delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 5 settembre 2012;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, con il Ministro dello sviluppo economico, con il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, con il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport;

Emana

il seguente decreto-legge:

Capo I

Norme per la razionalizzazione dell'attività assistenziale e sanitaria

Art. 1 *Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie* ⁽³⁾

1. Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni, avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

2. Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.

3. Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.

4. All'*articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a) è premessa la seguente:

«0a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con

riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;»;

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

«b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;»;

c) la lettera e) è abrogata;

d) la lettera f) è abrogata;

e) dopo la lettera f) è inserita la seguente:

«f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale»;

f) la lettera h) è sostituita dalle seguenti:

«h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'*articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368*, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'*articolo 30* del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli

predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse;»;

g) alla lettera i), le parole: «di tali medici» sono sostituite dalle seguenti: «dei medici convenzionati»;

h) dopo la lettera m-bis) è inserita la seguente:

«m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'*articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche».

5. Nell'ambito del patto della salute, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, vengono definiti modalità, criteri e procedure per valorizzare, ai fini della formazione specifica in medicina generale, l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata.

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto si procede, secondo la normativa vigente, all'adeguamento degli accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali ai contenuti dell'*articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, come modificato dal comma 4 del presente articolo, con particolare riguardo ai principi di cui alle lettere b-bis), b-ter), b-quater), b-quinquies), b-sexies), h), h-bis) e h-ter) del citato *articolo 8, comma 1*, nel limite dei livelli remunerativi fissati dai medesimi vigenti accordi collettivi nazionali e nel rispetto dell'*articolo 15, comma 25, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, e delle disposizioni ivi richiamate. Entro i successivi novanta giorni, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, sono stipulati i relativi accordi regionali attuativi.

7. Decorso il termine di cui al comma 6, primo periodo, il Ministro della salute, con decreto adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, emana, nelle more della conclusione delle trattative, disposizioni per l'attuazione in via transitoria dei principi richiamati dal medesimo comma 6. Tali disposizioni cessano di avere efficacia a decorrere dalla data di entrata in vigore degli accordi di cui al comma 6.

8. Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, anche connesse a quanto disposto dall'*articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, le regioni possono attuare, ai sensi dell'*articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, previo confronto con le organizzazioni sindacali firmatarie dei contratti collettivi nazionali di lavoro, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate anche al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per

effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie. Le aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale di cui al presente comma.

(3) Articolo così sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 2 *Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria*

1. All'*articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 3 le parole: «entro il termine stabilito dal comma 2, primo periodo» sono sostituite dalle seguenti: «entro il 31 dicembre 2014»;

b) al comma 4, il primo periodo ed il secondo periodo fino alle parole: «seguenti modalità:» sono sostituiti dai seguenti: «Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie interessate, in coerenza con le misure di cui ai commi 1 e 2, adottano provvedimenti tesi a garantire che 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, di seguito denominati IRCCS di diritto pubblico, provvedano, entro il 31 dicembre 2012, ad una ricognizione straordinaria degli spazi disponibili e che si renderanno disponibili in conseguenza dell'applicazione delle misure previste dall'*articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, e successive modificazioni, per l'esercizio dell'attività libero professionale, comprensiva di una valutazione dettagliata dei volumi delle prestazioni rese nell'ultimo biennio, in tale tipo di attività presso le strutture interne, le strutture esterne e gli studi professionali. Sulla base della ricognizione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono autorizzare l'azienda sanitaria, ove ne sia adeguatamente dimostrata la necessità e nel limite delle risorse disponibili, ad acquisire, tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate, nonché tramite la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici, spazi ambulatoriali esterni, aziendali e pluridisciplinari, per l'esercizio di attività sia istituzionali sia in regime di libera professione intramuraria ordinaria, i quali corrispondano ai criteri di congruità e idoneità per l'esercizio delle attività medesime, previo parere da parte del collegio di direzione di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni. Qualora quest'ultimo non sia costituito, il parere è reso da una commissione paritetica di sanitari che esercitano l'attività libero-professionale intramuraria, costituita a livello aziendale. Le regioni e le province autonome nelle quali siano presenti aziende sanitarie nelle quali risultino non disponibili gli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale, possono autorizzare, limitatamente alle medesime aziende sanitarie, l'adozione di un programma sperimentale che preveda lo svolgimento delle stesse attività, in via residuale, presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, ai sensi di quanto previsto dalla lettera a-bis) del presente comma, previa sottoscrizione di una convenzione annuale rinnovabile tra il professionista interessato e l'azienda sanitaria di appartenenza, sulla base di uno schema tipo approvato con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Le autorizzazioni di cui al comma 3

dell'*articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, cessano al 31 dicembre 2012. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono, anche attraverso proprie linee guida, 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:»; ⁽⁴⁾ ⁽⁶⁾

b-bis) al comma 4, la lettera a) è sostituita dalla seguente:

«a) adozione, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, di sistemi e di moduli organizzativi e tecnologici che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero-professionali, che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro»; ⁽⁵⁾

c) al comma 4, dopo la lettera a) sono inserite le seguenti:

«a-bis) predisposizione e attivazione, entro il 31 marzo 2013, da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano ovvero, su disposizione regionale, del competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, di una infrastruttura di rete per il collegamento in voce o in dati, in condizioni di sicurezza, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria, interna o in rete. La disposizione regionale, precisando le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista, prevede, con l'utilizzo esclusivo della predetta infrastruttura, l'espletamento, del servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni ed agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico. Ferme restando le disposizioni in materia di tracciabilità delle prestazioni e dei relativi pagamenti, la suddetta disposizione regionale deve prevedere le misure da adottare in caso di emergenze assistenziali o di malfunzionamento del sistema. Le modalità tecniche per la realizzazione della infrastruttura sono determinate, entro il 30 novembre 2012, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle disposizioni contenute nel *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196*, recante il codice in materia di protezione dei dati personali. Agli oneri si provvede ai sensi della lettera c), mediante adeguata rideterminazione delle tariffe operata in misura tale da coprire i costi della prima attivazione della rete, anche stimati in via preventiva;

a-ter) facoltà di concedere, su domanda degli interessati e con l'applicazione del principio del silenzio-assenso, la temporanea continuazione dello svolgimento di attività libero professionali presso studi professionali, già autorizzati ai sensi del comma 3 dell'*articolo 22-bis del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 agosto 2006, n. 248*, oltre la data del 30 novembre 2012, fino all'attivazione del loro collegamento operativo alla infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis), e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Gli oneri per l'acquisizione della necessaria strumentazione per il predetto collegamento sono a carico del titolare dello studio;»; ⁽⁴⁾ ⁽⁶⁾

d) al comma 4 la lettera b) è sostituita dalla seguente:

«b) pagamento di prestazioni di qualsiasi importo direttamente al competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, mediante mezzi di pagamento che assicurino la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo. Nel caso dei singoli studi professionali in rete, la necessaria strumentazione è acquisita dal titolare dello studio, a suo carico, entro il 30 aprile 2013;»;

e) al comma 4 la lettera c) è sostituita dalla seguente:

«c) definizione, d'intesa con i dirigenti interessati, previo accordo in sede di contrattazione integrativa aziendale, di importi da corrispondere a cura dell'assistito, idonei, per ogni prestazione, a remunerare i compensi del professionista, dell'equipe, del personale di supporto, articolati secondo criteri di riconoscimento della professionalità, i costi pro-quota per l'ammortamento e la manutenzione delle apparecchiature, salvo quanto previsto dalla lettera a-ter), ultimo periodo, e dalla lettera b), ultimo periodo, nonché ad assicurare la copertura di tutti i costi diretti ed indiretti sostenuti dalle aziende, ivi compresi quelli connessi alle attività di prenotazione e di riscossione degli onorari e quelli relativi alla realizzazione dell'infrastruttura di rete di cui alla lettera a-bis). Nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;»;

f) al comma 4 la lettera f) è sostituita dalle seguenti:

«f) esclusione della possibilità di svolgimento dell'attività libero professionale presso studi professionali collegati in rete nei quali, accanto a professionisti dipendenti in regime di esclusività o convenzionati del Servizio sanitario nazionale, operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del Servizio sanitario nazionale ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga concedibile dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale, su disposizione regionale, a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni effettuate da tutti i professionisti dello studio professionale associato, con la esclusione, in ogni caso, di qualsiasi addebito a carico dell'ente o azienda del Servizio sanitario nazionale;

f-bis) adeguamento dei provvedimenti per assicurare che nell'attività libero-professionale, in tutte le forme regolate dal presente comma, compresa quella esercitata nell'ambito del programma sperimentale, siano rispettate le prescrizioni di cui alle lettere a), b) e c) del presente comma;»;

g) dopo il comma 4 è inserito il seguente:

«4-bis I risultati della ricognizione di cui al comma 4 sono trasmessi dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali ed all'Osservatorio nazionale sull'attività libero professionale. La verifica del programma sperimentale per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria, presso gli studi professionali collegati in rete di cui al comma 4, è effettuata, entro il 28 febbraio 2015, dalla regione interessata, in base a criteri fissati con accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. In caso di verifica positiva, la regione medesima, ponendo contestualmente termine al programma sperimentale, può consentire in via permanente ed ordinaria, limitatamente allo specifico ente o azienda del Servizio sanitario regionale ove si è svolto il programma sperimentale, lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria presso gli studi professionali collegati in rete. In caso di inadempienza da parte dell'ente o azienda del Servizio sanitario regionale, provvede la regione o provincia autonoma interessata. In caso di verifica negativa, tale attività cessa entro il 28 febbraio 2015. Degli esiti delle verifiche regionali viene data informazione al Parlamento attraverso la relazione annuale di cui all'*articolo 15-quattordices del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni.»;

h) al comma 7, primo periodo, le parole: «e la destituzione» sono sostituite dalle seguenti: «, la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il

20 per cento ovvero la destituzione»; ⁽⁷⁾

i) il comma 10 è abrogato.

(4) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(5) Lettera inserita dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(6) La *Corte costituzionale, con sentenza 2-11 dicembre 2013, n. 301* (Gazz. Uff. 18 dicembre 2013, n. 51 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale della presente lettera nella parte in cui non contempla una clausola di salvaguardia che preveda che le Province autonome di Trento e di Bolzano adeguino la propria legislazione in conformita' alle disposizioni dello statuto speciale e delle relative norme di attuazione.

(7) La *Corte costituzionale, con sentenza 2 - 11 dicembre 2013, n. 301* (Gazz. Uff. 11 dicembre 2013, n. 50, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 2, comma 1, lettera h), in riferimento all'art. 9, numero 10), del *D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670* e all'art. 117, terzo comma, della Costituzione.

Art. 2-bis *Misure in materia di tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie* ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾

[1. All'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il comma 17 è inserito il seguente:

«17-bis. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15. La commissione, composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle regioni e delle province autonome, si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate. Ai componenti della commissione non è corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso spese. La commissione conclude i suoi lavori entro sessanta giorni dalla data dell'insediamento. Entro i successivi trenta giorni il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede all'eventuale aggiornamento delle predette tariffe.».

2. Il decreto di cui al comma 17-bis, primo periodo, dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è adottato entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto.]

(8) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(9) Articolo abrogato dall' art. 2, comma 1, e dall' *allegato 1 al D.Lgs. 22 gennaio 2016, n. 10*, a decorrere dal 29 gennaio 2016, ai sensi di quanto disposto dall' art.

3, comma 1 del medesimo D.Lgs. n. 10/2016.

Art. 3 Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie ⁽¹⁸⁾

[1. L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo. ⁽¹⁰⁾ ⁽¹⁶⁾]

[2. Con decreto del Presidente della Repubblica, adottato ai sensi dell'*articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400*, da emanare entro il 30 giugno 2013, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, sentite l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle categorie professionali interessate, anche in attuazione dell'*articolo 3, comma 5, lettera e), del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 14 settembre 2011, n. 148*, al fine di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, sono disciplinati le procedure e i requisiti minimi e uniformi per l'idoneità dei relativi contratti, in conformità ai seguenti criteri: ⁽¹¹⁾

a) determinare i casi nei quali, sulla base di definite categorie di rischio professionale, prevedere l'obbligo, in capo ad un fondo appositamente costituito, di garantire idonea copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie, anche nell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria, nei limiti delle risorse del fondo stesso. Il fondo viene finanziato dal contributo dei professionisti che ne facciano espressa richiesta, nella misura determinata dal soggetto gestore del fondo di cui alla lettera b), e da un ulteriore contributo a carico delle imprese autorizzate all'esercizio dell'assicurazione per danni derivanti dall'attività medico-professionale, determinato in misura percentuale ai premi incassati nel precedente esercizio, comunque non superiore al 4 per cento del premio stesso, con provvedimento adottato dal Ministro dello sviluppo economico, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze, sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché le Federazioni nazionali degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie; ⁽¹⁴⁾

b) determinare il soggetto gestore del Fondo di cui alla lettera a) e le sue competenze senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

c) prevedere che i contratti di assicurazione debbano essere stipulati anche in base a condizioni che dispongano alla scadenza la variazione in aumento o in diminuzione del premio in relazione al verificarsi o meno di sinistri e subordinare comunque la disdetta della polizza alla reiterazione di una condotta colposa da parte del sanitario accertata con sentenza definitiva ⁽¹²⁾. ⁽¹⁷⁾

]

3. Il danno biologico conseguente all'attività dell'esercente della professione sanitaria è risarcito sulla base delle tabelle di cui agli *articoli 138 e 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209*, eventualmente integrate con la procedura di cui al comma 1 del predetto *articolo 138* e sulla base dei criteri di cui ai citati

articoli, per tener conto delle fattispecie da esse non previste, afferenti all'attività di cui al presente articolo.

[4. Nel rispetto dell'ambito applicativo dell'*articolo 3, comma 5, lettera e) del decreto legge 13 agosto 2011, n. 138*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 14 settembre 2011, n. 148*, per i contenuti e le procedure inerenti ai contratti assicurativi per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale resa nell'ambito del Servizio sanitario nazionale o in rapporto di convenzione, il decreto di cui al comma 2 viene adottato sentita altresì la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Resta comunque esclusa a carico degli enti del Servizio sanitario nazionale ogni copertura assicurativa della responsabilità civile ulteriore rispetto a quella prevista, per il relativo personale, dalla normativa contrattuale vigente. ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁷⁾]

5. Gli albi dei consulenti tecnici d'ufficio di cui all'*articolo 13 del regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368*, recante disposizioni di attuazione del codice di procedura civile, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medico legale, una idonea e qualificata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche dell'area sanitaria, anche con il coinvolgimento delle società scientifiche tra i quali scegliere per la nomina tenendo conto della disciplina interessata nel procedimento. ⁽¹³⁾

6. Dall'applicazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. ⁽¹³⁾

(10) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(11) Alinea così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(12) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(13) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(14) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189* e, successivamente, dall' *art. 27, comma 1, lett. a) e b), D.L. 24 giugno 2014, n. 90*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 11 agosto 2014, n. 114*.

(15) Comma così modificato dall' *art. 27, comma 1, lett. c), D.L. 24 giugno 2014, n. 90*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 11 agosto 2014, n. 114*.

(16) Comma abrogato dall' *art. 6, comma 2, L. 8 marzo 2017, n. 24*.

(17) Comma abrogato dall' *art. 11, comma 2, L. 11 gennaio 2018, n. 3*.

(18) La *Corte costituzionale*, con *ordinanza 2 - 6 dicembre 2013, n. 295* (Gazz. Uff. 11 dicembre 2013, n. 50, 1^a Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 3, sollevata in riferimento agli artt. 3, 24, 25, secondo comma, 27, 28, 32, 33 e 111 della Costituzione, dal Tribunale di Milano.

Art. 3-bis *Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari* ⁽¹⁹⁾

1. Al fine di ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi alla propria attività, le aziende sanitarie, nell'ambito della loro organizzazione e senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ne curano l'analisi, studiano e adottano le necessarie soluzioni per la gestione dei rischi medesimi, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi. Il Ministero della salute e le regioni monitorano, a livello nazionale e a livello regionale, i dati relativi al rischio clinico.

(19) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 4 *Dirigenza sanitaria e governo clinico* ⁽²⁰⁾

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

0a) all'*articolo 3*, comma 1-quater, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale»;

a) all'*articolo 3-bis*, il comma 3 è sostituito dal seguente:

«3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie.»;

b) all'*articolo 3-bis*, comma 5, il primo periodo è sostituito dal seguente: «Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.»;

b-bis) all'*articolo 7-quater*:

1) al comma 1, secondo periodo, la parola: «dirigenti» è sostituita dalle seguenti: «direttori di struttura complessa del dipartimento»;

2) il comma 4 è sostituito dal seguente:

«4. Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e

rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.»;

3) al comma 5 sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: «ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza»;

c) all'*articolo 15*, il comma 5 è sostituito dal seguente:

«5. I dirigenti medici e sanitari sono sottoposti a una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono conto anche dei principi del titolo II del *decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150*, e successive modificazioni, nonché a una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti e al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore di dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda, fermo restando quanto previsto dall'*articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 30 luglio 2010, n. 122*.»;

d) all'*articolo 15*, comma 7, secondo periodo, le parole da: «e secondo» fino alla fine del periodo sono soppresse e il terzo periodo è soppresso; dopo il comma 7 sono inseriti i seguenti:

«7-bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore

generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente, ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì pubblicate sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del direttore generale di cui alla lettera b), terzo periodo. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati sul sito dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati.

7-ter. L'incarico di direttore di struttura complessa è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al comma 5.

7-quater. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale.

7-quinquies. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies.»;

e) all'*articolo 15-ter*, il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve.»;

e-bis) all'*articolo 15-septies*, comma 1, primo periodo, le parole: «entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza,» sono sostituite dalle seguenti: «rispettivamente entro i limiti del due per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria e del due per cento della dotazione organica complessiva degli altri ruoli della dirigenza, fermo restando che, ove le predette percentuali determinino valori non interi, si applica in ogni caso il valore arrotondato per difetto»;

e-ter) all'*articolo 15-septies*, comma 2, le parole da: «non superiore» fino a: «dirigenza professionale, tecnica e amministrativa» sono sostituite dalle seguenti: «non superiore rispettivamente al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, ad esclusione della dirigenza medica, nonché al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza professionale, tecnica e

amministrativa, fermo restando che, ove le predette percentuali determinino valori non interi, si applica in ogni caso il valore arrotondato per difetto»;

f) l'*articolo 17* è sostituito dal seguente:

«Art. 17. (Collegio di direzione). - 1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Nelle aziende ospedaliere universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.».

2. Le modifiche introdotte dal comma 1 agli *articoli 3-bis*, comma 3, e 15 del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, non si applicano ai procedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché dei direttori di struttura complessa, pendenti alla data di entrata in vigore del presente decreto. Le predette modifiche non si applicano altresì agli incarichi già conferiti alla data di entrata in vigore del presente decreto fino alla loro scadenza.

3. Le regioni entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto predispongono ovvero aggiornano gli elenchi di cui all'*articolo 3-bis*, comma 3, del *decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, come sostituito dal comma 1, lettera a), del presente articolo.

4. Ciascuna regione promuove, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, in raccordo con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento.

5. Dopo il comma 4-bis dell'*articolo 10 del decreto legislativo 6 settembre 2001, n. 368*, è inserito il seguente:

«4-ter. Nel rispetto dei vincoli finanziari che limitano, per il Servizio sanitario nazionale, la spesa per il personale e il regime delle assunzioni, sono esclusi dall'applicazione del presente decreto i contratti a tempo determinato del personale sanitario del medesimo Servizio sanitario nazionale, ivi compresi quelli dei dirigenti, in considerazione della necessità di garantire la costante erogazione dei servizi sanitari e il rispetto dei livelli essenziali di assistenza. La proroga dei contratti di cui al presente comma non costituisce nuova assunzione. In ogni caso non trova applicazione l'*articolo 5*, comma 4-bis.».

(20) Articolo così sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 4-bis *Disposizioni in materia di assunzioni del personale del Servizio sanitario nazionale e livelli di spesa* ⁽²¹⁾

1. Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, ai sensi dell'*articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, nelle quali sia scattato per l'anno 2012 il blocco automatico del turn-over ai sensi dell'*articolo 1, comma 174, della medesima legge n. 311 del 2004*, e successive modificazioni, ovvero sia comunque previsto per il medesimo anno il blocco del turn-over in attuazione del piano di rientro o dei programmi operativi di prosecuzione del piano, tale blocco può essere disapplicato, nel limite del 15 per cento e in correlazione alla necessità di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, qualora i competenti tavoli tecnici di verifica dell'attuazione dei piani accertino, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il raggiungimento, anche parziale, degli obiettivi previsti nei piani medesimi. La predetta disapplicazione è disposta con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport.

(21) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 5 *Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con particolare riferimento alle persone affette da malattie croniche, da malattie rare, nonché da ludopatia* ⁽²⁴⁾

[1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, con la procedura di cui all'*articolo 6, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 16 novembre 2001, n. 405*, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 31 dicembre 2012, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con il parere delle Commissioni parlamentari competenti, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza ai sensi dell'*articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, e successive modificazioni, con prioritario riferimento alla riformulazione dell'elenco delle malattie croniche di cui al *decreto del Ministro della sanità 28 maggio 1999, n. 329*, e delle malattie rare di cui al *decreto del Ministro della sanità 18 maggio 2001, n. 279*, e ai relativi aggiornamenti previsti dal comma 1 dell'*articolo 8 del medesimo decreto*, al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. ⁽²²⁾

2. Con la medesima procedura di cui al comma 1 e nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, si provvede ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.).

2-bis. Il Ministro della salute procede entro il 31 maggio 2013 all'aggiornamento del nomenclatore tariffario di cui all'*articolo 11 del regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332.* ⁽²³⁾]

(22) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.*

(23) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.*

(24) Articolo abrogato dall' *art. 1, comma 554, L. 28 dicembre 2015, n. 208*, a decorrere dal 1° gennaio 2016.

Art. 6 *Disposizioni in materia di edilizia sanitaria, di controlli e prevenzione incendi nelle strutture sanitarie, nonché di ospedali psichiatrici giudiziari*

[1. La procedura di affidamento dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento a specifiche normative, nonché di costruzione di strutture ospedaliere, da realizzarsi mediante contratti di partenariato pubblico-privato di cui al *decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163*, e successive modificazioni, può altresì prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di immobili ospitanti strutture ospedaliere da dismettere, ove l'utilizzazione comporti il mutamento di destinazione d'uso, da attuarsi secondo la disciplina regionale vigente. I lavori di ristrutturazione nonché di costruzione di strutture ospedaliere di cui al presente comma devono prevedere, previa analisi costi-benefici che ne accerti la convenienza, anche interventi di efficienza energetica ovvero l'utilizzo di fonti energetiche rinnovabili, nonché interventi ecosostenibili quali quelli finalizzati al risparmio delle risorse idriche e al riutilizzo delle acque meteoriche. ^{(29) (30)}]

2. Le risorse residue di cui al programma pluriennale di interventi di cui all'*articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67*, rese annualmente disponibili nel bilancio dello Stato, sono in quota parte stabilite con specifica intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, finalizzate agli interventi per l'adeguamento alla normativa antincendio. A tale fine, nei limiti della predetta quota parte e in relazione alla particolare situazione di distinte tipologie di strutture ospedaliere, con decreto del Ministro dell'interno, ai sensi dell'*articolo 15 del decreto legislativo 8 marzo 2006, n. 139*, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, nonché sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede all'aggiornamento della normativa tecnica antincendio relativa alle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche sulla base dei seguenti criteri e principi direttivi: ⁽²⁶⁾

a) definizione e articolazione dei requisiti di sicurezza antincendio per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, con scadenze differenziate per il loro rispetto, prevedendo semplificazioni e soluzioni di minor costo a parità di sicurezza;

b) previsione di una specifica disciplina semplificata per le strutture esistenti alla data di entrata in vigore del *decreto del Ministro dell'interno del 18 settembre 2002*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 227 del 27 settembre 2002, che non abbiano completato l'adeguamento alle disposizioni ivi previste; ⁽²⁷⁾

c) adozione, da parte delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche, da dismettere entro trentasei mesi dalla data di entrata in vigore del *decreto del*

Presidente della Repubblica 1° agosto 2011, n. 151, ai fini della prosecuzione dell'attività fino alla predetta scadenza, di un modello di organizzazione e gestione conforme alle disposizioni dell'articolo 30 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, con il contestuale impegno delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano a sostituirle entro la medesima scadenza con strutture in regola con la normativa tecnica antincendio. Fino alla data di sostituzione della struttura sanitaria con altra in regola, l'adozione del modello citato ha efficacia esimente dalla responsabilità delle persone fisiche della struttura medesima di cui alle disposizioni del capo III del titolo I del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e successive modificazioni; ⁽²⁷⁾

d) applicazione per le strutture di ricovero a ciclo diurno e le altre strutture sanitarie individuate nell'allegato I del decreto del Presidente della Repubblica 1° agosto 2011, n. 151, di una specifica disciplina semplificata di prevenzione incendi, fermo restando il rispetto delle disposizioni del Capo III del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. ⁽³¹⁾

2-bis. La normativa antincendio, come integrata ai sensi del comma 2, si applica anche alle strutture private. ⁽²⁸⁾

3. All'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, il secondo periodo è sostituito dai seguenti:

«Le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione, che deve consentire la realizzabilità di progetti terapeutico-riabilitativi individuali. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le province autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.» ⁽²⁵⁾

(25) Comma così modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(26) Alinea così modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(27) Lettera così modificata dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(28) Comma inserito dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(29) Comma così modificato dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(30) Comma abrogato dall' art. 217, comma 1, lett. ff), D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, a decorrere dal 19 aprile 2016, ai sensi di quanto disposto dall' art. 220 del medesimo D.Lgs. n. 50/2016.

(31) Vedi, anche, la Deliberazione 8 marzo 2013, n. 16/2013.

1. In parziale deroga all'*articolo 29, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118*, le eventuali plusvalenze derivanti dalle operazioni di vendita di immobili di cui all'*articolo 6, comma 2-sexies, del decreto-legge 29 dicembre 2011, n. 216*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 febbraio 2012, n. 14*, per l'importo eccedente il valore destinato al ripiano del disavanzo sanitario dell'esercizio 2011, ai sensi dell'*articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, e successive modificazioni, possono essere utilizzate dalla regione per finalità extra-sanitarie.

2. All'*articolo 1, comma 51, della legge 13 dicembre 2010, n. 220*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, dopo le parole: «azioni esecutive» sono inserite le seguenti: «, anche ai sensi dell'*articolo 112 del codice del processo amministrativo, di cui all'allegato 1 al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104*,» e le parole: «dicembre 2012» sono sostituite dalle seguenti: «dicembre 2013»;

b) il secondo periodo è sostituito dai seguenti: «I pignoramenti e le prenotazioni a debito sulle rimesse finanziarie trasferite dalle regioni di cui al presente comma alle aziende sanitarie locali e ospedaliere delle regioni medesime, ancorché effettuati prima della data di entrata in vigore del *decreto-legge n. 78 del 2010*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 122 del 2010*, sono estinti di diritto dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Dalla medesima data cessano i doveri di custodia sulle predette somme, con obbligo per i tesoriери di renderle immediatamente disponibili, senza previa pronuncia giurisdizionale, per garantire l'espletamento delle finalità indicate nel primo periodo.».

(32) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Capo II

Riduzione dei rischi sanitari connessi all'alimentazione e alle emergenze veterinarie

Art. 7 *Disposizioni in materia di vendita di prodotti del tabacco, misure di prevenzione per contrastare la ludopatia e per l'attività sportiva non agonistica*

1. All'*articolo 25 del testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità e infanzia, di cui al regio decreto 24 dicembre 1934, n. 2316*, e successive modificazioni, il primo e il secondo comma sono sostituiti dai seguenti: «Chiunque vende prodotti del tabacco ha l'obbligo di chiedere all'acquirente, all'atto dell'acquisto, l'esibizione di un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età dell'acquirente sia manifesta.

Si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 250 a 1.000 euro a chiunque vende o somministra i prodotti del tabacco ai minori di anni diciotto. Se il fatto è commesso più di una volta si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 2.000 euro e la sospensione, per tre mesi, della licenza all'esercizio dell'attività.».

2. All'*articolo 20 della legge 8 agosto 1977, n. 556*, e successive modificazioni, dopo il primo comma è aggiunto il seguente:

«I distributori automatici per la vendita al pubblico di prodotti del tabacco sono dotati di un sistema automatico di rilevamento dell'età anagrafica dell'acquirente.

Sono considerati idonei i sistemi di lettura automatica dei documenti anagrafici rilasciati dalla pubblica amministrazione.».

3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, nonché l'adeguamento dei sistemi automatici già adottati alla data di entrata in vigore del presente decreto hanno efficacia a decorrere dal 1° gennaio 2013.

3-bis. Dopo l'*articolo 14-bis della legge 30 marzo 2001, n. 125*, è inserito il seguente:

«Art. 14-ter. (Introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche a minori). -

1. Chiunque vende bevande alcoliche ha l'obbligo di chiedere all'acquirente, all'atto dell'acquisto, l'esibizione di un documento di identità, tranne che nei casi in cui la maggiore età dell'acquirente sia manifesta.

2. Salvo che il fatto non costituisca reato, si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 250 a 1.000 euro a chiunque vende bevande alcoliche ai minori di anni diciotto. Se il fatto è commesso più di una volta si applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 2.000 euro con la sospensione dell'attività per tre mesi.».⁽³³⁾

3-ter. All'articolo 689 del codice penale, dopo il primo comma sono inseriti i seguenti:

«La stessa pena di cui al primo comma si applica a chi pone in essere una delle condotte di cui al medesimo comma, attraverso distributori automatici che non consentano la rilevazione dei dati anagrafici dell'utilizzatore mediante sistemi di lettura ottica dei documenti. La pena di cui al periodo precedente non si applica qualora sia presente sul posto personale incaricato di effettuare il controllo dei dati anagrafici.

Se il fatto di cui al primo comma è commesso più di una volta si applica anche la sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 euro a 25.000 euro con la sospensione dell'attività per tre mesi.».⁽³³⁾

3-quater. Fatte salve le sanzioni previste nei confronti di chiunque eserciti illecitamente attività di offerta di giochi con vincita in denaro, è vietata la messa a disposizione, presso qualsiasi pubblico esercizio, di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsiasi titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità.^{(33) (41)}

4. Sono vietati messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro nel corso di trasmissioni televisive o radiofoniche e di rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte ai minori e nei trenta minuti precedenti e successivi alla trasmissione delle stesse. È altresì vietata, in qualsiasi forma, la pubblicità sulla stampa quotidiana e periodica destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati alla visione dei minori. Sono altresì vietati messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincite in denaro su giornali, riviste, pubblicazioni, durante trasmissioni televisive e radiofoniche, rappresentazioni cinematografiche e teatrali, nonché via internet nei quali si evidenzia anche solo uno dei seguenti elementi:⁽³⁴⁾

- a) incitamento al gioco ovvero esaltazione della sua pratica;
- b) presenza di minori;
- c) assenza di formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica del gioco, nonché dell'indicazione della possibilità di consultazione di note informative sulle probabilità di vincita pubblicate sui siti istituzionali dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua

incorporazione ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, nonché dei singoli concessionari ovvero disponibili presso i punti di raccolta dei giochi ⁽³⁵⁾.

4-bis. La pubblicità dei giochi che prevedono vincite in denaro deve riportare in modo chiaramente visibile la percentuale di probabilità di vincita che il soggetto ha nel singolo gioco pubblicizzato. Qualora la stessa percentuale non sia definibile, è indicata la percentuale storica per giochi simili. In caso di violazione, il soggetto proponente è obbligato a ripetere la stessa pubblicità secondo modalità, mezzi utilizzati e quantità di annunci identici alla campagna pubblicitaria originaria, indicando nella stessa i requisiti previsti dal presente articolo nonché il fatto che la pubblicità è ripetuta per violazione della normativa di riferimento. ⁽³³⁾

5. Formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro, nonché le relative probabilità di vincita devono altresì figurare sulle schedine ovvero sui tagliandi di tali giochi. Qualora l'entità dei dati da riportare sia tale da non potere essere contenuta nelle dimensioni delle schedine ovvero dei tagliandi, questi ultimi devono recare l'indicazione della possibilità di consultazione di note informative sulle probabilità di vincita pubblicate sui siti istituzionali dell'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione, ai sensi della legislazione vigente, dell'Agenzia delle dogane e dei monopoli, nonché dei singoli concessionari e disponibili presso i punti di raccolta dei giochi. Le medesime formule di avvertimento devono essere applicate sugli apparecchi di cui all'*articolo , comma 6, lettera a), del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza, di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773*, e successive modificazioni; le stesse formule devono essere riportate su apposite targhe esposte nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati i videotermini di cui all'*articolo 110, comma 6, lettera b), del predetto testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931*, nonché nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale l'offerta di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. Tali formule devono altresì comparire ed essere chiaramente leggibili all'atto di accesso ai siti internet destinati all'offerta di giochi con vincite in denaro. Ai fini del presente comma, i gestori di sale da gioco e di esercizi in cui vi sia offerta di giochi pubblici, ovvero di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, sono tenuti a esporre, all'ingresso e all'interno dei locali, il materiale informativo predisposto dalle aziende sanitarie locali, diretto a evidenziare i rischi correlati al gioco e a segnalare la presenza sul territorio dei servizi di assistenza pubblici e del privato sociale dedicati alla cura e al reinserimento sociale delle persone con patologie correlate alla G.A.P. ^{(36) (38)}

5-bis. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca segnala agli istituti di istruzione primaria e secondaria la valenza educativa del tema del gioco responsabile affinché gli istituti, nell'ambito della propria autonomia, possano predisporre iniziative didattiche volte a rappresentare agli studenti il senso autentico del gioco e i potenziali rischi connessi all'abuso o all'errata percezione del medesimo. ⁽³³⁾

6. Il committente del messaggio pubblicitario di cui al comma 4 e il proprietario del mezzo con cui il medesimo messaggio pubblicitario è diffuso sono puniti entrambi con una sanzione amministrativa pecuniaria da centomila a cinquecentomila euro. L'inosservanza delle disposizioni di cui al comma 5 è punita con una sanzione amministrativa pecuniaria pari a cinquantamila euro irrogata nei confronti del concessionario; per le violazioni di cui al comma 5, relative agli apparecchi di cui al citato *articolo 110, comma 6, lettere a) e b)*, la stessa sanzione si applica al solo soggetto titolare della sala o del punto di raccolta dei

giochi; per le violazioni nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale l'offerta di scommesse, la sanzione si applica al titolare del punto vendita, se diverso dal concessionario. Per le attività di contestazione degli illeciti, nonché di irrogazione delle sanzioni è competente l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, successivamente alla sua incorporazione, ai sensi della legislazione vigente, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, che vi provvede ai sensi della *legge 24 novembre 1981, n. 689*, e successive modificazioni.

7. Le disposizioni di cui ai commi 4, 5 e 6 hanno efficacia dal 1° gennaio 2013.

8. Ferme restando in ogni caso le disposizioni di cui all'*articolo 24, commi 20, 21 e 22, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 luglio 2011, n. 111*, è vietato ai minori di anni diciotto l'ingresso nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale bingo, nonché nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati i videotermini di cui all'*articolo 110, comma 6, lettera b), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931*, e nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale quella di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. La violazione del divieto è punita ai sensi dell'*articolo 24, commi 21 e 22, del predetto decreto-legge n. 98 del 2011*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 111 del 2011*. Ai fini di cui al presente comma, il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro identifica i minori di età mediante richiesta di esibizione di un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età sia manifesta. Il Ministero dell'economia e delle finanze, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, emana un decreto per la progressiva introduzione obbligatoria di idonee soluzioni tecniche volte a bloccare automaticamente l'accesso dei minori ai giochi, nonché volte ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁸⁾

9. L'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, di intesa con la Società italiana degli autori ed editori (SIAE), la Polizia di Stato, l'Arma dei Carabinieri e il Corpo della guardia di finanza, pianifica su base annuale almeno diecimila controlli, specificamente destinati al contrasto del gioco minorile, nei confronti degli esercizi presso i quali sono installati gli apparecchi di cui all'*articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931*, ovvero vengono svolte attività di scommessa su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, collocati in prossimità di istituti scolastici primari e secondari, di strutture sanitarie ed ospedaliere, di luoghi di culto. Alla predetta Amministrazione, per le conseguenti attività possono essere segnalate da parte degli agenti di Polizia locale le violazioni delle norme in materia di giochi con vincite in denaro constatate, durante le loro ordinarie attività di controllo previste a legislazione vigente, nei luoghi deputati alla raccolta dei predetti giochi. Le attività del presente comma sono svolte nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. ⁽³⁶⁾

10. L'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, tenuto conto degli interessi pubblici di settore, sulla base di criteri, anche relativi alle distanze da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi, definiti con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata, di cui all'*articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, e successive modificazioni, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente

decreto, provvede a pianificare forme di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco praticato mediante gli apparecchi di cui all'*articolo 110, comma 6, lettera a)*, del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, e successive modificazioni, che risultano territorialmente prossimi ai predetti luoghi. Le pianificazioni operano relativamente alle concessioni di raccolta di gioco pubblico bandite successivamente alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e valgono, per ciascuna nuova concessione, in funzione della dislocazione territoriale degli istituti scolastici primari e secondari, delle strutture sanitarie ed ospedaliere, dei luoghi di culto esistenti alla data del relativo bando. Ai fini di tale pianificazione si tiene conto dei risultati conseguiti all'esito dei controlli di cui al comma 9, nonché di ogni altra qualificata informazione acquisita nel frattempo, ivi incluse proposte motivate dei comuni ovvero di loro rappresentanze regionali o nazionali. Presso l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, presso l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, un osservatorio di cui fanno parte, oltre ad esperti individuati dai Ministeri della salute, dell'istruzione, dell'università e della ricerca, dello sviluppo economico e dell'economia e delle finanze, anche esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani, nonché rappresentanti dei comuni, per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave. Ai componenti dell'osservatorio non è corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso di spese. ⁽³⁶⁾ ⁽³⁹⁾

11. Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale il Ministro della salute, con proprio decreto, adottato di concerto con il Ministro delegato al turismo e allo sport, dispone garanzie sanitarie mediante l'obbligo di idonea certificazione medica, nonché linee guida per l'effettuazione di controlli sanitari sui praticanti e per la dotazione e l'impiego, da parte di società sportive sia professionistiche che dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita. ⁽³⁷⁾ ⁽⁴⁰⁾

(33) Comma inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(34) Alinea così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(35) Lettera così modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(36) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(37) Per la soppressione dell'obbligo di certificazione per l'attività ludico-motoria e amatoriale, previsto dal presente comma, vedi l' *art. 42-bis, comma 1, D.L. 21 giugno 2013, n. 69*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 9 agosto 2013, n. 98*.

(38) Sull'applicabilità delle disposizioni del presente comma vedi l' *art. 1, comma 644, lett. d), L. 23 dicembre 2014, n. 190*.

(39) Per il trasferimento al Ministero della salute dell'osservatorio istituito ai sensi del quarto periodo del presente comma, vedi l'*art. 1, comma 133, L. 23 dicembre 2014, n. 190*.

(40) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 24 aprile 2013*.

(41) Vedi, anche, l' *art. 1, comma 923, L. 28 dicembre 2015, n. 208*.

Art. 8 Norme in materia di sicurezza alimentare e di bevande

1. I commi da 1 a 4 dell'*articolo 10 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111*, sono sostituiti dai seguenti:
«1. Ai sensi dell'*articolo 2 del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 193*, gli stabilimenti di produzione e confezionamento dei prodotti di cui all'*articolo 1* sono riconosciuti dalle regioni, dalle province autonome di Trento e di Bolzano e dalle aziende sanitarie locali.
2. Il riconoscimento di cui al comma 1 avviene previa verifica in loco:
a) del rispetto dei pertinenti requisiti di cui al regolamento (CE) n. 852/2004 e al regolamento (CE) n. 853/2004 e degli altri specifici requisiti previsti dalla legislazione alimentare vigente;
b) della disponibilità di un laboratorio accreditato per il controllo dei prodotti.
3. Il riconoscimento viene sospeso o revocato quando vengono meno i presupposti di cui al comma 2.
4. Il Ministero della salute, anche avvalendosi della collaborazione di esperti dell'Istituto superiore di sanità, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, può effettuare, in ogni momento, verifiche ispettive sugli stabilimenti di cui al comma 1 con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.». ⁽⁴²⁾
2. Il comma 6 dell'*articolo 10 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111*, è sostituito dal seguente:
«6. Le Aziende sanitarie locali competenti comunicano tempestivamente al Ministero della salute i dati relativi agli stabilimenti riconosciuti con l'indicazione delle specifiche produzioni effettuate e gli eventuali provvedimenti di sospensione o revoca. Il Ministero della salute provvede, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, all'aggiornamento periodico dell'elenco nazionale degli stabilimenti riconosciuti pubblicato sul portale del Ministero.». ⁽⁴²⁾
3. All'*articolo 12, comma 1, del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 111*, le parole: «per il rilascio dell'autorizzazione o» sono soppresse.
4. L'operatore del settore alimentare che offre in vendita al consumatore finale pesce e cefalopodi freschi, nonché prodotti di acqua dolce, sfusi o preimballati per la vendita diretta ai sensi dell'*articolo 44 del regolamento (CE) n. 1169/2011*, è tenuto ad apporre in modo visibile apposito cartello con le informazioni indicate con decreto del Ministro della salute, sentito il Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, riportanti le informazioni relative alle corrette condizioni di impiego. ⁽⁴⁹⁾
5. La violazione delle prescrizioni di cui al comma 4, è punita dall'autorità competente, da determinarsi ai sensi del *decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 193*, con la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 600 a euro 3.500.
6. L'operatore del settore alimentare che immette sul mercato latte crudo o crema cruda destinati all'alimentazione umana diretta, deve riportare sulla confezione del prodotto o in etichetta le informazioni indicate con decreto del Ministro della salute. ⁽⁴⁷⁾
7. Salvo quanto previsto dal comma 6, in caso di cessione diretta di latte crudo, l'operatore del settore alimentare provvede con l'esposizione di un cartello, nello

stesso luogo in cui avviene la vendita del prodotto, ad informare il consumatore finale di consumare il prodotto previa bollitura.

8. L'operatore del settore alimentare che, per la produzione di gelati utilizza latte crudo, deve garantire che durante le fasi di lavorazione sia sottoposto a trattamento termico conformemente ai requisiti di cui al regolamento (CE) n. 853/2004. ⁽⁴²⁾

9. L'operatore del settore alimentare che utilizza distributori automatici per la vendita diretta di latte crudo deve provvedere secondo le indicazioni stabilite con decreto del Ministro della salute. ⁽⁴⁸⁾

10. La somministrazione di latte crudo e crema cruda nell'ambito della ristorazione collettiva, comprese le mense scolastiche, è vietata.

11. Salvo che il fatto costituisca reato, gli operatori che non rispettano le disposizioni di cui ai commi da 6 a 10 sono soggetti all'applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria da euro 2.000 a euro 20.000. ⁽⁴²⁾

12. Le regioni e le province autonome provvedono all'accertamento e all'irrogazione delle sanzioni di cui al comma 11.

13. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le Amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

14. All'*articolo 1, comma 3-bis del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194*, è aggiunto in fine il seguente periodo: «L'esclusione si applica per le attività di cui all'allegato A, Sezione 8, sempre che siano esercitate nei limiti delle fasce ivi previste.».

15. All'*allegato A del decreto legislativo 19 novembre 2008, n. 194*, dopo la Sezione 7 è aggiunta in fine la Sezione 8, di cui all'*Allegato 1* del presente decreto.

[16. Le bibite analcoliche di cui all'*articolo 4 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 19 maggio 1958, n. 719*, e successive modificazioni, devono essere commercializzate con un contenuto di succo naturale non inferiore al 20 per cento. ^{(43) (46)}]

[16-bis. Alla *legge 3 aprile 1961, n. 286*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'*articolo 1*, le parole: «non possono essere colorate se non contengono anche» sono sostituite dalle seguenti: «devono contenere» e le parole: «al 12 per cento» sono sostituite dalle seguenti: «al 20 per cento»;

b) all'*articolo 2*, le parole: «colorate in violazione del divieto» sono sostituite dalle seguenti: «in violazione delle disposizioni». ^{(45) (46)}]

[16-ter. Le disposizioni di cui ai commi 16 e 16-bis si applicano a decorrere dal nono mese successivo alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, previo perfezionamento, con esito positivo, della procedura di notifica di cui alla *direttiva 98/34/CE* del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 giugno 1998. Le bevande prive del contenuto minimo obbligatorio ai sensi dei commi 16 e 16-bis, prodotte prima della data di inizio dell'efficacia delle

disposizioni di cui ai medesimi commi 16 e 16-bis, stabilita ai sensi del precedente periodo, possono essere commercializzate entro gli otto mesi successivi a tale data. ⁽⁴⁵⁾ ⁽⁴⁶⁾]

16-quater. Ai fini dell'applicazione uniforme, su tutto il territorio nazionale, delle modalità di formazione, anche a distanza, del personale adibito alla produzione, alla somministrazione e alla commercializzazione di alimenti, il Ministro della salute, con decreto di natura non regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce i criteri di tale formazione. ⁽⁴⁴⁾

16-quinquies. Al fine di incentivare il consumo di prodotti vegetali freschi, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono adottare provvedimenti volti a promuovere la distribuzione di frutta fresca di stagione in buste monoporzione, mediante l'installazione di appositi distributori automatici negli istituti scolastici. ⁽⁴⁴⁾

(42) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(43) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(44) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(45) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(46) Comma abrogato dall'*art. 17, comma 2, L. 30 ottobre 2014, n. 161*.

(47) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi l'*art. 1, D.M. 12 dicembre 2012*.

(48) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi l'*art. 2, D.M. 12 dicembre 2012*.

(49) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 17 luglio 2013*.

Art. 9 *Disposizioni in materia di emergenze veterinarie*

1. In presenza di malattie infettive e diffusive del bestiame, anche di rilevanza internazionale, che abbiano carattere emergenziale o per le quali non si è proceduto all'eradicazione prescritta dalla normativa dell'Unione europea, con la procedura di cui all'*articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, il Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, sentito il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport, diffida la regione interessata ad adottare entro quindici giorni gli atti necessari alla salvaguardia della salute dell'uomo e degli animali.

2. Ove la regione non adempia alla diffida di cui al comma 1, ovvero gli atti posti in essere risultino inidonei o insufficienti, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per gli affari europei, sentito il Ministro per gli affari regionali, il turismo e lo sport, alla presenza del Presidente

della regione interessata, nomina un commissario ad acta per la risoluzione dell'emergenza o il conseguimento dell'eradicazione. Gli oneri per l'attività del Commissario sono a carico della regione inadempiente. ⁽⁵⁰⁾

(50) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Capo III

Disposizioni in materia di farmaci

Art. 10 *Modificazioni al decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e norme sull'innovatività terapeutica*

1. Al *decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'*articolo 54*, dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:

«4-bis. La produzione di una specifica materia prima farmacologicamente attiva destinata esclusivamente alla produzione di medicinali sperimentali da utilizzare in sperimentazioni cliniche di fase I non necessita di specifica autorizzazione, se, previa notifica all'AIFA da parte del titolare dell'officina, è effettuata nel rispetto delle norme di buona fabbricazione in un'officina autorizzata alla produzione di materie prime farmacologicamente attive. Entro il 31 dicembre 2014 l'AIFA trasmette al Ministro della salute e pubblica nel suo sito internet una relazione sugli effetti derivanti dall'applicazione della disposizione di cui al presente comma e sui possibili effetti della estensione di tale disciplina ai medicinali sperimentali impiegati nelle sperimentazioni cliniche di fase II. La relazione tiene adeguatamente conto anche degli interventi ispettivi effettuati dall'AIFA presso le officine di produzione delle materie prime farmacologicamente attive.»;

b) al comma 3 dell'*articolo 73* è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «In considerazione delle loro caratteristiche tecniche, i radiofarmaci sono esentati dall'obbligo di apposizione del bollino farmaceutico, disciplinato dal *decreto del Ministro della sanità in data 2 agosto 2001*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 270 del 20 novembre 2001.»;

c) il comma 11 dell'*articolo 130* è sostituito dal seguente:

«11. Le aziende titolari di AIC e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali sono tenute alla trasmissione dei dati di vendita secondo le modalità previste dal *decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 2 del 4 gennaio 2005, concernente l'istituzione di una banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo.»;

d) il comma 12 dell'*articolo 130* è abrogato;

e) il comma 23 dell'*articolo 148* è abrogato;

f) al secondo periodo del comma 5 dell'*articolo 141* le parole: «La sospensione è disposta in caso di lievi irregolarità di cui al comma 2» sono sostituite dalle seguenti: «La sospensione è disposta, altresì, quando le irregolarità di cui ai commi 2 e 3 risultano di lieve entità».

2. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a carico del

Servizio sanitario nazionale erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali che, a giudizio della Commissione consultiva tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco, di seguito AIFA, possiedano, alla luce dei criteri predefiniti dalla medesima Commissione, il requisito della innovatività terapeutica, come definito dall'*articolo 1, comma 1, dell'accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 18 novembre 2010, n. 197/CSR*.⁽⁵¹⁾

3. Quanto disposto dal comma 2 si applica indipendentemente dall'inserimento dei medicinali nei prontuari terapeutici ospedalieri o in altri analoghi elenchi predisposti dalle competenti autorità regionali e locali ai fini della razionalizzazione dell'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche.

4. Quando una regione comunica all'AIFA dubbi sui requisiti di innovatività riconosciuti a un medicinale, fornendo la documentazione scientifica su cui si basa tale valutazione, l'AIFA sottopone alla Commissione consultiva tecnico-scientifica la questione affinché la riesami entro 60 giorni dalla comunicazione regionale e esprima un motivato parere.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad aggiornare, con periodicità almeno semestrale, i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale, elaborato allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte di strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici, nonché a trasmetterne copia all'AIFA.

6. Presso l'AIFA, è istituito, senza nuovi oneri a carico della finanza pubblica, un tavolo permanente di monitoraggio dei prontuari terapeutici ospedalieri, al quale partecipano rappresentanti della stessa Agenzia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano e del Ministero della salute. La partecipazione al tavolo è a titolo gratuito. Il tavolo discute eventuali criticità nella gestione dei prontuari terapeutici ospedalieri e degli altri analoghi strumenti regionali e fornisce linee guida per l'armonizzazione e l'aggiornamento degli stessi, anche attraverso audizioni periodiche delle organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute maggiormente rappresentative a livello nazionale. Ai componenti del tavolo di cui al presente comma non è corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso di spese.⁽⁵¹⁾

(51) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 11 *Disposizioni dirette a favorire l'impiego razionale ed economicamente compatibile dei medicinali da parte del Servizio sanitario nazionale*⁽⁵⁵⁾

1. Entro il 30 settembre 2015, l'AIFA conclude le procedure di rinegoziazione con le aziende farmaceutiche volte alla riduzione del prezzo di rimborso dei medicinali a carico del Servizio sanitario nazionale, nell'ambito di raggruppamenti di medicinali terapeuticamente assimilabili, individuati sulla base dei dati relativi al 2014 dell'Osservatorio nazionale sull'impiego dei medicinali OSMED-AIFA, separando i medicinali a brevetto scaduto da quelli ancora soggetti a tutela brevettuale, autorizzati con indicazioni comprese nella medesima area terapeutica, aventi il medesimo regime di rimborsabilità nonché il medesimo regime di fornitura. L'azienda farmaceutica, tramite l'accordo negoziale con l'AIFA, potrà

ripartire, tra i propri medicinali inseriti nei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili, la riduzione di spesa a carico del Servizio sanitario nazionale attesa, attraverso l'applicazione selettiva di riduzioni del prezzo di rimborso. Il risparmio atteso in favore del Servizio sanitario nazionale attraverso la rinegoziazione con l'azienda farmaceutica è dato dalla sommatoria del valore differenziale tra il prezzo a carico del Servizio sanitario nazionale di ciascun medicinale di cui l'azienda è titolare inserito nei raggruppamenti terapeuticamente assimilabili e il prezzo più basso tra tutte le confezioni autorizzate e commercializzate che consentono la medesima intensità di trattamento a parità di dosi definite giornaliere (DDD) moltiplicato per i corrispondenti consumi registrati nell'anno 2014. In caso di mancato accordo, totale o parziale, l'AIFA propone la restituzione alle regioni del risparmio atteso dall'azienda farmaceutica, da effettuare con le modalità di versamento già consentite ai sensi dell' *articolo 1, comma 796, lettera g), della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa, ovvero la riclassificazione dei medicinali terapeuticamente assimilabili di cui l'azienda è titolare con l'attribuzione della fascia C di cui all' *articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, fino a concorrenza dell'ammontare della riduzione attesa dall'azienda stessa. ⁽⁵⁴⁾

1-bis. In sede di periodico aggiornamento del prontuario farmaceutico nazionale, i medicinali equivalenti ai sensi di legge non possono essere classificati come farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale con decorrenza anteriore alla data di scadenza del brevetto o del certificato di protezione complementare, pubblicata dal Ministero dello sviluppo economico ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. ⁽⁵⁶⁾

2. Qualora, alla scadenza di un accordo stipulato dall'AIFA con un'azienda farmaceutica ai sensi dell'*articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*, il medicinale che era stato oggetto dell'accordo venga escluso dalla rimborsabilità, l'AIFA può stabilire l'ulteriore dispensazione del medicinale a carico del Servizio sanitario nazionale ai soli fini del completamento della terapia dei pazienti già in trattamento.

[3. Al comma 4 dell'*articolo 1 del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 23 dicembre 1996, n. 648*, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) le parole: «dalla Commissione unica del farmaco conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa» sono sostituite dalle seguenti: «dall'AIFA, conformemente alle procedure ed ai criteri adottati dalla stessa, previa valutazione della Commissione consultiva tecnico-scientifica»;

b) dopo il primo periodo sono inseriti i seguenti: «Se è disponibile un'alternativa terapeutica nell'ambito dei farmaci autorizzati, la presenza nell'elenco di cui al precedente periodo del medicinale non autorizzato, con conseguente erogazione dello stesso a carico del Servizio sanitario nazionale, è ammessa unicamente nel caso in cui a giudizio della Commissione tecnico-scientifica dell'AIFA, il medicinale possieda un profilo di sicurezza, con riferimento all'impiego proposto, non inferiore a quella del farmaco autorizzato e quest'ultimo risulti eccessivamente oneroso per il Servizio sanitario nazionale. Agli effetti del presente comma il medicinale già autorizzato è considerato eccessivamente oneroso se il costo medio della terapia basata sul suo impiego supera di almeno il 50 per cento il costo medio della terapia basata sull'impiego del farmaco non autorizzato.». ⁽⁵³⁾

]

[4. Previa autorizzazione dell'AIFA, rilasciata su proposta della regione competente, la farmacia ospedaliera può, attraverso operazioni di ripartizione del quantitativo di un medicinale regolarmente in commercio, allestire dosaggi da utilizzare all'interno dell'ospedale in cui opera o all'interno di altri ospedali, ovvero da consegnare all'assistito per impiego domiciliare sotto il controllo della struttura pubblica. Il disposto del presente comma si applica anche nell'ipotesi di utilizzazione di un medicinale per un'indicazione diversa da quella autorizzata, ai sensi dell'*articolo 1, comma 4, del decreto-legge 21 ottobre 1996, n. 536*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 23 dicembre 1996, n. 648*, come modificato dal comma 3 del presente articolo. ⁽⁵³⁾]

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono autorizzate a sperimentare, nei limiti delle loro disponibilità di bilancio, sistemi di riconfezionamento, anche personalizzato, e di distribuzione dei medicinali agli assistiti in trattamento presso strutture ospedaliere e residenziali, al fine di eliminare sprechi di prodotti e rischi di errori e di consumi impropri. Le operazioni di sconfezionamento e riconfezionamento dei medicinali sono effettuate nel rispetto delle norme di buona fabbricazione, con indicazione del numero di lotto di origine e della data di scadenza. L'AIFA, su richiesta della regione, autorizza l'allestimento e la fornitura alle strutture sanitarie che partecipano alla sperimentazione di macroconfezioni di medicinali in grado di agevolare le operazioni predette. ⁽⁵²⁾

(52) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(53) Comma soppresso dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(54) Comma modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189* e dall'*art. 1, comma 585, L. 23 dicembre 2014, n. 190*, a decorrere dal 1° gennaio 2015. Successivamente il presente comma è stato così sostituito dall'*art. 9-ter, comma 10, lett. b), D.L. 19 giugno 2015, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 agosto 2015, n. 125*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1 e 1-bis.

(55) Rubrica così sostituita dall'*art. 9-ter, comma 10, lett. a), D.L. 19 giugno 2015, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 agosto 2015, n. 125*.

(56) Comma inserito dall'*art. 9-ter, comma 10, lett. b), D.L. 19 giugno 2015, n. 78*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 6 agosto 2015, n. 125*, che ha sostituito l'originario comma 1 con gli attuali commi 1 e 1-bis.

Art. 11-bis *Modifica al comma 811 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, in materia di truffe ai danni del Servizio sanitario nazionale* ⁽⁵⁷⁾

1. Al *comma 811 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296*, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «L'autorizzazione sanitaria all'esercizio della farmacia, in caso di condanna con sentenza di primo grado per i fatti disciplinati dal presente comma, non può essere trasferita per atto tra vivi fino alla conclusione del procedimento penale a seguito di sentenza definitiva.».

(57) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 12 Procedure concernenti i medicinali ⁽⁵⁸⁾

1. La domanda di classificazione di un medicinale fra i medicinali erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'*articolo 8, comma 10, della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, e successive modificazioni, è istruita dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) contestualmente alla contrattazione del relativo prezzo, ai sensi dell'*articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 24 novembre 2003, n. 326*.
2. Fatto salvo il disposto del comma 3, l'azienda farmaceutica interessata può presentare all'AIFA la domanda di classificazione di cui al comma 1 e di avvio della procedura di contrattazione del prezzo soltanto dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale prevista dall'*articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, e successive modificazioni.
3. In deroga al disposto del comma 2, la domanda riguardante farmaci orfani ai sensi del *regolamento (CE) n. 141/2000 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 dicembre 1999*, o altri farmaci di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale previsti in una specifica deliberazione dell'AIFA, adottata su proposta della Commissione consultiva tecnico-scientifica, o riguardante medicinali utilizzabili esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili, può essere presentata anteriormente al rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio.
4. L'AIFA comunica all'interessato le proprie determinazioni entro centottanta giorni dal ricevimento della domanda. Il rigetto della domanda è comunicato al richiedente unitamente al parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica o del Comitato prezzi e rimborso sul quale la decisione è fondata. Parimenti documentata è la comunicazione della determinazione di esclusione di un medicinale in precedenza classificato fra i farmaci erogabili dal Servizio sanitario nazionale.
5. I medicinali per i quali è rilasciata un'autorizzazione all'immissione in commercio comunitaria a norma del *regolamento (CE) n. 726/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 31 marzo 2004*, del *regolamento (CE) n. 1901/2006 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 dicembre 2006*, o del *regolamento (CE) n. 1394/2007 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 novembre 2007*, o un'autorizzazione all'immissione in commercio ai sensi del *decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, sono automaticamente collocati in apposita sezione, dedicata ai farmaci non ancora valutati ai fini della rimborsabilità, della classe di cui all'*articolo 8, comma 10, lettera c), della legge 24 dicembre 1993, n. 537*, e successive modificazioni, nelle more della presentazione, da parte dell'azienda interessata, di un'eventuale domanda di diversa classificazione ai sensi della citata disposizione legislativa. Entro sessanta giorni dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea della decisione della Commissione europea sulla domanda di autorizzazione all'immissione in commercio a norma del *regolamento (CE) n. 726/2004*, del *regolamento (CE) n. 1901/2006* o del *regolamento (CE) n. 1394/2007*, l'AIFA pubblica nella Gazzetta Ufficiale un provvedimento recante la classificazione del medicinale ai sensi del primo periodo del presente comma e il suo regime di fornitura. Per i medicinali autorizzati ai sensi del *decreto legislativo 24 aprile 2006*,

n. 219, le indicazioni della classificazione ai sensi del primo periodo del presente comma e del regime di fornitura sono incluse nel provvedimento di autorizzazione all'immissione in commercio. In ogni caso, prima dell'inizio della commercializzazione, il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio è tenuto a comunicare all'AIFA il prezzo ex factory e il prezzo al pubblico del medicinale. Le disposizioni del presente comma si applicano anche ai medicinali oggetto di importazione parallela. ⁽⁵⁹⁾

5-bis. L'AIFA valuta, ai fini della classificazione e della rimborsabilità da parte del Servizio sanitario nazionale, i farmaci di cui al comma 3, per i quali è stata presentata la relativa domanda di classificazione di cui al comma 1, corredata della necessaria documentazione, in via prioritaria e dando agli stessi precedenza rispetto ai procedimenti pendenti alla data di presentazione della domanda di classificazione di cui al presente comma, anche attraverso la fissazione di sedute straordinarie delle competenti Commissioni. In tal caso, il termine di cui al comma 4, primo periodo, è ridotto a cento giorni. ⁽⁶⁰⁾

5-ter. In caso di mancata presentazione entro trenta giorni dal rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale di cui al comma 3, l'AIFA sollecita l'azienda titolare della relativa autorizzazione all'immissione in commercio a presentare la domanda di classificazione di cui al comma I entro i successivi trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine, viene data informativa nel sito istituzionale dell'AIFA e viene meno la collocazione nell'apposita sezione di cui al comma 5. ⁽⁶⁰⁾

6. Fatto in ogni caso salvo il disposto dell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 11 del presente decreto, ciascun medicinale che abbia le caratteristiche di medicinale generico, di cui all'*articolo 10, comma 5, lettera b), del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, o di medicinale biosimilare, di cui all'articolo 10, comma 7, dello stesso decreto, è automaticamente collocato, senza contrattazione del prezzo, nella classe di rimborso a cui appartiene il medicinale di riferimento qualora l'azienda titolare proponga un prezzo di vendita di evidente convenienza per il Servizio sanitario nazionale. È considerato tale il prezzo che, rispetto a quello del medicinale di riferimento, presenta un ribasso almeno pari a quello stabilito con decreto adottato dal Ministro della salute, su proposta dell'AIFA, in rapporto ai volumi di vendita previsti. Le disposizioni del presente comma si applicano anche ai medicinali oggetto di importazione parallela. ⁽⁶⁴⁾

7. Quando è autorizzata un'estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato per l'immissione in commercio secondo la procedura prevista dai regolamenti comunitari di cui al comma 5 e già classificato come farmaco erogabile dal Servizio sanitario nazionale, il medicinale non può essere prescritto per le nuove indicazioni con onere a carico del Servizio sanitario nazionale prima della conclusione della procedura di contrattazione del prezzo e della correlata conferma della rimborsabilità del medicinale medesimo, nonché della pubblicazione, da parte dell'AIFA, del nuovo prezzo ai sensi della normativa vigente. Quando è autorizzata un'estensione delle indicazioni terapeutiche di un medicinale autorizzato per l'immissione in commercio secondo le disposizioni del *decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, e già classificato come farmaco erogabile dal Servizio sanitario nazionale, il provvedimento che autorizza l'estensione delle indicazioni terapeutiche contiene, altresì, il prezzo concordato in seguito alla nuova procedura di contrattazione del prezzo e di conferma della rimborsabilità del medicinale.

8. All'articolo 15 della legge 21 ottobre 2005, n. 219, e successive modificazioni, è abrogato il comma 6.

9. Le competenze in materia di sperimentazione clinica dei medicinali attribuite dal decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, all'Istituto superiore di sanità sono trasferite all'AIFA, la quale si avvale del predetto Istituto, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ai fini dell'esercizio delle funzioni trasferite, secondo modalità stabilite con decreto del Ministro della salute, sentiti i due enti interessati. Fino all'adozione del decreto del Ministro della salute, l'Istituto superiore di sanità, raccordandosi con l'AIFA, svolge le competenze ad esso già attribuite, secondo le modalità previste dalle disposizioni previgenti. Sono altresì trasferite all'AIFA le competenze di cui all'articolo 2, comma 1, lettera t), numeri 1) e 1-bis), del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211. Sono confermate in capo all'AIFA le competenze in materia di sperimentazione clinica di medicinali attribuite dal citato decreto legislativo n. 211 del 2003 al Ministero della salute e trasferite all'AIFA ai sensi dell'articolo 48 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni. ⁽⁶⁵⁾

10 Entro il 30 giugno 2013 ciascuna delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano provvede a riorganizzare i comitati etici istituiti nel proprio territorio, attenendosi ai seguenti criteri:

a) a ciascun comitato etico è attribuita una competenza territoriale di una o più province, in modo che sia rispettato il parametro di un comitato per ogni milione di abitanti, fatta salva la possibilità di prevedere un ulteriore comitato etico, con competenza estesa a uno o più istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

b) la scelta dei comitati da confermare tiene conto del numero dei pareri unici per sperimentazione clinica di medicinali emessi nel corso dell'ultimo triennio;

c) la competenza di ciascun comitato può riguardare, oltre alle sperimentazioni cliniche dei medicinali, ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati;

d) sono assicurate l'indipendenza di ciascun comitato e l'assenza di rapporti gerarchici tra diversi comitati. ^{(61) (62)}

11. Con decreto del Ministro della salute, su proposta dell'AIFA per i profili di sua competenza, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono dettati criteri per la composizione dei comitati etici e per il loro funzionamento. Fino alla data di entrata in vigore del predetto decreto continuano ad applicarsi le norme vigenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. ⁽⁶³⁾

12 A decorrere dal 1° luglio 2013, la documentazione riguardante studi clinici sui medicinali disciplinati dal decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, è gestita esclusivamente con modalità telematiche, attraverso i modelli standard dell'Osservatorio nazionale sulla sperimentazione clinica dell'AIFA.

(58) Articolo così sostituito dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189.

(59) Comma così modificato dall' art. 44, comma 4-bis, D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98.

(60) Comma inserito dall' *art. 44, comma 4-ter, D.L. 21 giugno 2013, n. 69*, convertito, con modificazioni, dalla *L. 9 agosto 2013, n. 98*.

(61) La *Corte costituzionale, con sentenza 2-11 dicembre 2013, n. 301* (Gazz. Uff. 18 dicembre 2013, n. 51 - Prima serie speciale), ha dichiarato, tra l'altro, l'illegittimità costituzionale del presente comma nella parte in cui non prevede che «nelle Regioni e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano con una popolazione inferiore a un milione di abitanti deve essere comunque costituito un comitato etico».

(62) Vedi, anche, il *D.M. 8 febbraio 2013*.

(63) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 8 febbraio 2013*.

(64) Vedi, anche, il *D.M. 4 aprile 2013*.

(65) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 27 aprile 2015*.

Art. 13 *Disposizioni in materia di medicinali omeopatici, anche veterinari e di sostanze ad azione ormonica*

1. L'articolo 20 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 20 (Disposizioni sui medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995; estensione della disciplina ai medicinali antroposofici). -

1. Per i medicinali omeopatici presenti sul mercato italiano alla data del 6 giugno 1995, resta fermo quanto previsto dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Tali prodotti sono soggetti alla procedura semplificata di registrazione prevista agli articoli 16 e 17, anche quando non abbiano le caratteristiche di cui alle lettere a) e c) del comma 1 dell'articolo 16. In alternativa alla documentazione richiesta dal modulo 4 di cui all'allegato 1 al presente decreto, per i medicinali omeopatici di cui al presente comma, le aziende titolari possono presentare una dichiarazione autocertificativa sottoscritta dal legale rappresentante dell'azienda medesima, recante:

a) elementi comprovanti la sicurezza del prodotto, avendo riguardo alla sua composizione, forma farmaceutica e via di somministrazione;

b) i dati di vendita al consumo degli ultimi cinque anni;

c) le eventuali segnalazioni di farmacovigilanza rese ai sensi delle disposizioni di cui al titolo IX del presente decreto.

La disposizione del terzo periodo non si applica ai medicinali omeopatici di origine biologica o preparati per uso parenterale o preparati con concentrazione ponderale di ceppo omeopatico, per i quali resta confermato l'obbligo di ottemperare alle prescrizioni del modulo 4 di cui all'allegato 1 al presente decreto.

2. Anche a seguito dell'avvenuta registrazione in forma semplificata, per i medicinali omeopatici non in possesso di tutti i requisiti previsti dal comma 1 dell'articolo 16 si applicano le disposizioni previste dal titolo IX del presente decreto.

3. I medicinali antroposofici descritti in una farmacopea ufficiale e preparati secondo un metodo omeopatico sono assimilabili, agli effetti del presente decreto, ai medicinali omeopatici.». ⁽⁶⁶⁾

2. I primi tre periodi del comma 12 dell'*articolo 158 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219*, e successive modificazioni, sono sostituiti dai seguenti: «Le tariffe vigenti alla data di entrata in vigore della legge di conversione del *decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158*, sono aggiornate con decreto del Ministro della salute, da adottare entro il 30 novembre 2012, con un incremento del 10 per cento dei relativi importi, applicabile dal 1° gennaio 2013. Con lo stesso decreto sono individuate, in misura che tiene conto delle affinità tra le prestazioni rese, le tariffe relative a prestazioni non ancora tariffate ed è stabilito, nella misura del 20 per cento dell'importo dovuto per ciascuna autorizzazione all'immissione in commercio, il diritto annuale dovuto per ciascuna registrazione di un medicinale omeopatico e per ciascuna registrazione di un medicinale di origine vegetale basata sull'impiego tradizionale. A decorrere dal 2014, entro il mese di marzo di ogni anno, le tariffe e il diritto annuale sono aggiornati, con le stesse modalità, sulla base delle variazioni annuali dell'indice ISTAT del costo della vita riferite al mese di dicembre.». ⁽⁶⁷⁾

3. All'*articolo 24 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193*, e successive modificazioni, le parole: «31 dicembre 2011» sono sostituite dalle seguenti: «31 dicembre 2014».

4. All'*articolo 15, comma 6, lettera d) del decreto legislativo 16 marzo 2006, n. 158*, e successive modificazioni, le parole: «nel caso in cui siano stati effettuati tali trattamenti la dichiarazione deve essere controfirmata, sul retro della stessa, al momento della prescrizione o dell'invio degli animali allo stabilimento di macellazione, dal medico veterinario che ha prescritto i predetti trattamenti;» sono soppresse.

4-bis. Il comma 3 dell'*articolo 84 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193*, è sostituito dal seguente:

«3. Il medico veterinario, nell'ambito della propria attività e qualora l'intervento professionale lo richieda, può consegnare all'allevatore o al proprietario degli animali le confezioni di medicinali veterinari della propria scorta e, nel caso di animali destinati alla produzione di alimenti, solo quelle da lui già utilizzate, allo scopo di iniziare la terapia in attesa che detto soggetto si procuri, dietro presentazione della ricetta redatta dal medico veterinario secondo le tipologie previste, le altre confezioni prescritte per il proseguimento della terapia medesima, fermi restando gli obblighi di registrazione di cui all'*articolo 15 del decreto legislativo 16 marzo 2006, n. 158*, e successive modificazioni. Il medico veterinario, in deroga a quanto stabilito dal comma 4 del presente articolo e dall'articolo 82, registra lo scarico delle confezioni da lui non utilizzate.». ⁽⁶⁸⁾

(66) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(67) Comma così sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(68) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Capo IV

Norme finali

Art. 14 Razionalizzazione di taluni enti sanitari

1. La società consortile «Consorzio anagrafi animali» di cui ai commi 4-bis e 4-ter dell'*articolo 4 del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 marzo 2006, n. 81*, è soppressa e posta in liquidazione a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Le funzioni già svolte dalla società consortile «Consorzio Anagrafi animali» sono trasferite, con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, al Ministero delle politiche agricole alimentari e forestali e al Ministero della salute secondo le rispettive competenze. Alle predette funzioni i citati Ministeri provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli stanziamenti di bilancio previsti, alla data di entrata in vigore del presente decreto, ai sensi dell'*articolo 4, comma 4-ter, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 2*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 11 marzo 2006, n. 81*, riaffluiscono al bilancio dell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA), anche mediante versamento all'entrata del bilancio dello Stato e successiva riassegnazione alla spesa. ^{(69) (73)}

2. Al fine di limitare gli oneri per il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) già costituito quale sperimentazione gestionale, è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà.

3. L'Istituto di cui al comma 2 è altresì centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario. ⁽⁶⁹⁾

4. Sono organi dell'Istituto il Consiglio di indirizzo, il Direttore e il Collegio sindacale. Il Consiglio di indirizzo è composto da cinque membri, di cui due nominati dal Ministro della salute e tre dai Presidenti delle regioni che partecipano alla rete di cui al comma 3 ed ha compiti di indirizzo strategico. Il Direttore è nominato dal Ministro della salute, rappresenta legalmente l'Istituto ed esercita tutti i poteri di gestione. Il Collegio sindacale è costituito da tre membri, due nominati dal Ministro della salute, di cui uno designato dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, nonché uno dal Ministro dell'economia e delle finanze, con compiti di controllo interno. Con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinati il funzionamento e l'organizzazione dell'Istituto. ^{(69) (71)}

5. All'*articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 luglio 2011, n. 111*, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «Per il finanziamento delle attività si provvede annualmente nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la cui realizzazione, sulle risorse

finalizzate all'attuazione dell'*articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*, e successive modificazioni, è vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro per l'anno 2012 e 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, alla cui erogazione, a favore del medesimo Istituto, si provvede annualmente, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.». ⁽⁶⁹⁾

6. Per il finanziamento dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), di cui al comma 2, si provvede nell'ambito dello stanziamento di cui al comma 5, di euro 5 milioni nell'anno 2012 e di euro 10 milioni a decorrere dall'anno 2013, nonché mediante i rimborsi delle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale e la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali. ⁽⁷²⁾

7. Alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 4 sono abrogati i commi 7 e 8 dell'*articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 15 luglio 2011, n. 111*.

8. Per il periodo 1° gennaio 2003-21 giugno 2007 la misura del contributo obbligatorio alla Fondazione ONAOSI, a carico dei sanitari dipendenti pubblici, iscritti ai rispettivi ordini professionali italiani dei farmacisti, dei medici chirurghi e odontoiatri e dei veterinari, è determinata forfettariamente per ogni contribuente in 12 euro mensili per gli ultimi 5 mesi del 2003 e per l'anno 2004, in 10 euro mensili per gli anni 2005 e 2006, nonché in 11 euro mensili per il 2007. Per il periodo 1° gennaio 2003-1° gennaio 2007 la misura del contributo a carico dei sanitari individuati quali nuovi obbligati dalla lettera e), primo comma dell'*articolo 2, della legge 7 luglio 1901, n. 306*, e successive modificazioni, è anch'essa forfettariamente determinata negli identici importi di cui al presente comma. ⁽⁶⁹⁾

9. Le somme versate alla Fondazione ONAOSI dai soggetti di cui al comma 8 per il periodo 1° gennaio 2003-21 giugno 2007 sono trattenute dalla Fondazione a titolo di acconto dei contributi da versare. Con delibera della Fondazione sono stabilite la procedura, le modalità e le scadenze per l'eventuale conguaglio o rimborso. Dalla data di entrata in vigore del presente decreto sono estinti ogni azione o processo relativo alla determinazione, pagamento, riscossione o ripetizione dei contributi di cui al primo periodo. La Fondazione ONAOSI è comunque autorizzata a non avviare le procedure per la riscossione coattiva per crediti di importo inferiore a 500 euro. Per gli anni successivi al 2007 resta confermato, per la determinazione dei contributi dovuti alla Fondazione, quanto disposto dal *decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 29 novembre 2007, n. 222*. ⁽⁶⁹⁾

9-bis. Al comma 1 dell'*articolo 1 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, le parole: «, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità» sono sostituite dalle seguenti: «ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza di cui all'articolo 13, comma 3, lettera d)». ⁽⁷⁰⁾

9-ter. Al comma 3 dell'*articolo 13 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, la lettera d) è sostituita dalla seguente:

«d) caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di un'attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello

nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale». ⁽⁷⁰⁾

10. I commi 1 e 2 dell'*articolo 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, sono sostituiti dai seguenti:

«1. La domanda di riconoscimento è presentata dalla struttura interessata alla regione competente per territorio, unitamente alla documentazione comprovante la titolarità dei requisiti di cui all'articolo 13, individuata con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La regione inoltra la domanda, nella quale devono essere indicate la sede effettiva di attività della struttura e la disciplina per la quale si richiede il riconoscimento, al Ministero della salute, evidenziando la coerenza del riconoscimento con la propria programmazione sanitaria.

2. Il Ministro della salute nomina una commissione di valutazione formata da almeno due esperti nella disciplina oggetto della richiesta di riconoscimento, che svolgono l'incarico a titolo gratuito. Entro trenta giorni dalla nomina, la commissione esprime il proprio parere motivato sulla sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 13, comma 3, sulla completezza della documentazione allegata alla domanda e su quella eventualmente acquisita dalla struttura interessata. La commissione può procedere ai necessari sopralluoghi e valutare gli elementi così acquisiti. Entro dieci giorni dal ricevimento del parere, il Ministro della salute trasmette gli atti alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che deve esprimersi sulla domanda di riconoscimento entro quarantacinque giorni dal ricevimento.». ⁽⁶⁹⁾

10-bis. Al comma 3 dell'*articolo 14 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, le parole: «d'intesa» sono sostituite dalle seguenti: «previa intesa». ⁽⁷⁰⁾

11. I commi 1 e 2 dell'*articolo 15 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288*, sono così sostituiti:

«1. Le Fondazioni IRCCS, gli Istituti non trasformati e quelli privati inviano ogni due anni al Ministero della salute i dati aggiornati circa il possesso dei requisiti di cui all'articolo 13, nonché la documentazione necessaria ai fini della conferma, secondo quanto stabilito dal decreto di cui al comma 1 dell'articolo 14.

2. Il Ministero della salute, nell'esercizio delle funzioni di vigilanza di cui all'articolo 1, comma 2, può verificare in ogni momento la sussistenza delle condizioni per il riconoscimento delle Fondazioni IRCCS, degli Istituti non trasformati e di quelli privati. Nel caso di sopravvenuta carenza di tali condizioni, il Ministero informa la regione territorialmente competente ed assegna all'ente un termine non superiore a sei mesi entro il quale reintegrare il possesso dei prescritti requisiti. Il Ministro della salute e la regione competente possono immediatamente sostituire i propri designati all'interno dei consigli di amministrazione, nonché sospendere cautelativamente l'erogazione dei finanziamenti nei confronti degli enti interessati. Alla scadenza di tale termine, sulla base dell'esito della verifica, il Ministro della salute, d'intesa con il Presidente della regione interessata, conferma o revoca il riconoscimento.». ⁽⁶⁹⁾

12. Con decreto del Ministro della salute, sentiti il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, nonché la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi entro il 31 dicembre 2012, sono stabiliti i criteri di classificazione degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati, delle Fondazioni IRCCS e degli altri IRCCS di diritto privato sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di carattere scientifico di comprovato valore internazionale, anche ai fini del loro

inserimento nella rete di attività di ricerca; con il medesimo decreto, al fine di garantire la visione unitaria delle attività di ricerca scientifica nel campo sanitario dei predetti soggetti, sono individuate le modalità attraverso cui realizzare l'attività di ricerca scientifica in materia sanitaria a livello internazionale. ⁽⁶⁹⁾

(69) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(70) Comma inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(71) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.M. 22 febbraio 2013, n. 56*.

(72) Vedi, anche, l'*art. 3, comma 2, D.M. 22 febbraio 2013, n. 56*.

(73) In attuazione di quanto disposto dal presente articolo vedi il *D.M. 23 luglio 2015*.

Art. 15 *Trasferimento delle funzioni di assistenza al personale navigante e altre norme sulle prestazioni rese dal Ministero*

1. I commi 89, 90, 91 e 92 dell'*articolo 4 della legge 12 novembre 2011, n. 183*, sono sostituiti dai seguenti:

«89. Le funzioni relative all'assistenza sanitaria al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620*, ivi comprese le funzioni in materia di pronto soccorso aeroportuale di competenza del Ministero della salute, sono conferite alle regioni, ad esclusione di quelle relative alla certificazione delle competenze in materia di primo soccorso sanitario e di assistenza medica a bordo di navi mercantili, di formazione e aggiornamento di pronto soccorso sanitario del personale di volo, alle visite effettuate dagli Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare, alle visite di idoneità presso gli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF) per la prima iscrizione nelle matricole della gente di mare. Restano ferme tutte le tipologie di prestazioni di competenza dei predetti Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare.

90. Con uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, per la pubblica amministrazione e la semplificazione, delle infrastrutture e dei trasporti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 31 marzo 2013, sono individuati, ai fini del trasferimento al Servizio sanitario nazionale, i beni, le risorse finanziarie e strumentali, le risorse umane di cui ai commi 91 e 92, i relativi criteri e modalità del trasferimento e riparto tra le regioni, i livelli delle prestazioni da assicurare al personale navigante, nonché, di concerto anche con il Ministro della difesa, le modalità dei rimborsi delle prestazioni rese dagli Istituti medico-legali dell'Aeronautica militare. La decorrenza dell'esercizio delle funzioni conferite è contestuale all'effettivo trasferimento delle risorse, finanziarie, umane e strumentali. Con la medesima decorrenza è abrogato il *decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 620*, fatto salvo l'*articolo 2* concernente l'individuazione dei beneficiari dell'assistenza.

91. Ferma restando l'autonomia normativa e organizzativa degli enti riceventi, il personale di ruolo in servizio presso i Servizi di assistenza sanitaria al personale navigante (S.A.S.N.) di Napoli e Genova, e relative articolazioni territoriali, è

trasferito, nell'ambito del territorio provinciale, assicurando il riconoscimento del servizio prestato ed applicando il trattamento economico, compreso quello accessorio, previsto nei contratti collettivi vigenti per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, secondo tabelle di corrispondenza da definirsi con i decreti di cui al comma 90. Qualora le voci fisse e continuative del trattamento economico fondamentale e accessorio in godimento alla data di trasferimento risultino maggiori di quelle spettanti nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata dagli interessati come assegno ad personam riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti. All'esito del trasferimento le dotazioni organiche del Ministero della salute sono corrispondentemente ridotte, tenendo conto delle funzioni che lo Stato continua ad esercitare in materia.

92. I rapporti con il personale ambulatoriale infermieristico, tecnico e della riabilitazione sono disciplinati ad esaurimento da accordi collettivi nazionali di durata triennale stipulati dalla Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC). Negli accordi collettivi della medicina specialistica ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale è ricompreso il personale ambulatoriale medico e delle altre professionalità sanitarie. Il predetto personale mantiene i rapporti convenzionali in essere. I rapporti con i medici fiduciari titolari di incarico nell'ambito della convenzione di medicina generale rimangono disciplinati dalla relativa convenzione, salva la possibilità, per gli assistiti di cui al comma 89, di optare, entro il primo anno, per uno dei predetti medici anche oltre il massimale previsto, fino al 20 per cento dello stesso, salvo riassorbimento. Ai medici fiduciari non titolari di altro rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale, le regioni assicurano un incarico nell'ambito della medicina dei servizi per un monte orario non inferiore all'ammontare dei compensi percepiti nell'anno 2011.

92-bis. Con accordi sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, su proposta del Ministro della salute e del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, è assicurato l'esercizio coordinato delle funzioni conferite a salvaguardia del diritto del personale navigante ad usufruire dei livelli garantiti delle prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale e all'estero. Fino alla data di entrata in vigore dei provvedimenti di organizzazione del servizio adottati dalle regioni, in base ai principi definiti dai predetti accordi, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale la continuità delle funzioni conferite, le regioni erogano l'assistenza sanitaria al personale navigante, marittimo e dell'aviazione civile, attraverso gli ambulatori dei SASN esistenti e i medici fiduciari incaricati, i quali stipulano apposite convenzioni non onerose.

92-ter. A decorrere dall'effettivo trasferimento delle risorse, al personale navigante marittimo e dell'aviazione civile si applicano le vigenti disposizioni sull'assistenza sanitaria in ambito internazionale e dell'Unione europea, nello spazio economico europeo e in Svizzera, nonché gli accordi di sicurezza sociale in vigore con i Paesi non aderenti all'Unione europea, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni medico-legali dai decreti di cui al comma 90.

92-quater. Con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, sono assegnate al Servizio sanitario nazionale le risorse finanziarie, relative alle funzioni trasferite ai sensi dei commi 89 e 93, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero della salute.» ⁽⁷⁴⁾

2. Sono prestazioni a titolo oneroso rese dal Ministero della salute a richiesta ed utilità dei soggetti interessati, le attività di vigilanza e controllo sull'importazione ed esportazione del sangue umano e dei suoi prodotti, per uso terapeutico, profilattico e diagnostico, nonché le attività:

a) per il rilascio del nulla osta per importazioni di prodotti di origine animale destinati alla commercializzazione, a seguito dei controlli sanitari effettuati ai sensi degli *articoli 56 e 57 del decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320*;

b) per il rilascio del documento veterinario di entrata per importazioni di prodotti di origine animale non destinati alla commercializzazione di cui all'*articolo 16, comma 1, lettera e), del decreto legislativo 25 febbraio 2000, n. 80*, e di prodotti di origine non animale;

c) per il rilascio del documento veterinario di entrata per importazioni di prodotti di origine animale destinati a studi particolari o ad analisi di cui all'*articolo 16, comma 1, lettera f), del decreto legislativo 25 febbraio 2000, n. 80*, ad eccezione di quelli destinati a laboratori pubblici e ad altre strutture pubbliche di ricerca che sono esclusi dal pagamento della tariffa;

d) per le attività di cui all'articolo 1 paragrafi 1, 2 e 6 della decisione della Commissione 2000/571/CE dell'8 settembre 2000.

3. Alle prestazioni di cui al comma 2 si applicano tariffe da rideterminarsi con decreto del Ministro della salute, al fine di coprire le spese sostenute dal relativo Ministero, computate con il criterio del costo orario medio delle prestazioni professionali rese dal personale coinvolto, calcolato sulla base della retribuzione annua lorda di ciascun dipendente divisa per il numero di ore lavorative annue, comprensivo degli oneri a carico dell'amministrazione. ⁽⁷⁴⁾

3-bis. In considerazione delle funzioni di giurisdizione speciale esercitate, la Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie, di cui all'*articolo 17 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233*, e successive modificazioni, è esclusa dal riordino di cui all'*articolo 2, comma 4, della legge 4 novembre 2010, n. 183*, e continua ad operare, sulla base della normativa di riferimento, oltre il termine di cui all'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 giugno 2012, n. 89*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 132*, come modificato dal comma 3-ter del presente articolo. All'*allegato 1 annesso al citato decreto-legge n. 89 del 2012*, convertito, con modificazioni, dalla *legge n. 132 del 2012*, il numero 29 è abrogato. ⁽⁷⁵⁾

3-ter. All'*articolo 1, comma 2, del decreto-legge 28 giugno 2012, n. 89*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 132*, le parole: «non oltre il 31 dicembre 2012» sono sostituite dalle seguenti: «non oltre il 30 aprile 2013». ⁽⁷⁵⁾

(74) Comma così modificato dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(75) Comma aggiunto dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 15-bis Razionalizzazione della spesa sanitaria ⁽⁷⁶⁾

1. All'*articolo 15, comma 13, lettera d), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 7 agosto 2012, n. 135*, sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: «Il rispetto di quanto disposto alla presente lettera costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al Servizio sanitario nazionale. Alla verifica del predetto adempimento provvede il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento alla Gazzetta

Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, sulla base dell'istruttoria congiunta effettuata dalla CONSIP e dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici».

2. All'articolo 17, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a):

1) dopo il primo periodo, sono inseriti i seguenti: «Per prezzo di riferimento alle condizioni di maggiore efficienza si intende il 5° percentile, ovvero il 10° percentile, ovvero il 20° percentile, ovvero il 25° percentile dei prezzi rilevati per ciascun bene o servizio oggetto di analisi sulla base della significatività statistica e della eterogeneità dei beni e dei servizi riscontrate dal predetto Osservatorio. Il percentile è tanto più piccolo quanto maggiore risulta essere l'omogeneità del bene o del servizio. Il prezzo è rilasciato in presenza di almeno tre rilevazioni.»;

2) al quarto periodo, dopo le parole: «di cui al presente comma, nonché» sono inserite le seguenti: «, in sua assenza,»;

b) dopo la lettera a) è inserita la seguente:

«a-bis) in fase di prima applicazione, la determinazione dei prezzi di riferimento di cui alla lettera a) è effettuata sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che hanno effettuato i maggiori volumi di acquisto, come risultanti dalla Banca dati nazionale dei contratti pubblici;».

(76) Articolo inserito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

Art. 16 *Entrata in vigore*

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sarà presentato alle Camere per la conversione in legge.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Allegato 1 **(Articolo 8, comma 15)**

«Sezione 8 ⁽⁷⁷⁾- "Fasce di applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 3-bis" ⁽⁷⁸⁾

8.1. Impianti di macellazione

Specie	Bovini, solipedi, ovicaprin, ratiti	Suini	Polli	Tacchini	Faraone	Anatre	Oche	Conigli	Selvaggina da penna
UGB		Numero CAPI							
	200	1.000	150.000	60.000	30.000	150.000	150.000	300.000	150.000

8.2. Impianti di sezionamento

- fino a 50 tonnellate annue per bovini, solipedi, ovicapri, ratiti e avicunicoli;
- fino a 500 tonnellate annue per i suini;

8.3. Centri di lavorazione della selvaggina cacciata

- fino a 30 tonnellate annue;

8.4. Stabilimenti riconosciuti per la successiva lavorazione del latte crudo

- fino a 1.000 tonnellate annue;

8.5. Lavorazione e trasformazione per l'immissione in commercio dei prodotti della pesca e dell'acquicoltura

- fino a 100 tonnellate annue;

8.6. Stabilimenti non ricompresi nell'allegato IV, sezione B del Regolamento CE n. 882/2004

- fascia produttiva annua A e B della sezione VI;

8.7. Stabilimenti di lavorazione del risone e del riso

- fino a 3.000 tonnellate.

(77) Qualora vengano superati i quantitativi indicati si applicano le tariffe di cui all'allegato A, all'intero quantitativo.».

(78) Rubrica così modificata dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.



Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2010-2012)

**Linee guida sulle modalità di
trasmissione e rilevazione dei
flussi informativi per il
monitoraggio dei tempi di attesa**

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA 2010-2012

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

1. Monitoraggio ex post

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 1 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa ex-post.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del monitoraggio stesso. In particolare:

1. **Data di prenotazione:** data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

2. **Data di erogazione della prestazione:** data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

3. **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, , controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

4. **Classe di priorità:** fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.

L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella

ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D, mentre per le classi U e P, le Regioni e Province Autonome, dovranno fornire al Ministero della Salute indicazioni sulle modalità organizzative di presa in carico degli utenti in relazione alle predette classi. Successivamente a tale ricognizione saranno definiti i criteri per uno specifico monitoraggio, che saranno definiti nell'ultimo trimestre 2011 e successivamente a regime da gennaio 2012

5. Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

6. Codice struttura che ha evaso la prestazione : indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Punti di attenzione

In riferimento alle prestazioni ambulatoriali di cui paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono attraverso il flusso dell'articolo 50 i codici delle prestazioni identificate secondo i propri nomenclatori regionali, per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle prestazioni. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice prestazione nomenclatore regionale	Descrizione prestazione nomenclatore regionale	Codice prestazione nomenclatore nazionale	Descrizione prestazione nomenclatore nazionale
---	--	---	--

In riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice Asl	Codice struttura art. 50	Codice Asl	Codice struttura SIS	Descrizione struttura SIS
------------	--------------------------	------------	----------------------	---------------------------

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.

2. Monitoraggio ex ante

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

In particolare per l'anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	<i>visita cardiologica</i>	89.7
2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	89.7
3	<i>visita endocrinologica</i>	89.7
4	<i>visita neurologica</i>	89.13
5	<i>visita oculistica</i>	95.02
6	<i>visita ortopedica</i>	89.7
7	<i>visita ginecologica</i>	89.26
8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	89.7
9	<i>visita urologica</i>	89.7
10	<i>visita dermatologica</i>	89.7
11	<i>visita fisiatrice</i>	89.7
12	<i>visita gastroenterologica</i>	89.7
13	<i>visita oncologica</i>	89.7
14	<i>visita pneumologica</i>	89.7
17	<i>TAC con e senza contrasto Addome superiore</i>	88.01.2 - 88.01.1;
18	<i>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</i>	88.01.4 - 88.01.3;
19	<i>TAC con e senza contrasto Addome completo</i>	88.01.6 - 88.01.5;
20	<i>TAC con e senza contrasto capo</i>	87.03 – 87.03.1
23	<i>RMN cervello e tronco encefalico</i>	88.91.1 - 88.91.2;
26	<i>RMN colonna vertebrale</i>	88.93 – 88.93.1;
31	<i>Ecografia Addome</i>	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

Per l'anno 2012 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nella settimana indice

priorità D	priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sopra indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 2 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate nella settimana indice, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese di maggio e novembre.

3. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri

Ambito della rilevazione

Il Decreto Ministeriale del 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri.

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 3 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa dei ricoveri ospedalieri.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero

Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= ricovero programmato non urgente

2= ricovero urgente

3= ricovero TSO

4= ricovero programmato con preospedalizzazione.

Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).

Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= regime di ricovero ordinario

2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)

Data di prenotazione

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

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

Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica

E' relativo agli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Data intervento chirurgico/ procedura diagnostico terapeutica

Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica.

Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
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	

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 tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici 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 tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso SDO al NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal **1 luglio 2010**.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità. In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del monitoraggio

La rilevazione afferisce alle sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. .

Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

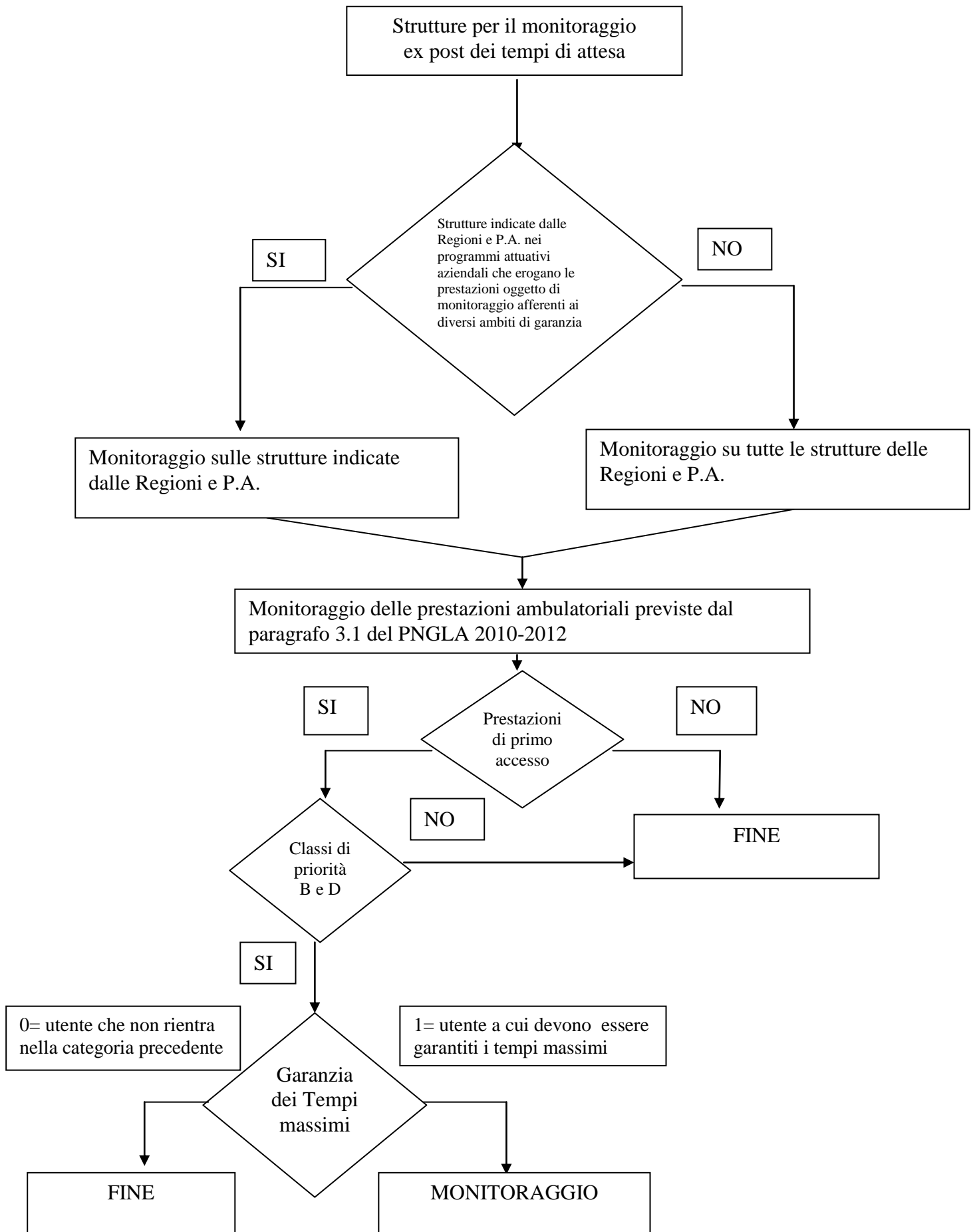
Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 5 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Fino al 1° semestre 2011 il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione si svolgerà secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre, a partire dal II semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione (così come indicato nelle linee guida per la Certificazione LEA al punto F2), una nuova modalità di raccolta delle informazioni relative al suddetto ambito di monitoraggio.

ALLEGATI

Allegato 1 – Flowchart per il monitoraggio ex post

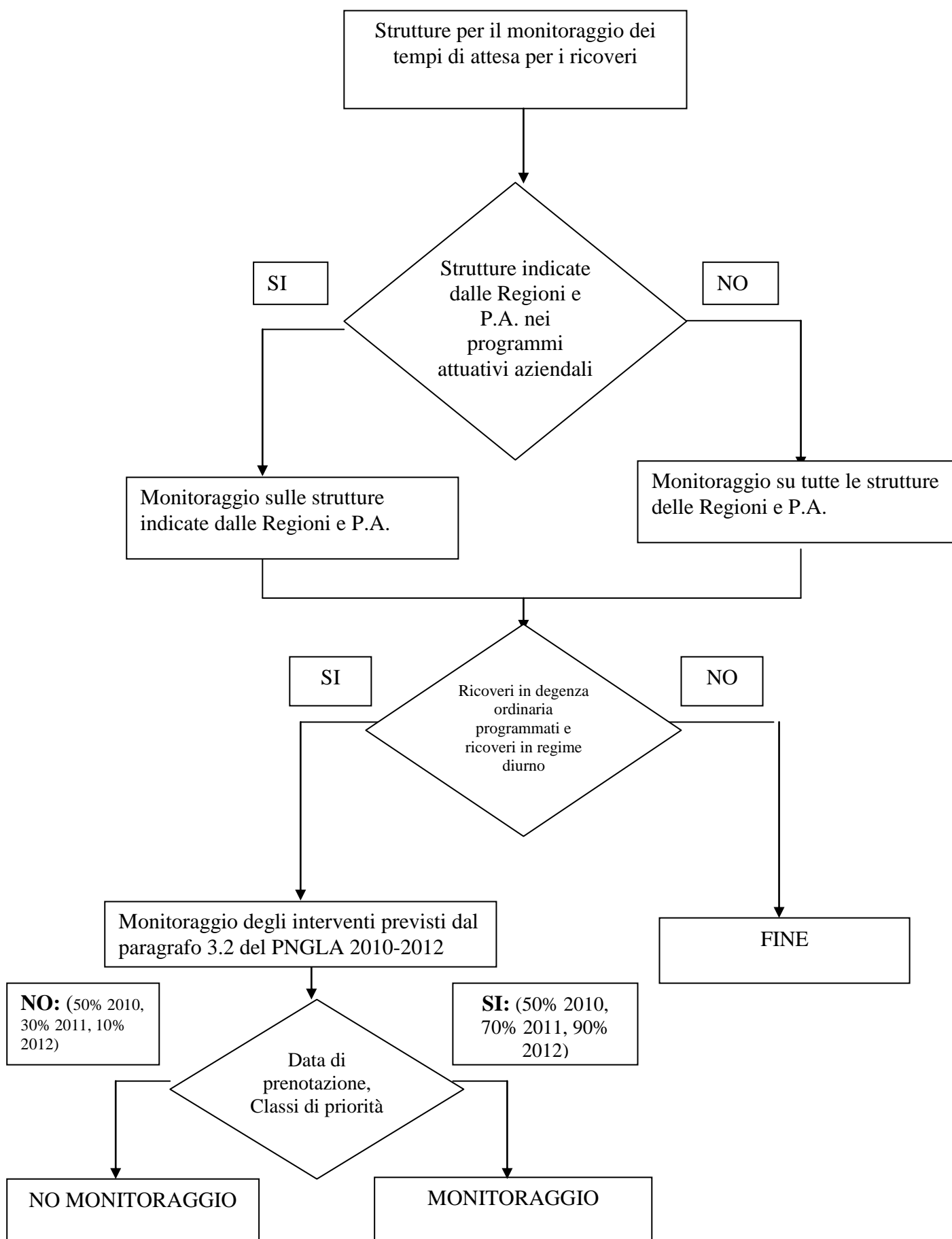


Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
ASL	<i>Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase1)</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	<i>Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)</i>

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prenotazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

Allegato 3 – Flowchart per il monitoraggio dei ricoveri



Allegato 4 - Codice raggruppamento prestazioni ambulatoriali oggetto di sospensione

Codice raggruppamento	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codici tabella 46 prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012	Codice nomenclatore
1.1	<i>visita cardiologica</i>	1	89.7
1.2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	2	89.7
1.3	<i>visita endocrinologica</i>	3	89.7
1.4	<i>visita neurologica</i>	4	89.13
1.5	<i>visita oculistica</i>	5	95.02
1.6	<i>visita ortopedica</i>	6	89.7
1.7	<i>visita ginecologica</i>	7	89.26
1.8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	8	89.7
1.9	<i>visita urologica</i>	9	89.7
1.10	<i>visita dermatologica</i>	10	89.7
1.11	<i>visita fisiatrica</i>	11	89.7
1.12	<i>visita gastroenterologica</i>	12	89.7
1.13	<i>visita oncologica</i>	13	89.7
1.14	<i>visita pneumologica</i>	14	89.7
2.1	<i>Mammografia</i>	15	87.37.1 - 87.37.2
2.2	<i>TAC (con e senza contrasto)</i>	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	87.41 - 87.41.1; 88.01.2 - 88.01.1; 88.01.4 - 88.01.3 88.01.6 - 88.01.5; 87.03 - 87.03.1 88.38.2 - 88.38.1; 88.38.5
2.3	<i>RMN</i>	23, 24, 25, 26	88.91.1 - 88.91.2; 88.95.4 - 88.95.5; 88.94.1 - 88.94.2; 88.93 - 88.93.1;
2.4	<i>ecografia mammella</i>	32	88.73.1 - 88.73.2
2.5	<i>ecografia ostetrico-ginecologica</i>	33	88.78 - 88.78.2;
2.6	<i>Ecografie varie</i>	27, 31	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1; 88.71.4
2.7	<i>ecocolordoppler</i>	28, 29, 30	88.72.3; 88.73.5; 88.77.2;
3.1	<i>Esami endoscopici</i>	34, 35, 36	45.23; 45.25; 45.42; 45.24; 45.13 - 45.16;
3.2	<i>ECG</i>	37, 39	89.52; 89.41 - 89.43;
3.3	<i>ECG Holter</i>	38	89.50
3.4	<i>Audiometria</i>	40	95.41.1
3.5	<i>Spirometria</i>	41	89.37.1 - 89.37.2
3.6	<i>Fondo oculare</i>	42	95.09.1
3.7	<i>Elettromiografia</i>	43	93.08.1
4.1	<i>Chemioterapia ⁽¹⁾</i>	44	99.25; V58.1
4.2	<i>Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾</i>	46	50.11
4.3	<i>Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾</i>	48	53.0 - 53.10

(1) Per le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale

Allegato 5 – Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	

Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E
DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

<Spazio riservato per l'apposizione
dell'etichetta di protocollo>

Assessorati alla Sanità delle Regioni e
delle Province Autonome

LORO SEDI

OGGETTO: Aggiornamento Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA). Richiesta elementi informativi.

La gestione delle liste di attesa richiede interventi sinergici con tutti gli attori del SSN al fine di promuovere la capacità di intercettare tempestivamente il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di garantire la tempestività e l'efficacia dei LEA.

In tal senso sono in atto i lavori per il nuovo Piano Nazionale per il governo Liste d'attesa che fornirà indirizzi per dare una risposta efficace alle criticità riscontrate in questi anni sul territorio nazionale e consentire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni nei tempi appropriati. Inoltre per assicurare il diritto di libera scelta del cittadino è altresì indispensabile garantire il controllo dell'attività Libero professionale intramuraria.

Affinché tale documento contribuisca a dare risposte concrete ai cittadini è necessario avere piena conoscenza del governo del fenomeno a livello regionale.

Si chiede pertanto di conoscere, con riferimento all'annualità 2017:

- se tutte le prestazioni da rendere in attività istituzionale sono effettivamente prenotate attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP), e se allo stesso fanno capo tutte le "agende" delle strutture sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate; laddove non tutte le prestazioni vengano prenotate tramite il CUP, quale sia il numero di quelle prenotate attraverso il CUP, nonché il numero totale di tutte le prestazioni erogate, ad eccezione di quelle ad accesso diretto;
- qualora con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA),

quali misure sono previste, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione, e se tali misure vengono effettivamente applicate, secondo quanto previsto dal PNGLA 2010 – 2012;

- quali iniziative sono state adottate per garantire un'adeguata conoscenza a tutti i cittadini delle attività e delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
- quali sono le modalità e i criteri individuati nei piani previsti dall'articolo 1, comma 5, della legge n. 120 del 2007 e s.m., per la determinazione dei volumi di attività istituzionale e i volumi di attività libero professionale intramuraria, con riferimento alle singole unità operative, al fine di garantire, da un lato, il rispetto dei tempi massimi di attesa e dall'altro il principio della libera scelta del cittadino;
- se sono state stabilite le modalità di verifica dello svolgimento dell'ALPI previste dall'Accordo Stato Regioni 198 del 18 novembre 2010; nelle regioni in cui l'Organismo paritetico regionale previsto dall'articolo 3, comma 3, del medesimo Accordo non sia stato istituito, ovvero lo stesso non risulti pienamente funzionante, quali ne siano le ragioni;
- se sono stati attivati strumenti di controllo per verificare che tutte le prestazioni erogate in ALPI siano effettivamente prenotate attraverso l'infrastruttura di rete prevista dall'articolo 1, comma 4, lett. a bis) della legge n. 120 del 2007 e s.m.

Al fine di rendere omogenea la trasmissione della documentazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome si richiede di utilizzare le tabelle allegate corredate da una eventuale nota sintetica di accompagnamento. Per consentire un'agevole compilazione delle suddette tabelle, sarà cura delle scriventi Direzioni Generali trasmetterle, in formato Excel, attraverso e-mail ordinaria.

Considerata l'urgenza di procedere all'aggiornamento del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa, si chiede di far pervenire le informazioni richieste entro 15 giorni, ai seguenti indirizzi:

dgprog@postacert.sanita.it; dgrups@postacert.sanita.it.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Rossana Ugenti)*

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Andrea Urbani)*

**Firme apposte con modalità digitale, ai sensi dell'art.15, comma2 bis, L. n. 241/1990 e s.m.i.*



Ministero della Salute



**Nuovo
Sistema
Informativo
Sanitario**

**Piano Nazionale di
Governo delle
Liste di Attesa
(PNGLA 2010-2012)**

**Linee guida sulle modalità di
trasmissione e rilevazione dei
flussi informativi per il
monitoraggio dei tempi di attesa**

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA 2010-2012

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa

Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali e di ricovero

1. Monitoraggio ex post

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 1 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa ex-post.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della L. 326/03 per il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del monitoraggio stesso. In particolare:

1. Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

2. Data di erogazione della prestazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico (aaaammgg)

3. Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= primo accesso

0= altra tipologia di accesso

4. Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmabile

La valorizzazione del campo "classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso. L'indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nella

ricette siano presenti più prestazioni, la classe di priorità sarà ricondotta a tutte le prestazioni presenti.

Le prestazioni contraddistinte da classe di priorità P, rappresentano nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi U, B, D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

Oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa saranno esclusivamente le classi di priorità B e D, mentre per le classi U e P, le Regioni e Province Autonome, dovranno fornire al Ministero della Salute indicazioni sulle modalità organizzative di presa in carico degli utenti in relazione alle predette classi. Successivamente a tale ricognizione saranno definiti i criteri per uno specifico monitoraggio, che saranno definiti nell'ultimo trimestre 2011 e successivamente a regime da gennaio 2012

5. Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:

1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;

0= utente che non rientra nella categoria precedente.

La valorizzazione del campo "Garanzia dei tempi massimi" è obbligatoria solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

6. Codice struttura che ha evaso la prestazione : indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.

Punti di attenzione

In riferimento alle prestazioni ambulatoriali di cui paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono attraverso il flusso dell'articolo 50 i codici delle prestazioni identificate secondo i propri nomenclatori regionali, per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle prestazioni. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice prestazione nomenclatore regionale	Descrizione prestazione nomenclatore regionale	Codice prestazione nomenclatore nazionale	Descrizione prestazione nomenclatore nazionale
---	--	---	--

In riferimento alle strutture nell'ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA 2010-12, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell'articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate secondo il seguente schema:

Codice Asl	Codice struttura art. 50	Codice Asl	Codice struttura SIS	Descrizione struttura SIS
------------	--------------------------	------------	----------------------	---------------------------

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell'Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell'Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.

2. Monitoraggio ex ante

Ambito del monitoraggio

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione, effettuata in un periodo indice, stabilito a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

In particolare per l'anno 2011 il monitoraggio verrà effettuato sulle seguenti prestazioni:

Numero	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codice nomenclatore
1	<i>visita cardiologica</i>	89.7
2	<i>visita chirurgia vascolare</i>	89.7
3	<i>visita endocrinologica</i>	89.7
4	<i>visita neurologica</i>	89.13
5	<i>visita oculistica</i>	95.02
6	<i>visita ortopedica</i>	89.7
7	<i>visita ginecologica</i>	89.26
8	<i>visita otorinolaringoiatra</i>	89.7
9	<i>visita urologica</i>	89.7
10	<i>visita dermatologica</i>	89.7
11	<i>visita fisiatrice</i>	89.7
12	<i>visita gastroenterologica</i>	89.7
13	<i>visita oncologica</i>	89.7
14	<i>visita pneumologica</i>	89.7
17	<i>TAC con e senza contrasto Addome superiore</i>	88.01.2 - 88.01.1;
18	<i>TAC con e senza contrasto Addome inferiore</i>	88.01.4 - 88.01.3;
19	<i>TAC con e senza contrasto Addome completo</i>	88.01.6 - 88.01.5;
20	<i>TAC con e senza contrasto capo</i>	87.03 – 87.03.1
23	<i>RMN cervello e tronco encefalico</i>	88.91.1 - 88.91.2;
26	<i>RMN colonna vertebrale</i>	88.93 – 88.93.1;
31	<i>Ecografia Addome</i>	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1;

Per l'anno 2012 le prestazioni da monitorare sono tutte quelle contenute nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12.

Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN. Il periodo indice è rappresentato dalla prima settimana dei mesi di aprile e ottobre di ciascun anno.

Il monitoraggio ex ante si dovrà effettuare solo per il primo accesso e per le classi di priorità B e D.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio ex ante sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN.	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Inserire 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12
Numero totale di prenotazioni	Indica il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero totale di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice
Numero prenotazioni da garantire	Indica il numero di prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni per ciascuna prestazione nella settimana indice (è un di cui del valore precedente)
Numero prenotazioni con classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , il numero di prenotazioni con classe di priorità B, per ciascuna prestazione nella settimana indice	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità B per ciascuna prestazione nella settimana indice
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di	Indica, tra tutte le prenotazioni <u>che devono essere garantite dal SSR</u> , quella quota di prenotazioni con classe di	Inserire il numero di prenotazioni con classe di priorità D per ciascuna prestazione nella settimana indice

priorità D	priorità D, per ciascuna prestazione nella settimana indice	
N. di prenotazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sopra indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 2 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate nella settimana indice, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese di maggio e novembre.

3. Monitoraggio dei ricoveri ospedalieri

Ambito della rilevazione

Il Decreto Ministeriale del 8 luglio 2010 n. 135 sul Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380, ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità per il monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri.

Il monitoraggio riguarda le prenotazioni dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

L'allegato 3 descrive il processo individuato per la misura dei tempi d'attesa dei ricoveri ospedalieri.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato SDO utili per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono:

Codice struttura: indica il codice della struttura di ricovero (compresi gli stabilimenti).

Il campo è di tipo alfanumerico di 8 caratteri.

Tipo di ricovero

Individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri di urgenza e dai ricoveri obbligatori. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= ricovero programmato non urgente

2= ricovero urgente

3= ricovero TSO

4= ricovero programmato con preospedalizzazione.

Pertanto il monitoraggio interesserà le prestazioni n. 1 (ricovero programmato non urgente) e n. 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione), con esclusione delle prestazioni n. 2 (ricovero urgente) e n. 3 (ricovero TSO).

Regime di ricovero

Il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno. Il codice a un carattere da utilizzare è il seguente:

1= regime di ricovero ordinario

2= regime di ricovero diurno (day-hospital/daysurgery)

Data di prenotazione

Indica la data in cui la richiesta di ricovero programmato è pervenuto all'operatore addetto alla prenotazione con conseguente iscrizione del paziente nella lista di attesa. Tale data deve corrispondere a quella riportata nei registri di ricovero, ex art. 3 comma 8 della Legge 724/94.

Classe di priorità

Il codice, ad un carattere, da utilizzare è il seguente:

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

Codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica

E' relativo agli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche che si sono effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2010-12 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

Data intervento chirurgico/ procedura diagnostico terapeutica

Indica la data in cui è stato eseguito l'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica.

Se la data di intervento non è presente si considera la data di ricovero più la degenza media preoperatoria regionale.

Si riportano di seguito le tabelle dei codici intervento per il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia	99.25	V58.1
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	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Interventi chirurgici tumore Mammella	Categoria 85.4	Categoria 174
50	Interventi chirurgici tumore Prostate	60.5	185
51	Interventi chirurgici tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 - 154
52	Interventi chirurgici 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 tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

Modalità e tempi di trasmissione

Il monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso SDO al NSIS, con le tempistiche previste dal citato DM del 8 luglio 2010 n. 135, a partire dal **1 luglio 2010**.

Il monitoraggio avverrà a partire dai dimessi dell'ultimo trimestre 2010 e consisterà nel verificare la presenza di data di prenotazione e classi di priorità. In particolare la completezza di trasmissione dei campi data di prenotazione e classe di priorità deve essere pari al 50% nell'ultimo trimestre 2010; al 70% nel 2011 e al 90% nel 2012.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del monitoraggio

La rilevazione afferisce alle sospensioni delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole. In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente.

Il monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2010-12 erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. .

Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice identificativo del raggruppamento di prestazioni basato sulla classificazione delle prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012 al paragrafo 3.1	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti indicati nella tabella riportata all'Allegato 4.

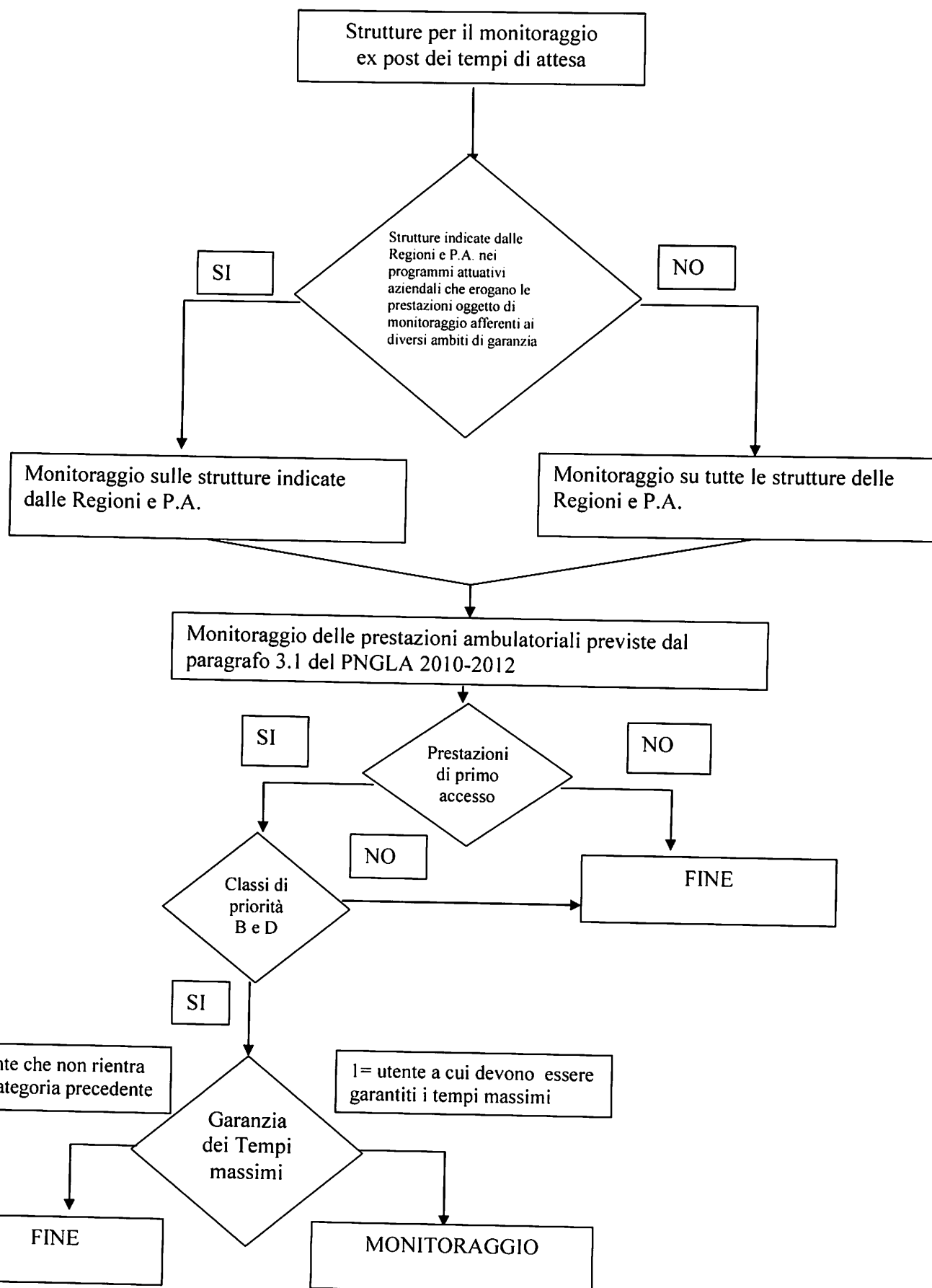
Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato all'allegato 5 a partire dal **1 gennaio 2011**. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al NSIS, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi.

Fino al 1° semestre 2011 il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione si svolgerà secondo le modalità ed i tempi già previsti nel PNCTA 2006-2008, mentre, a partire dal II semestre 2011 sarà individuata, tramite una sperimentazione (così come indicato nelle linee guida per la Certificazione LEA al punto F2), una nuova modalità di raccolta delle informazioni relative al suddetto ambito di monitoraggio.

ALLEGATI

Allegato 1 – Flowchart per il monitoraggio ex post

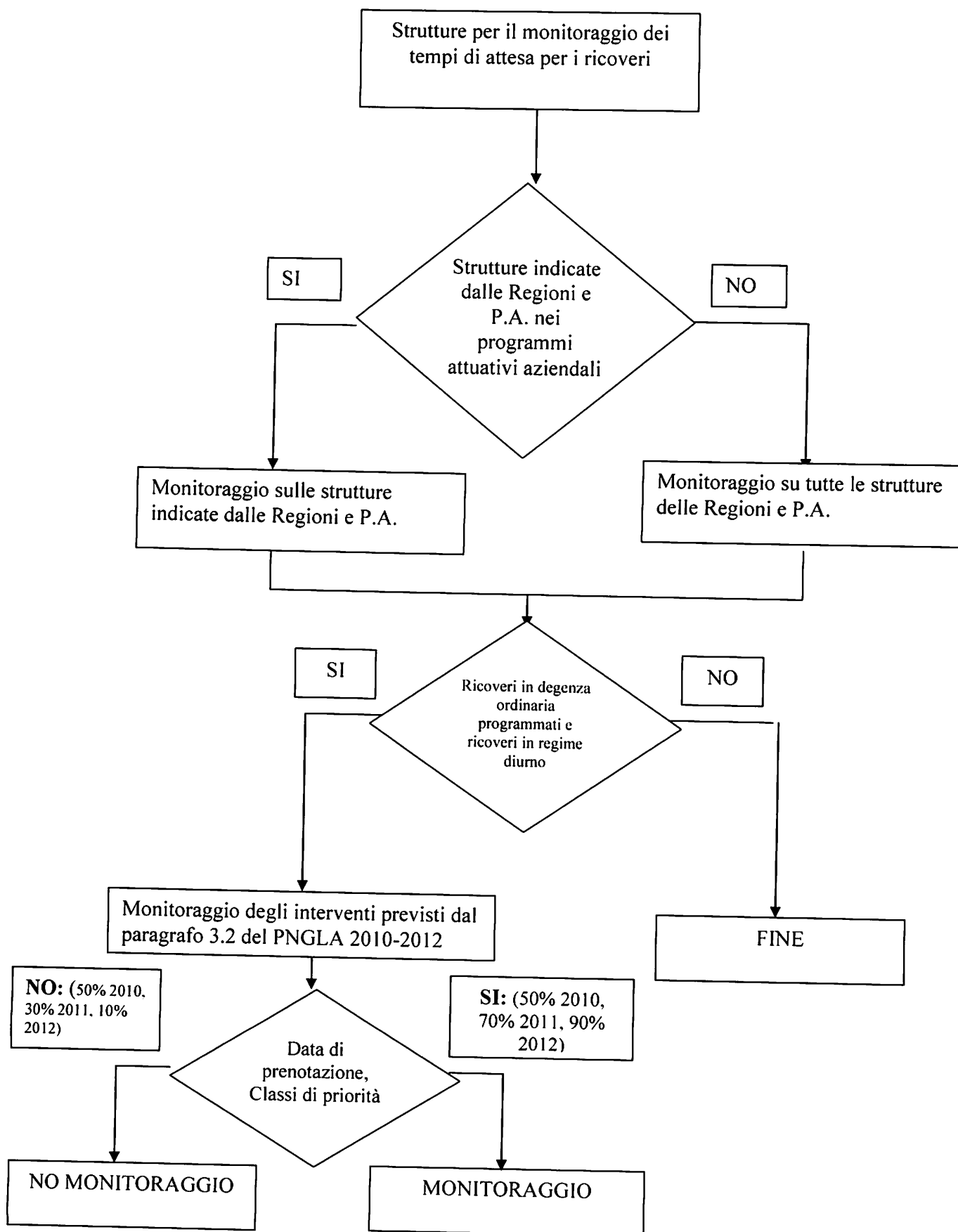


Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
ASL	<i>Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase I)</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	<i>Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)</i>

[illegible]

Allegato 3 – Flowchart per il monitoraggio dei ricoveri



Allegato 4 - Codice raggruppamento prestazioni ambulatoriali oggetto di sospensione

Codice raggruppamento	Prestazioni oggetto di monitoraggio	Codici tabella 46 prestazioni indicate dal PNGLA 2010-2012	Codice nomenclatore
1.1	visita cardiologica	1	89.7
1.2	visita chirurgia vascolare	2	89.7
1.3	visita endocrinologica	3	89.7
1.4	visita neurologica	4	89.13
1.5	visita oculistica	5	95.02
1.6	visita ortopedica	6	89.7
1.7	visita ginecologica	7	89.26
1.8	visita otorinolaringoiatra	8	89.7
1.9	visita urologica	9	89.7
1.10	visita dermatologica	10	89.7
1.11	visita fisiatrice	11	89.7
1.12	visita gastroenterologica	12	89.7
1.13	visita oncologica	13	89.7
1.14	visita pneumologica	14	89.7
2.1	Mammografia	15	87.37.1 - 87.37.2
2.2	TAC (con e senza contrasto)	16, 17, 18, 19, 20, 21, 22	87.41 - 87.41.1; 88.01.2 - 88.01.1; 88.01.4 - 88.01.3 88.01.6 - 88.01.5; 87.03 - 87.03.1 88.38.2 - 88.38.1; 88.38.5
2.3	RMN	23, 24, 25, 26	88.91.1 - 88.91.2; 88.95.4 - 88.95.5; 88.94.1 - 88.94.2; 88.93 - 88.93.1;
2.4	ecografia mammella	32	88.73.1 - 88.73.2
2.5	ecografia ostetrico-ginecologica	33	88.78 - 88.78.2;
2.6	Ecografie varie	27, 31	88.74.1 - 88.75.1 88.76.1; 88.71.4
2.7	ecocolordoppler	28, 29, 30	88.72.3; 88.73.5; 88.77.2;
3.1	Esami endoscopici	34, 35, 36	45.23; 45.25; 45.42; 45.24; 45.13 - 45.16;
3.2	ECG	37, 39	89.52; 89.41 - 89.43;
3.3	ECG Holter	38	89.50
3.4	Audiometria	40	95.41.1
3.5	Spirometria	41	89.37.1 - 89.37.2
3.6	Fondo oculare	42	95.09.1
3.7	Elettromiografia	43	93.08.1
4.1	Chemioterapia ⁽¹⁾	44	99.25; V58.1
4.2	Biopsia percutanea del fegato ⁽¹⁾	46	50.11
4.3	Riparazione ernia inguinale ⁽¹⁾	48	53.0 - 53.10

(1) Per le regioni che erogano la prestazione prevalentemente o esclusivamente in regime ambulatoriale

Allegato 5 – Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere

Regione	<i>specificare denominazione Regione</i>
Anno di riferimento	<i>Indicare l'anno di riferimento</i>
Semestre di riferimento	

Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE
SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLE PROFESSIONI SANITARIE E
DELLE RISORSE UMANE DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

*<Spazio riservato per l'apposizione
dell'etichetta di protocollo>*

Assessorati alla Sanità delle Regioni e
delle Province Autonome

LORO SEDI

OGGETTO: Aggiornamento Piano Nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA). Richiesta elementi informativi.

La gestione delle liste di attesa richiede interventi sinergici con tutti gli attori del SSN al fine di promuovere la capacità di intercettare tempestivamente il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di garantire la tempestività e l'efficacia dei LEA.

In tal senso sono in atto i lavori per il nuovo Piano Nazionale per il governo Liste d'attesa che fornirà indirizzi per dare una risposta efficace alle criticità riscontrate in questi anni sul territorio nazionale e consentire a tutti i cittadini l'accesso alle prestazioni nei tempi appropriati. Inoltre per assicurare il diritto di libera scelta del cittadino è altresì indispensabile garantire il controllo dell'attività Libero professionale intramuraria.

Affinché tale documento contribuisca a dare risposte concrete ai cittadini è necessario avere piena conoscenza del governo del fenomeno a livello regionale.

Si chiede pertanto di conoscere, con riferimento all'annualità 2017:

- se tutte le prestazioni da rendere in attività istituzionale sono effettivamente prenotate attraverso il Centro Unico di Prenotazione (CUP), e se allo stesso fanno capo tutte le "agende" delle strutture sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate; laddove non tutte le prestazioni vengano prenotate tramite il CUP, quale sia il numero di quelle prenotate attraverso il CUP, nonché il numero totale di tutte le prestazioni erogate, ad eccezione di quelle ad accesso diretto;
- qualora con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa individuati dal Piano regionale di governo delle liste d'attesa (PRGLA),

quali misure sono previste, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione, e se tali misure vengono effettivamente applicate, secondo quanto previsto dal PNGLA 2010 – 2012;

- quali iniziative sono state adottate per garantire un'adeguata conoscenza a tutti i cittadini delle attività e delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;
- quali sono le modalità e i criteri individuati nei piani previsti dall'articolo 1, comma 5, della legge n. 120 del 2007 e s.m., per la determinazione dei volumi di attività istituzionale e i volumi di attività libero professionale intramuraria, con riferimento alle singole unità operative, al fine di garantire, da un lato, il rispetto dei tempi massimi di attesa e dall'altro il principio della libera scelta del cittadino;
- se sono state stabilite le modalità di verifica dello svolgimento dell'ALPI previste dall'Accordo Stato Regioni 198 del 18 novembre 2010; nelle regioni in cui l'Organismo paritetico regionale previsto dall'articolo 3, comma 3, del medesimo Accordo non sia stato istituito, ovvero lo stesso non risulti pienamente funzionante, quali ne siano le ragioni;
- se sono stati attivati strumenti di controllo per verificare che tutte le prestazioni erogate in ALPI siano effettivamente prenotate attraverso l'infrastruttura di rete prevista dall'articolo 1, comma 4, lett. a bis) della legge n. 120 del 2007 e s.m.

Al fine di rendere omogenea la trasmissione della documentazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome si richiede di utilizzare le tabelle allegate corredate da una eventuale nota sintetica di accompagnamento. Per consentire un'agevole compilazione delle suddette tabelle, sarà cura delle scriventi Direzioni Generali trasmetterle, in formato Excel, attraverso e-mail ordinaria.

Considerata l'urgenza di procedere all'aggiornamento del Piano Nazionale di governo delle liste di attesa, si chiede di far pervenire le informazioni richieste entro 15 giorni, ai seguenti indirizzi:

dgprog@postacert.sanita.it; dgroups@postacert.sanita.it.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott.ssa Rossana Ugenti)*

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Andrea Urbani)*

**Firme apposte con modalità digitale, ai sensi dell'art. 15, comma 2 bis, L. n. 241/1990 e s.m.i.*

Puglia

Delib.G.R. 24-6-2011 n. 1397

Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per il triennio 2011-2013.

Pubblicata nel B.U. Puglia 12 luglio 2011, n. 109.

Delib.G.R. 24 giugno 2011, n. 1397 ⁽¹⁾.

Piano Regionale per il Governo dei Tempi d'Attesa per il triennio 2011-2013 ⁽²⁾.

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 12 luglio 2011, n. 109.

(2) Vedi, anche, la *Delib.G.R. 5 dicembre 2011, n. 2701*, la *Delib.G.R. 28 novembre 2011, n. 2671* e la *Delib.G.R. 18 marzo 2014, n. 479*.

L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate responsabile della P.O. Assistenza riabilitativa e Residenze socio-sanitarie e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e dal Dirigente del Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria dell'Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità, riferisce quanto segue:

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 definisce i livelli essenziali di assistenza da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

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.

Nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002, 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. 29 novembre 2001* con apposite linee-guida, di cui alla lettera b) del suddetto accordo.

Il *D.P.C.M. 16 aprile 2002* reca le Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, *allegato 5 al D.P.C.M. 29 novembre 2001*.

Nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell'11 luglio 2002, 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.

L'articolo 52, comma 4, lettera c della Legge 289/2002 dispone che, tra gli adempimenti a cui sono tenute, le Regioni provvedano all'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 di tali adempimenti e i risultati raggiunti.

L'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, 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.

L'intesa sancita dalla Conferenza nella seduta del 23 marzo 2005 dà attuazione all'*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.

L'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266, 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 contenimento dei tempi di attesa, da allegare alla medesima intesa e che contempli:

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;

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 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.

L'articolo 1, comma 282 della suddetta legge n. 266/2005, 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 per regolamentare i casi in cui la sospensione dell'erogazione sia legata a motivi tecnici dandone informazione semestrale al Ministero della Salute.

La sopra richiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 1 prevede che, per il triennio 2005 - 2007, le Regioni e le Province autonome assolvano 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.

Nella seduta del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano è stato approvato il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

La Regione Puglia ha assolto a tali adempimenti con l'adozione della *Delib.G.R. 4 agosto 2006, n. 1200* e della *Delib.G.R. 6 febbraio 2007, n. 68* con le quali è stato definito il Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2006-2008.

La sopra richiamata 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.

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 Ragioneria 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.

Sono stati considerati i risultati delle attività condotte dal Ministero della Salute e dall'AgeNaS nell'ambito dei Monitoraggi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006-2008.

La *Legge n. 120 del 3 agosto 2007* dà disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria.

L'aggiornamento del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/2003 attraverso il *D.M. 18 marzo 2008* del Ministero dell'Economia e Finanze ha previsto la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa in con attuazione di quanto previsto dal punto e) dell'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266.

Il decreto ministeriale 8 luglio 2010, n. 135 sul "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380" all'art. 1, comma 2, lett. b) prevede l'inserimento della data di prenotazione e della classe di priorità.

La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 ha siglato l'intesa sulle Linee guida nazionali del sistema CUP.

Il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 18 novembre 2010 ha siglato l'Accordo, ai sensi dell'*art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997*, concernente l'attività libero-professionale dei dirigenti medici, sanitari e veterinari del SSN.

L'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 2010-2012, di cui all'*articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010, prevede che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dall'emanazione delle "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali", prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Il Ministero della Salute, con nota prot. n. 0014288-P del 28 aprile 2011, ha emanato le "Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali", prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che le ha approvate in data 25 marzo 2011 ed ulteriormente modificate in data 31 marzo 2011.

L'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria (AReS) ha formulato la proposta tecnica del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa.

Pertanto, si propone di approvare il Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013, che costituisce l'Allegato A e che fa parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.

Copertura finanziaria

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria né di entrata né di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta, ai sensi della *L.R. n. 7/1997* e della *L.R. n. 7/2004*, l'adozione del conseguente atto finale.

La Giunta

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore alle Politiche della Salute;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento da parte del Responsabile della P.O. Assistenza Riabilitativa e Residenze socio-sanitarie, dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica e dal Dirigente del Servizio Accreditamento Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge;

Delibera

[Testo della deliberazione]

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta, e conseguentemente:

1) di approvare l'*allegato A*), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente Atto, contenente il "Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013", in attuazione dell'art. 9 dell'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 2010-2012, di cui all'*articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 28 ottobre 2010;

2) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici adottino il proprio piano attuativo aziendale, in conformità agli Indirizzi in materia di governo delle liste e dei tempi d'attesa contenuti nell'*Allegato A*), entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente Atto sul B.U.R. della Regione Puglia;

3) di stabilire che i piani attuativi adottati dalle Aziende sanitarie locali riguardino anche le strutture private accreditate in accordo contrattuale con il Servizio Sanitario Regionale, le quali devono adeguarsi tempestivamente, per quanto di propria competenza, a quanto contenuto nel presente atto;

4) di disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e gli Enti Ecclesiastici inviino il piano attuativo all'Assessorato alle Politiche della Salute ed all'AReS, entro venti giorni dalla sua approvazione;

5) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel B.U.R. della Regione Puglia.

Allegato A)

Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013 - 1. Premessa dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA)

Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all'erogazione delle prestazioni definite nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, 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 per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN 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, quindi, non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni.

A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d'attesa 2006-2008.

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

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra quanto indicato nei piani di governo delle liste d'attesa e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali e di quelli integrativi regionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive che per l'attività libero professionale intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e 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, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP.

Il PRGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizzi con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

2. Gli obiettivi del Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)

Il presente Piano, in coerenza con quanto specificamente indicato nel Piano Nazionale:

A) aggiorna l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali vengono, altresì, recepiti i tempi massimi di attesa relativi alle classi di priorità d'accesso alle prestazioni;

B) individua le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici (PDT) e fissa i relativi tempi massimi di attesa a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento;

C) promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva;

D) individua quali strumenti di rilevazione per il monitoraggio dei tempi di attesa:

- il flusso informativo dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali con modalità ex ante, basato sulla rilevazione semestrale in un periodo indice stabilito a livello nazionale;
- il flusso informativo con modalità ex post, attraverso il flusso ex *art. 50 della legge 326/2003* per le finalità di monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali, rendendo obbligatori i campi dei dati relativi alla tipologia di accesso per visite ed esami diagnostici (per differenziare le prestazioni di primo contatto con il SSN rispetto ai successivi controlli), alla classe di priorità indicata dal prescrittore e alla garanzia dei tempi massimi, che permette di distinguere tra chi accede alla garanzia dei tempi massimi e chi vi rinuncia, in conseguenza della libera scelta esercitata dall'utente che rifiuta la prima disponibilità offerta dal SSN;
- il flusso informativo SDO per le finalità di monitoraggio dei ricoveri ospedalieri;
- il flusso informativo dei tempi di attesa dei percorsi diagnostico terapeutici nell'area cardiovascolare e oncologica;
- il flusso informativo dei tempi d'attesa delle prestazioni erogate in libera professione intramuraria;
- il flusso informativo per il monitoraggio delle sospensioni dell'erogazione delle prestazioni;

E) individua, a garanzia della trasparenza e dell'accesso alle informazioni su liste e tempi di attesa, la necessità di procedere, in via sistematica, al monitoraggio della loro presenza sui siti web delle Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate (in merito a questo punto, si richiama quanto indicato nella sezione 5.1 Razionalizzazione ed ottimizzazione siti web nell'Allegato sub A) "Linee Guida per i siti web delle Aziende ed Istituti Pubblici del Servizio Sanitario Regionale e per l'utilizzo della posta elettronica certificata" alla Delib.G.R. 16 maggio 2011, n. 1101);

F) promuove l'acquisto delle prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti all'interno dell'Azienda sanitaria nell'ambito del governo delle liste d'attesa e prevede il monitoraggio dell'ALPI per verificare il previsto rispetto dell'equilibrio tra prestazioni rese dal professionista in regime istituzionale e, rispettivamente, in libera professione intramuraria;

G) promuove le attività informatizzate di prenotazione per le prestazioni erogate in libera professione, anche in osservanza a quanto previsto al paragrafo 2.3, punto 2.3.2 delle Linee guida nazionali sul sistema CUP, di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e di cui alla *Delib.G.R. n. 854/2010* e s.m.i.;

H) prevede le procedure ai fini della 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, di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, in relazione agli adempimenti previsti.

In particolare, il presente Piano fornisce alle Aziende Sanitarie, che dovranno recepirle entro il termine di sessanta giorni dalla sua emanazione, indicazioni per:

1. il governo della domanda di prestazioni, in particolare per promuovere un ricorso appropriato alle attività del SSN, attraverso diversi strumenti tra i quali, particolarmente, l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione, e il rispetto dei tempi e delle modalità previste dai sistemi di monitoraggio avviati;

2. la definizione e i criteri di utilizzo delle prestazioni richieste in classe P (Programmate);

3. la messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino le condizioni di erogabilità, con particolare riferimento:

a. all'utilizzo delle classi di priorità,

b. alla presenza del quesito diagnostico;

c. alla corretta identificazione delle prime visite e dei controlli;

4. la gestione razionale degli accessi, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, al fine di integrare in modo ottimale il complesso dell'offerta pubblica e privata accreditata con quello della domanda, anche per supportare la gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;

5. la definizione delle modalità alternative di accesso alla prestazione, nel caso in cui con l'ordinaria offerta aziendale non vengano garantite le prestazioni nei tempi massimi di attesa;

6. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa;

7. un'adeguata organizzazione delle attività in libera professione erogata dai professionisti per conto e a carico delle aziende, ai fini del contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni particolarmente critiche; nonché la verifica e il controllo delle prestazioni erogate in libera professione dai professionisti a favore e a carico dell'utente che ne fa richiesta, per le quali devono essere attivati percorsi di prenotazione differenziati rispetto alle prenotazioni in regime istituzionale, attraverso numeri telefonici, sportelli e agende dedicati;

8. lo sviluppo di iniziative di Information & Communication Technologies che prevedano lo sviluppo di funzionalità automatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti e uso della telemedicina;

9. l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa in coerenza con quanto previsto nel PNGLA e da questo Piano, promuovendo la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza delle attività svolte dalle strutture erogatrici e delle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni;

10. pubblicare l'andamento dei tempi e delle liste di attesa secondo quanto previsto dal PNGLA e da questo Piano;

11. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni.

3. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa

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.

Per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito, per le diverse classi di priorità, almeno al 90% degli utenti che ne fanno richiesta, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano Attuativo Aziendale (PAA).

3.1 Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità

Rispetto all'impostazione del Piano Nazionale per il triennio 2006-2008, la **principale novità** di questo PNGLA riguarda l'organizzazione delle agende, poiché dalla gestione della garanzia di tempi massimi per alcune prestazioni da assicurare a particolari categorie di pazienti, si passa alla **gestione degli accessi secondo fasce temporali coerenti con le classi di priorità**.

Il precedente Piano Regionale (definito con *Delib.G.R. n. 1200/2006* e con *Delib.G.R. n. 68/2007*), avendo come obiettivo quello di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per alcune categorie di pazienti (pazienti oncologici, cardiopatici, anziani e dell'area materno-infantile), aveva fornito l'indicazione ai prescrittori di contrassegnare tali richieste con codice G (con il significato di "prestazione garantita"). Quelle indicazioni non hanno più, quindi, validità con il presente Piano, poiché il tempo massimo per l'esecuzione delle prestazioni assistenziali (in regime ambulatoriale e di ricovero) non è più correlato all'appartenenza degli utenti ad una particolare categoria di pazienti, ma viene definita attraverso un sistema di accesso secondo criteri correlati alla gravità della condizione clinica presente al momento della prescrizione. In sostanza, al cittadino che prenota una prestazione deve essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa esclusivamente secondo la classe di priorità della prestazione, a prescindere dal fatto che il paziente sia incluso o meno in una particolare categoria di pazienti.

La letteratura sulla gestione dei tempi di attesa è di recente comparsa e possono essere molteplici gli spunti per la determinazione delle classi di priorità. Tenendo conto che i LEA devono essere attuati in maniera omogenea sul territorio nazionale, si è condiviso un sistema di classificazione unico nazionale,

individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. I **codici di priorità per le attività ambulatoriali, da siglare nel campo 26 della ricetta**, indicano i tempi entro i quali devono essere erogate le prestazioni e sono (così come previsti per il flusso ex art. 50 legge 326/2003 e smi) i seguenti:

U (Urgente):	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve):	da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile):	da eseguire entro: - 30 giorni per visite - 60 giorni per accertamenti diagnostici
P (Senza priorità):	prestazione programmata

Vi è da sottolineare che, a regime del nuovo PNGLA, i codici di priorità dovranno essere indicati per tutte le prestazioni LEA, anche quelle non comprese nell'elenco delle prestazioni indicate dal PNGLA. Vi è, tuttavia, l'urgenza di avviare un uso sistematico dei codici di priorità per l'elenco delle prestazioni individuate dal PNGLA, poiché esse sono quelle soggette a monitoraggio specifico. I criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni dell'11.7.2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali vengono riportati nella seguente tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INDICAZIONI
CLASSE A corrispondente al codice di priorità B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B corrispondente al codice di priorità D	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C corrispondente al codice di priorità P	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi secondo la programmazione indicata.

In considerazione dei criteri sopra elencati, è evidente che il **codice U (relativo alle urgenze)**, che in relazione a quanto previsto dall'*art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007, n. 120* va garantito **entro le 72 ore**, debba essere riferito a **condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica** e che la ratio della norma sia quella di liberare i Pronto Soccorso Ospedalieri da una domanda di prestazioni che, presentando le caratteristiche dell'urgenza differibile, può essere soddisfatta in un setting ambulatoriale, seppur entro tempi ristretti, in quanto appropriato rispetto al bisogno.

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

Nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN, quindi, deve essere previsto **l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità**.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

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
Diagnostica per Immagini		
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
Altri esami Specialistici		
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

3.2 Prestazioni in regime di ricovero

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, le esperienze maggiormente strutturate si ritrovano in Australia, Canada ed Inghilterra. La sperimentazione che più si avvicina alle necessità italiane e che ha riscontrato buoni risultati nelle sperimentazioni in alcune realtà nazionali è quella australiana dell'Advisory Committee on Elective Surgery, che ha definito i criteri per l'individuazione di priorità per i pazienti in lista di attesa per un intervento chirurgico di elezione.

Prendendo come riferimento tale esperienza e apportandovi delle modifiche che più sono consone alla nostra realtà nazionale, i criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni dell'11.7.2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni di ricovero ospedaliero vengono riportati nella seguente tabella:

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

Questa categorizzazione, nata per i ricoveri chirurgici, può comunque essere di riferimento anche per i ricoveri di tipo medico. Tenendo conto della relativa facilità di applicazione di tali classi, le A.S. devono attivarsi per applicare tali criteri per tutti i ricoveri elettivi, chirurgici e medici, provvedendo a sensibilizzare in maniera adeguata le strutture erogatrici in modo da garantirne l'applicazione.

Le prestazioni individuate dal PNGLA ricomprendono 5 prestazioni erogate prevalentemente in regime di ricovero diurno e 10 in regime in ricovero ordinario.

Per i ricoveri di cui alle tabelle sotto riportate, si deve assicurare l'uso sistematico delle classi di priorità:

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
44	Chemioterapia (1)	99.25	V58.1
45	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
46	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
47	Emorroidectomia	49.46	
48	Riparazione ernia inguinale (1)	- 53.10	

(1) Qualora la prestazione sia erogata prevalentemente od esclusivamente in regime ambulatoriale, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione (2)	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 tumore colon retto	45.7x - 45.8; 48.5 - 48.6	Categorie 153 -154
52	Interventi chirurgici tumori dell'utero	Da 68.3 a 68.9	Categoria 182
53	By pass aortocoronarico	36.10	
54	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
55	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
56	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
57	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	
58	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

(2) Qualora la prestazione venga erogata prevalentemente od esclusivamente in regime di day surgery o one day surgery, il monitoraggio deve riguardare tale setting assistenziale.

4. Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la definizione dei Piani aziendali

Il Piano Nazionale, al punto 9 dell'Intesa, ha previsto, a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, l'aggiornamento della precedente Linea Guida, già emanata in vigore del primo Piano nazionale, che definisce la metodologia di valutazione dei Piani regionali per il governo delle liste di attesa (PRGLA) ed individua gli elementi, con i relativi indicatori, per la verifica di coerenza dei Piani regionali con quello nazionale.

Così come è stato in occasione della Delib.G.R. 20 febbraio 2007, n. 68 con la quale è stata completata l'emanazione del primo Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa, con il presente atto, fermo restando gli indirizzi già formulati nei precedenti paragrafi, viene riproposto lo stesso schema di riferimento per la definizione degli adempimenti aziendali, in piena coerenza con la citata linea guida per la verifica degli adempimenti regionali.

La tabella allegata, riporta i criteri con i relativi indicatori di valutazione, secondo i seguenti raggruppamenti:

- A) Adozione formale del Piano Regionale sul contenimento dei tempi d'attesa
- B) Individuazione dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni di cui al punto 3 dell'Intesa
- C) Individuazione delle linee generali d'intervento per il contenimento dei tempi d'attesa, degli impegni e previsione di programmi e iniziative per il perseguimento degli obiettivi previsti dal PNGLA
- D) Predisposizione di procedure obbligatorie inerenti le attività di ricovero
- E) Individuazione degli indirizzi uniformi per la predisposizione di programmi attuativi aziendali e per le attività di monitoraggio degli stessi
- F) Attuazione monitoraggi sopra indicati.

Tabella **Criteri di valutazione dei PRGLA e dei Piani attuativi aziendali**

Scarica il file

Puglia

Delib.G.R. 18-3-2014 n. 479

Delib.G.R. n. 1397/2011. Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Approvazione delle "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

Pubblicata nel B.U. Puglia 2 aprile 2014, n. 45.

Delib.G.R. 18 marzo 2014, n. 479 ⁽¹⁾.

Delib.G.R. n. 1397/2011. Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa. Approvazione delle "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione secondo criteri di priorità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali".

(1) Pubblicata nel B.U. Puglia 2 aprile 2014, n. 45.

L'Assessore al Wefare, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi, come confermata dal dirigente ad interim del Servizio Accreditamento e Programmazione e Sanitaria, riferisce quanto segue:

Premesso che:

- l'*art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311*, dispone che l'accesso da parte delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato del fondo sanitario, di cui al comma 164 del medesimo articolo 1, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'*art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131*, che contempli specifici adempimenti, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica;

- la suddetta Intesa è stata sancita nella Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271);

- la sopra richiamata Intesa ha previsto all'*art. 9* l'istituzione presso il Ministero della Salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) 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.

- l'intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2010-2012, di cui all'*articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266*, siglata dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28/10/2010, ha previsto che le Regioni adottino il proprio Piano regionale entro sessanta giorni dall'emanazione delle "*Linea guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali*", prodotte dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);

- sulla base della proposta tecnica formulata dall'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'Agenzia Regionale Sanitaria (A.Re.S.), con *Delib.G.R. n. 1397 del 24 giugno 2011* è stato approvato il "*Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-2013*", in attuazione dell'art. 9 della suddetta Intesa;

Considerato che:

- una delle principali novità del suddetto PNGLA ha riguardato l'organizzazione delle agende transitando ad un modello di gestione degli accessi secondo fasce di attesa coerenti con le classi di priorità;

- è stato condiviso un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale;

- i codici di priorità per le attività ambulatoriali, da valorizzare in ricetta a cura del medico prescrittore nell'apposito campo, sono i seguenti:

1) URGENTE (U), da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

2) BREVE (B), da eseguire entro 10 giorni;

3) DIFFERIBILE (D), da eseguire entro 30 giorni per visite e 60 giorni per accertamenti diagnostici;

4) PROGRAMMATA (P), prestazione programmata, senza priorità, su indicazione del prescrittore.

- tra gli adempimenti previsti ai fini della verifica annuale dei livelli di assistenza erogati, vi è il monitoraggio *ex post* dei tempi di attesa attraverso il flusso informativo previsto dal comma 5 dell'*art. 50 del D.L. 269/2003*, convertito con modificazioni in *L. n. 326/2003*;

- nonostante i codici di priorità rappresentino una delle chiavi principali per governare adeguatamente le liste di attesa, garantendo tempi adeguati in relazione ai reali e contingenti bisogni di salute dei cittadini, dall'analisi dei dati del suddetto flusso informativo si rileva che in Regione Puglia solo il 3% delle ricette presenta tale campo selezionato da parte del medico prescrittore e che tale valore è di gran lunga inferiore a quanto atteso nell'ambito della verifica annuale dei LEA da parte del suddetto Comitato;

- la riduzione delle liste di attesa può essere perseguita in maniera efficace incidendo non solo sull'offerta, ma anche sulla regolamentazione della domanda, sia migliorando l'appropriatezza prescrittiva, sia discriminando le prescrizioni (e le relative erogazioni) a seconda del livello di urgenza delle stessa determinato dalle classi di priorità;

Rilevato che:

- con nota del 28/11/2013 il Direttore pro tempore dall'Area Accreditamento, Qualità e Ricerca dell'A.Re.S., in qualità di referente tecnico regionale dei tempi di attesa ai sensi della *Delib.G.R. n. 2671/2011*, ha proposto all'Area Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle Pari Opportunità della Regione Puglia l'adozione del documento denominato "*Manuale delle specifiche cliniche per l'accesso secondo criteri di Priorità alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali*", avente lo scopo di facilitare l'uso in fase prescrittiva dei codici di priorità per

l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in linea con quanto stabilito dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, così come recepito con *Delib.G.R. n. 1397/2011* dal conseguente Piano Regionale;

- il suddetto documento, basandosi sul modello di gestione degli accessi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base a criteri di priorità clinica secondo il modello dei Raggruppamenti d'Attesa Omogenei (RAO) già in uso in altre realtà regionali, ha lo scopo di supportare i prescrittori nell'indicazione più corretta delle priorità soprattutto per i pazienti che manifestano per la prima volta un problema clinico;

- con nota prot. AOO_081/4393 del 3 dicembre 2013 il suddetto documento è stato inviato alle Aziende ed Istituti pubblici del SSR, nonché alle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative dei medici prescrittori (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali convenzionati, dirigenza medica) per una condivisione preliminare, richiedendo di comunicare eventuali osservazioni allo stesso;

- sono pervenute osservazioni da parte della ASL LE, dalla ASL BR e dalla ASL BT, nonché da parte della FIMMG Puglia e dello SMI Puglia, in parte recepite nella revisione del documento contestualmente ad ulteriori modifiche operate dalle strutture regionali;

- il suddetto documento è stato rinominato "*Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*";

- si rende necessario incrementare sensibilmente il numero di ricette, relative al cosiddetto "primo accesso", aventi l'indicazione da parte del medico prescrittore del codice priorità sia per garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA, sia per raggiungere i livelli previsti, come evidenziato in fase di verifica dei LEA.

Per tutto quanto sopra esposto si propone alle valutazioni della Giunta Regionale di:

- approvare il documento "*Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali*", allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

- disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici, nonché le strutture private accreditate si conformino all'utilizzo delle suddette linee guida in modo che siano applicate da parte dei medici prescrittori e dalle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate;

- dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di monitorare su base semestrale l'applicazione delle suddette linee guida, di concerto con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici presenti nel proprio territorio, e di trasmettere i risultati del suddetto monitoraggio al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

- dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria di proporre eventuali modifiche o integrazioni al suddetto documento, alla luce delle evoluzioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa in fase di revisione e delle eventuali richieste da parte delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR.

SEZIONE COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DELLA L.R. n. 28/01 E SUCCESSIVE MODIFICHE ED INTEGRAZIONI

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

La presente proposta di deliberazione viene sottoposta all'esame della Giunta regionale ai sensi dell'*art. 4, comma 4, lett. a), della L.R. 4 febbraio 1997, n. 7.*

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, propone alla Giunta regionale l'adozione del conseguente atto finale.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal dirigente dell'Ufficio Sistemi Informativi e Flussi Informativi e dal dirigente del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;

A voti unanimi espressi nei modi di legge.

Delibera

[Testo della deliberazione]

di approvare la relazione dell'Assessore proponente così come in narrativa indicata, che qui si intende integralmente trascritta, e conseguentemente di:

1. approvare il documento "Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali", allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;
2. disporre che le Aziende Sanitarie Locali, le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici, nonché le strutture private accreditate si conformino all'utilizzo delle suddette linee guida in modo che siano applicate da parte dei medici prescrittori e dalle strutture erogatrici pubbliche e private accreditate;
3. dare mandato alle Aziende Sanitarie Locali di monitorare su base semestrale l'applicazione delle suddette linee guida, di concerto con le Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS pubblici presenti nel proprio territorio, e di trasmettere i risultati del suddetto monitoraggio al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria;
4. dare mandato al Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria di proporre eventuali modifiche o integrazioni al suddetto documento, alla luce delle evoluzioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa in fase di revisione e delle eventuali richieste da parte delle Aziende ed Istituti pubblici del SSR;
5. disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia.

Allegato

Linee guida per la prescrizione e la prenotazione, secondo criteri di priorità, delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

1. Introduzione

I Piani Regionali per il Governo delle Liste d'Attesa ⁽²⁾, sinora adottati dalla Regione Puglia, hanno fornito alle Aziende Sanitarie indirizzi per la gestione delle liste d'attesa, sottolineando, in particolare, l'importanza di assicurare appropriatezza alla domanda di prestazioni e, contemporaneamente, di correlare gli accessi a criteri di priorità in relazione ai bisogni clinico-assistenziali degli utenti.

L'obiettivo è stato e rimane quello di promuovere la capacità del Servizio Sanitario Regionale (SSR) di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

A tal fine, vi è la necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori.

In particolare, le presenti linee guida hanno lo scopo di promuovere l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase della prescrizione sia della prenotazione. Questa modalità di accesso rappresenta l'unica possibilità per assicurare il rispetto dei tempi d'attesa in coerenza con i bisogni, in coerenza con i sistemi di monitoraggio attuali, che sono previsti per verificare sia la garanzia dei LEA che l'attuazione di strategie gestionali a livello regionale ed aziendale.

1.1. Prestazioni ambulatoriali e relative classi di priorità

La principale novità del Piano Nazionale per il Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) del 2010-12 ha riguardato l'organizzazione delle agende, poiché dalla gestione della garanzia di tempi massimi per alcune prestazioni da assicurare a particolari categorie di pazienti, com'era previsto dal precedente Piano nazionale, si è transitato ad un modello di **gestione degli accessi secondo fasce temporali coerenti con le classi di priorità**.

Tenendo conto che i LEA devono essere assicurati in maniera omogenea sul territorio nazionale, si è condiviso un sistema di classificazione unico nazionale, individuando il numero di classi e il loro significato, in maniera distinta per l'attività di ricovero e ambulatoriale. I **codici di priorità** per le attività ambulatoriali, **da valorizzare nell'apposito campo della ricetta**, che indicano i tempi entro i quali devono essere erogate le prestazioni, sono i seguenti:

U (Urgente):	da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve):	da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile):	da eseguire entro: - 30 giorni per visite - 60 giorni per accertamenti diagnostici
P (Senza priorità/ Programmata):	Prestazione programmabile su indicazione del prescrittore. Le prestazioni contraddistinte da P, nel caso di primo accesso, rappresentano quelle prestazioni non ascrivibili alle classi U, B e D in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico/prognosi del paziente.

La *Delib.G.R. n. 1397/2011* ha specificato che il codice **P** può essere utilizzato sia per il primo accesso sia per i controlli programmati: è il prescrittore che indica nella richiesta il tempo previsto per la prestazione, che deve essere superiore ai tempi previsti per la classe di priorità D.

Qualora la richiesta contenga la classe di priorità P, deve essere assegnato il tempo indicato dal prescrittore, ovvero, in assenza di un tempo determinato dal prescrittore, assegna deve essere assegnata la prima data utile in coda alle liste degli erogatori individuati dall'ASL per la garanzia dei tempi d'attesa (ovvero di qualsiasi agenda, se la ASL non ha effettuato tale scelta).

Sebbene a regime del nuovo PNGLA, i codici di priorità dovranno essere indicati per tutte le prestazioni LEA, vi è l'**urgenza di avviare un uso sistematico dei codici di priorità per l'elenco delle prestazioni indicate dal PNGLA**, poiché esse sono quelle **individuate come critiche rispetto ai tempi d'attesa** e, quindi, soggette a monitoraggio specifico.

I criteri clinici che l'Accordo Stato-Regioni del 11 luglio 2002 ha individuato per la prescrizione delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali vengono riportati nella seguente tabella:

CLASSE DI PRIORITÀ PER PRESTAZIONI AMBULATORIALI	INDICAZIONI
CLASSE A corrispondente al codice di priorità B	Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. Da eseguirsi entro 10 giorni
CLASSE B corrispondente al codice di priorità D	Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali
CLASSE C corrispondente al codice di priorità P	Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi secondo la programmazione indicata.

In considerazione dei criteri sopra elencati, è evidente che il **codice U (relativo alle urgenze)**, che in relazione a quanto previsto dall'*art. 1 comma 4 lett. d) della legge 3 agosto 2007 n. 120* va garantito entro le **72 ore**, debba essere **riferito a condizioni di particolare rilevanza e gravità clinica** e che la *ratio* della norma sia quella di liberare i Pronto Soccorso Ospedalieri da una domanda di prestazioni che, presentando le caratteristiche dell'urgenza differibile, può essere soddisfatta in un *setting* ambulatoriale anche extra-ospedaliero, seppur entro tempi ristretti, in quanto appropriato rispetto al bisogno.

Ai fini del **monitoraggio nazionale** dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali sono presi in considerazione **esclusivamente i primi accessi (prime visite e prestazioni diagnostiche/terapeutiche)**, ovvero quelle prestazioni che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto, mentre sono esclusi tutti gli accessi successivi (prestazioni di controllo) e le prestazioni di *screening*.

Nelle Linee Guida del Ministero della Salute per il **monitoraggio ex ante** si specifica che:

- un **primo accesso** corrisponde ad una prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico;
- un **accesso successivo** corrisponde ad una visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo e follow up.

Ne consegue che, ai fini di una corretta rilevazione dei dati per la verifica del rispetto dei tempi d'attesa, nelle procedure di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSR (di cui all'elenco sottostante), deve essere assicurato l'uso sistematico dell'indicazione di prima visita e controllo, del quesito diagnostico e delle classi di priorità.

In particolare, sono oggetto di monitoraggio 14 visite specialistiche e 29 prestazioni di diagnostica strumentale, di seguito elencate:

VISITE SPECIALISTICHE			
Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Disciplina
1	Visita cardiologia	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
Diagnostica per Immagini		
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
Altri esami Specialistici		
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

Negli ultimi anni in alcune ASL della Regione, specificamente nelle ASL di Lecce e Brindisi (sebbene in quest'ultima limitata ai codici U) si è avviata un'esperienza di regolamentazione degli accessi per priorità clinica in relazione a specifiche condizioni cliniche. Queste due ASL, sia nei monitoraggi nazionali effettuati nei periodi indice per la misurazione dei tempi d'attesa ex ante sia in quelli che autonomamente a livello regionale, risultano avere le più alte percentuali di ricorso dei prescrittori all'indicazione delle priorità.

In particolare, nella ASL di Lecce è stato utilizzato un Manuale che ha individuato le specifiche cliniche per l'accesso relativamente a tutti i codici di priorità, utilizzando esperienze sviluppate in altre Regioni/P.A., che hanno definito i **Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO)** per la classificazione dei bisogni degli utenti in termini di tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali.

Le presenti linee guida, definite sulla scorta di quelle esperienze, serve hanno lo scopo di sostenere i prescrittori nell'indicazione più corretta delle priorità soprattutto per i pazienti che manifestano per la prima volta un problema clinico. Per i pazienti cronici, infatti, i processi evolutivi delle patologie sono in buona misura prevedibili e, quindi, gli accessi ai controlli programmati sono "governabili", utilizzando agende dedicate, purché il paziente sia gestito clinicamente secondo protocolli assistenziali correlati a percorsi diagnostico-terapeutici definiti in ambito distrettuale e secondo modelli di presa in carico dei piani di cura ad essi correlati.

1.2. Principi generali

Le presenti linee guida assumono come punto di riferimento la Delib.G.R. Puglia 24 giugno 2011, n. 1397 e si rifanno al modello di gestione degli accessi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali in base a criteri di priorità clinica secondo il modello dei RAO, introdotti per la prima volta circa 20 anni fa nella P.A. di Trento e già in uso presso altre realtà regionali. (*"Tempi di attesa e Priorità in Sanità"* - Giuliano Mariotti - ed. Franco Angeli).

Il modello dei RAO parte dal principio che i tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali devono essere differenziate e specificamente raggruppati in 5 categorie, in relazione ad oggettive condizioni (già diagnosticate o sospette) di iso-urgenza e di iso-rilevanza (importanza e urgenza clinica).

L'appartenenza allo specifico gruppo RAO deve essere codificata dal medico prescrittore mediante la valorizzazione, di una delle 4 lettere "di codice" (U, B, D e P), a ciascuna delle quali corrisponde uno specifico tempo massimo d'attesa, come si è già avuto modo di indicare. Oltre a barrare la specifica lettera di codice, il medico deve indicare necessariamente parole chiave che servano ad orientare l'erogatore rispetto al problema da gestire. In particolare, le parole chiave corrispondono alla condizione clinica ovvero al sospetto diagnostico che giustifica il ricorso alla priorità.

Ad integrazione delle priorità cliniche previste dal modello dei RAO, le presenti linee guida prevedono la presa in carico anche di alcune situazioni di fragilità

socio-sanitaria e sociale, che sono state inserite stabilmente come categorie prioritarie per tutte le prestazioni ambulatoriali:

- Gruppo U:

- assistiti ultranovantenni (il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita: ad es. sono ammessi alla priorità nell'anno 2013 i nati nel 1923).

- assistiti di età compresa tra 0 e 14 anni, con disabilità o patologia cronica grave.

- Gruppo B:

- assistiti ultraottantacinquenni (analogamente a quanto detto per gli ultranovantenni, il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita).

- gestanti con gravidanza presso il termine.

Come previsto dalla *Delib.G.R. n. 1397/2011*, le **prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo** (anche quelle non incluse nell'elenco di cui in precedenza) devono essere prescritte ed assicurate con classe di priorità D, mentre quelle **per il mantenimento attivo in lista** devono essere tempestivamente prescritte con classe di priorità P ed assicurate entro il tempo indicato dal medico richiedente: per tali prestazioni i prescrittori devono chiaramente specificare nella ricetta il motivo della richiesta (Inserimento o Mantenimento in Lista d'attesa per trapianto d'organo).

È necessario, ovviamente, escludere dal ricorso alle prestazioni prioritarie ambulatoriali quelle condizioni nelle quali il rischio clinico è troppo elevato. Per alcune condizioni, a monte della 4 classi di priorità, è stato definito un quinto gruppo, che prevede la necessità e l'urgenza del ricorso immediato al Pronto Soccorso Ospedaliero, definito quale Classe UND o delle **Urgenze Non Differibili**, anche questa codificata da specifiche parole chiave per ogni tipologia di prestazione richiesta.

1.3. Monitoraggio sull'uso delle priorità

L'introduzione dei codici di priorità per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali critiche, di cui all'elenco precedente, richiede l'attivazione di un processo di monitoraggio, secondo metodiche condivise tra gli stessi prescrittori (medici di medicina generale e specialisti) ed erogatori delle prestazioni (specialisti), circa l'appropriatezza nell'uso dei criteri definiti nel presente Manuale. Tale condivisione deve realizzarsi in un confronto tra pari.

Per consentire tale valutazione di appropriatezza, si può fare ricorso ad una metodica già utilizzata presso le realtà ove sono stati implementati i codici di priorità, che è definita come "**Misurazione dei valori dell'indice di concordanza per la prestazione specialistica richiesta come prioritaria**".

Le modalità di monitoraggio sono due:

- Verifica a monte della corretta utilizzazione delle parole chiave: per tale modalità è necessario effettuare una verifica circa la corrispondenza tra parola chiave indicata e codice di priorità prescritto.

- Verifica da parte del medico specialista (all'atto dell'esecuzione della prestazione) della sussistenza delle condizioni ascrivibili alle parole chiave utilizzate: tale modalità di valutazione è particolarmente indicata per le prestazioni diagnostiche radiologiche e strumentali, preferibilmente prima dell'esecuzione.

La seconda modalità appare quella più sostenibile, in relazione all'impegno di risorse professionali necessarie.

In tutti i casi, le ASL devono attivare forme di valutazione/verifica circa l'appropriatezza d'uso dei codici di priorità, secondo il metodo della concordanza tra specialisti, che erogano la prestazione, e prescrittori.

È compito della ASL elaborare i dati di concordanza rilevati. Tali dati, al di là della valutazione che deve essere effettuata sui comportamenti prescrittivi, devono essere discussi tra operatori (audit), affinché siano avviate forme correttive di eventuali inappropriatezze.

L'analisi della concordanza è effettuata **semestrale** a cura di ogni singola Azienda Sanitaria Locale che provvede a relazione agli uffici regionali competenti. A tal fine il Direttore Generale istituisce un apposito gruppo di lavoro costituito da rappresentanti dei medici prescrittori e specialisti coordinato dalla Direzione Sanitaria. Nelle Aziende Sanitarie Locali nelle quali insistono IRCCS pubblici e Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU) il suddetto gruppo di lavoro è integrato con rappresentanti dei medici specialisti degli IRCCS e delle AOU, individuati dalle Direzioni sanitarie degli stessi Enti.

In base a tale procedura, i medici prescrittori saranno suddivisi in tre distinti gruppi, in base ai livelli di concordanza rilevata:

- Livello di appropriatezza ottimale: valori di concordanza superiori al 90%.
- Livello di appropriatezza accettabile: valori di concordanza compresi tra il 60% e l'89%.
- Livello di appropriatezza critica: valori di concordanza inferiori al 60%.

Inoltre, il gruppo di lavoro si esprimerà in merito alla segnalazione ed alle raccomandazioni da inviare ai medici autori di palesi e reiterate discordanze.

2. Procedura Operativa

2.1. Scopo

Al fine di ottemperare a quanto previsto dall'Accordo Conferenza Stato Regioni del 28 ottobre 2010 (pubblicato sulla GU n. 274 del 23/11/2010) e dalla *Delib.G.R. n. 1397 del 24 giugno 2011* ed organizzare l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo "PRIORITÀ CLINICHE" si definisce una nuova organizzazione dei servizi specialistici poliambulatoriali e una modalità prescrittiva basata su tempi di attesa differenziati per singola prestazione in base al bisogno clinico dell'utente. A tal fine sono stati individuati raggruppamenti di attesa omogenei (RAO) per ogni singola visita specialistica, prestazioni strumentali e altri esami specialistici individuati nella *Delib.G.R. n. 1397/2011*.

2.2. Campo di applicazione

Le indicazioni di cui al presente documento si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate presso le strutture pubbliche e private

accreditate, prescritte da tutti i medici dipendenti e convenzionati su ricettario del Servizio Sanitario Regionale.

2.3. Titolarità Prescrittiva

L'utilizzo del ricettario ⁽³⁾ del SSN è riservato ai medici, dipendenti del SSN o convenzionati (MMG, PLS, Medici specialisti convenzionati interni) e, in limitati casi specifici definiti dal *Reg. reg. n. 17/2003* e da Deliberazioni della Giunta Regionale, ai medici di strutture private accreditate nell'ambito esclusivo dei rispettivi compiti istituzionali. È escluso l'utilizzo del ricettario SSN da parte di medici dipendenti o specialisti ambulatoriali convenzionati per prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero - professionale intra o extra muraria e ai medici di strutture accreditate private, ad eccezione dei limitati casi specifici sopra indicati. Per quanto non esplicitamente indicato, si rinvia alle disposizioni contenute nel *Reg. reg. n. 17/2003*.

2.4. Modalità di compilazione della richiesta di prestazione specialistica

1. PRIMA VISITA/ESAME Specialistica/o

Per **prima visita/primo esame strumentale** si intende la visita/esame in cui il problema del paziente viene affrontato per la prima volta con compilazione di una documentazione scritta (cartella clinica o scheda). È tale anche la visita o prestazione erogata da specialista diverso dal primo osservatore, necessaria per effettuare la definizione e l'inquadramento diagnostico.

Inoltre sono considerate prime visite/esami quelle effettuate nei confronti di pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva ed una rivisitazione della terapia in atto.

Il medico prescrittore ha l'obbligo di segnalare sulla ricetta che si tratta di prima visita/esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

2. VISITA SUCCESSIVA O DI CONTROLLO/2° ESAME SPECIALISTICO

Per **visita successiva o "di controllo"** si intende:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo inquadramento diagnostico 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 necessita di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Il medico prescrittore ha l'**obbligo** di segnalare sulla ricetta che si tratta di seconda visita/esame strumentale (vedi modalità di prescrizione).

Casi particolari: Se nell'ambito della stessa struttura, un paziente viene visitato per lo stesso problema da due medici diversi in tempi diversi, queste non possono essere considerate entrambe come prime visite. È, tuttavia, fortemente raccomandato che l'organizzazione della struttura consenta processi di presa in carico e gestione del PDTA da parte dello stesso specialista ovvero dallo stesso team di cura, per assicurare coerenza nel processo di prima definizione diagnostica e continuità nel follow-up del paziente. Nel caso in cui un paziente si presenti in una struttura per la prima visita ed in un'altra struttura per la visita successiva, queste prestazioni sono da considerarsi entrambe **prime visite** anche se riguardano lo stesso problema, poiché in entrambi i casi viene effettuata una prima valutazione dal un medico di quella struttura, con compilazione della documentazione clinica (tali casi devono essere ridotti al minimo in quanto è compito dello specialista effettuare la prescrizione con contestuale prenotazione della visita di controllo)

È **obbligo dello Specialista** la prescrizione della seconda visita/controllo e di qualunque ulteriore indagine reputata necessaria al fine del completamento dell'iter diagnostico e conseguente alla prestazione inizialmente richiesta.

Al fine di evitare i disagi ai pazienti e limitare il fenomeno delle prescrizioni indotte **sarà normalmente a carico del MMG l'impegnativa per le prime visite mentre sarà compito dello specialista redigere l'impegnativa, che non ha scadenza temporale, per il controllo programmato indicato nell'ultimo referto.**

È **obbligo del MEDICO PRESCRITTORE** indicare sulla richiesta il **quesito diagnostico**.

2.5. Modalità Operative

1. Le presenti indicazioni operative si applicano alle prestazioni specialistiche ambulatoriali descritte nelle Tabelle allegate, a partire dall'adozione del presente Manuale da parte della Giunta Regionale

2. Fino ad altra comunicazione ufficiale, i medici prescrittori devono prescrivere ai propri utenti le prestazioni di cui al punto 1 indicando, oltre alle informazioni già di norma comunicate, anche la tipologia di prescrizione, facendo anche riferimento alle indicazioni riportate nelle Tabelle allegate, barrando OBBLIGATORIAMENTE una delle caselle poste in alto a destra della ricetta regionale e dedicate appunto all'indicazione della priorità clinica (U, B, D, P) e indicando se trattasi di primo accesso o secondo accesso.

3. Ad ogni prestazione specialistica di cui al punto 1 prescritta secondo le modalità di cui al punto 2 corrisponderà un identico vincolo di tempo di attesa: urgenza differibile = da indirizzare al servizio tipo U entro 72 ore; tipo B = entro 10 giorni; tipo D = entro 30 gg. per visite/60 giorni per prestazioni strumentali; tipo P = prestazione programmata secondo l'indicazione formulata dal prescrittore.

4. Le singole prestazioni indicate al punto 1 utilizzano tutte o in parte i codici priorità indicati al punto 3. Per un uso corretto dei codici è raccomandato fare riferimento alle indicazioni nelle Tabelle allegate. Si sottolinea che le prescrizioni, se prive di codice priorità, verranno considerate di tipo P e, quindi, programmate nella prima data utile successiva ai limiti previsti per la Priorità di tipo D.

5. Il medico prescrittore deve OBBLIGATORIAMENTE indicare se trattasi di primo accesso/esame o secondo accesso/esame utilizzando il codice 1 se trattasi di

primo accesso/esame oppure 0 (zero) se trattasi di secondo accesso/esame. Tali codici devono essere anteposti, sulla ricetta, al quesito diagnostico anch'esso obbligatorio (vedi schemi successivi compilazione ricetta). Il criterio di definizione se trattasi di primo accesso o secondo è legato alla problematica clinica motivo della richiesta (vedi sopra).

6. Tutti gli operatori addetti alla prenotazione che riceveranno una richiesta di prenotazioni di prestazioni indicate al punto 1, con la dichiarazione verbale se il paziente è al telefono o con l'indicazione scritta sull'impegnativa (se il paziente è allo sportello) del codice priorità, dovranno prenotare la prestazione secondo i tempi di attesa come indicato al punto 3. I sistemi di prenotazione online devono adeguarsi a tali indicazioni. Sono escluse le richieste con codice U, per le quali ciascuna A.S.L. definisce il proprio modello organizzativo.

7. Nel caso in cui l'utente si rivolga al CUP per la richiesta di prestazione in data successiva alla scadenza prevista per la priorità, calcolata dal giorno della prescrizione, la priorità decade. La priorità decade anche nel caso in cui il paziente rifiuti la prima data utile prospettata dal CUP nel rispetto dell'ambito territoriale e del tempo massimo previsto per la priorità.

8. Ai fini del calcolo del tempo massimo di attesa verrà tenuta in considerazione la differenza fra la data del contatto con il servizio CUP (non la data dell'impegnativa) e la data assegnata per effettuare la prestazione.

9. In ogni caso, gli utenti con priorità di accesso, specie se con tempi di attesa superiori a quelli previsti per quella classe, saranno, in caso di disponibilità per rinunce, contattati tempestivamente nel re-call qualora attivo nell'Azienda.

10. I medici specialisti che operano ambulatori nelle strutture pubbliche o nelle strutture private accreditate, ricevono i piani di lavoro con indicati gli utenti prenotati secondo le "priorità" di cui al punto 3.

11. Il referto dovrà essere consegnato tempestivamente all'utente, o a persona autorizzata. La tempestività deve essere correlata al tempo massimo di attesa del grado di priorità. Tipo U = stesso giorno della prestazione; Tipo B = entro max 3 giorni dall'esecuzione della prestazione e Tipo D entro 7/10 giorni.

12. Le informazioni ed i problemi connessi all'applicazione della presente procedura devono essere comunicati alla Direzione Sanitaria della ASL.

2.6. Modalità della Prescrizione

Scarica il file

2.7. Elenco Prestazioni Con Accesso per Priorità Clinica

Gli elenchi contengono, per ciascuna delle prestazioni incluse nell'elenco del PRGLA, le condizioni cliniche più frequenti che giustificano un accesso prioritario in relazione all'uso dei codici previsti in ricetta.

Il PRGLA, per le patologie oncologiche e per le cardiopatie ischemiche, prescrive che la fase diagnostica sia comunque completata in trenta giorni dall'insorgenza di un sospetto clinico consistente: in tale periodo bisogna completare anche l'eventuale stadiazione della neoplasia. Il PRGLA raccomanda fortemente la definizione di modelli di presa in carico del paziente affinché sia assicurato il

percorso diagnostico e l'avvio alla terapia necessaria entro i tempi massimi da garantire.

Nell'elenco seguente non sono incluse le prestazioni correlate all'inserimento ed al mantenimento in lista d'attesa per trapianto d'organo, per le quali, comunque, valgono, rispettivamente, i codici B e D, come previsto dal PRGLA.

NOTA BENE

Per le prestazioni incluse nell'elenco, oltre le condizioni cliniche elencate, può essere indicata dal prescrittore qualsiasi altra condizione clinica non prevista nelle "parole chiave" che si ritiene giustifichi l'attribuzione al raggruppamento. In tal caso il prescrittore indicherà esplicitamente con la dicitura "Altro" anteposta la condizione clinica non inclusa tra le "parole chiave".

La "Commissione per la valutazione dell'appropriatezza nell'uso delle priorità" considererà tali condizioni non previste nelle "parole chiave" valutando che siano utilizzate dal singolo prescrittore entro limiti accettabili (generalmente non superiori al 10%).

2.7.1. Elenco Visite specialistiche ambulatoriali

CARDIOLOGIA

Prestazione: Visita cardiologica + ECG - Codice: 89.7 + 89.52

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dolore toracico tipico di sospetta origine cardiaca ◦ Dispnea di recente insorgenza in soggetto non riconosciuto cardiopatico (sospetta origine cardiaca, sospetta embolia polmonare) ◦ Sincope (improvvisa perdita di coscienza e caduta a terra) ◦ Insufficienza cardiaca acuta ◦ Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza ≤ 2 gg, con polso ritmico/aritmico, freq. > 120-130/m', sintomatico per lipotimia/sincope, dispnea, dolore in cardiopatia nota o non nota ◦ Cardiopalmo in cardiopatico noto con sintomi associati (gravi) ◦ Perdita di coscienza transitoria a risoluzione spontanea con ipotonia muscolare (verosimile sincope) ◦ Insufficienza cardiaca cronica riacutizzata o insufficienza cardiaca ingravesciente ◦ Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o di recente insorgenza > 2 gg, con polso ritmico/aritmico, freq. > 120-130/m', sintomatico per lipotimia/sincope, dispnea, dolore in cardiopatia nota o non nota ◦ Dispnea di recente insorgenza o di recente aggravamento in cardiopatico noto ◦ Aritmia del lattante ◦ Vertigini dopo esame obiettivo accurato da sospetta patologia cardiaca (U o B in base al quadro clinico) ◦ Turbe del ritmo di nuova insorgenza ipocinetiche o ipercinetiche in assenza di sintomi ◦ Dolore toracico tipico (angina da sforzo o angina da cardiopatia ischemica già in trattamento) ◦ Sincope ◦ Dispnea ingravesciente ◦ Severe crisi ipertensive
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg	
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sospetta angina stabile (angina presente da > 30 gg con caratteristiche cliniche stabili) ◦ Pre-sincope/lipotimia (dopo valutazione che escludano l'origine non cardiaca); ◦ Cardiopalmo persistente/parossistico in atto o ≤ 10-

		<p>15 gg, ritmico/aritmico, sintomatico come sopra in cardiopatia nota o non nota</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi in neonato ◦ Compromissione o perdita di coscienza di natura da definire dopo esclusione di altre cause ◦ TIA verificatosi da oltre 48 ore con ABCD2 < 4 già valutato radiologicamente e dal neurologo, se sospetto cardioembolismo ◦ Vertigini dopo esame obiettivo accurato da sospetta patologia cardiaca (U o B in base al quadro clinico) ◦ Dolore toracico atipico ◦ Turbe del ritmo che non comportino una compromissione dell'emodinamica del paziente ◦ Dispnea da sforzo e/o edemi di recente insorgenza di sospetta natura cardiologica ◦ Gravidanza a termine ◦ Indagini diagnostiche con mezzo di contrasto ◦ Neoplasie in trattamento chemioterapico
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cardiopalmo extrasistolico non noto in precedenza ◦ Soffi cardiaci: primo riscontro in assenza di sintomi ◦ Sospetta cardiopatia (valvolare, ischemica, polmonare, aritmica, cardiomiopatia) ◦ Ipertensione arteriosa sisto e/o diastolica già in trattamento politerapico e non responder
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Altre condizioni cliniche ◦ Sincope neuromediata (accordi con altri specialisti per iter diagnostico) ◦ Follow up ◦ Valutazione di tutti i pazienti cardiologici o a rischio di patologie cardiache (diabetici, dislipidemici, ipertesi, tireopatici ...) e loro follow up

CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA

Prestazione: Visita Chirurgia Vascolare - angiologia - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	<p>Valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia vascolare acuta di interesse chirurgico</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ trombosi venosa profonda (quando indicato trattamento chirurgico) ◦ ischemia arteriosa acuta ◦ TIA recente (quando indicato il trattamento chirurgico) ◦ Piede diabetico ulcerato con ischemia accertata con ecodoppler arterioso
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Trombosi venosa superficiale <p>Visita con ecodoppler arterioso arti inferiori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ischemia critica dell'arto: dolore ischemico a riposo, resistente a terapia con analgesici da almeno 2 settimane ◦ Sospetto piede diabetico con ischemia grave
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sindrome dello stretto toracico (ipostenia da sforzo, differenza presso tra gli arti > 20 mm Hg) ◦ Ulcere arti inferiori <p>Visita con ecodoppler TSA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ TIA verificatosi da oltre 48 ore già valutato radiologicamente e dal neurologo <p>Visita con ecodoppler venoso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Tromboflebite e varicoflebiti resistenti alla terapia <p>Visita con ecodoppler arterioso arti inferiori:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sospetto piede diabetico con ischemia grave (U o B in base al quadro clinico)
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Paziente sintomatico per soffio carotideo ◦ Varicocele ◦ Sospetta ipertensione reno-vascolare ◦ Arteriopatia obliterante cronica periferica II stadio

		<ul style="list-style-type: none"> ◦ Acrocianosi - fenomeno di Raynaud Tronchi epiaortici: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Reperto di soffio carotideo in paziente neurologicamente asintomatico per disturbi di tipo ischemico cerebrale ◦ Pazienti operandi per patologia aneurismatica, arteriopatia obliterante periferica o coronaropatia ◦ Candidati ad interventi di chirurgia maggiore ◦ Presenza di gradiente presso rio > 30 mm Hg fra i due arti superiori Patologia arteriosa arti inferiori: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Claudicatio intermittens con intervallo libero di marcia invalidante (< 100-200 metri in piano) Patologia addominale: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Obiettività fisica suggestiva per aneurisma aorta addominale Patologia venosa periferica <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ulcere perimalleolari da ipertensione venosa cronica
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Diabete mellito ◦ Ipertensione arteriosa ◦ Sindrome metabolica ◦ Aneurisma aorta addominale sino a 50 mm ◦ Varicocele subcillo Tronchi epiaortici: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ecodoppler TSA in pazienti diabetici, coronaropatici, sintomatici, nefropatici cronici ◦ Altre condizioni cliniche

ENDOCRINOLOGIA

Prestazione: Visita edocrinologica - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia grave non differibile
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Tutte le endocrinopatie in gravidanza
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ipo-ipertiroidismo severo all'esordio ◦ Oftalmopatia Basedowiana di grado medio-severo ◦ Tumefazione tiroidea insorta acutamente ◦ Ipercalcemia > 12,5 mg/dl ◦ Paziente con neoformazioni ipofisarie in programma per intervento neurochirurgico ◦ Diabete insipido ◦ Disfunzione tiroidea con esami di laboratorio discordanti o persistenza peggioramento del quadro clinico dopo trattamento ◦ Sospetto consistente di neoplasia dell'apparato endocrino ◦
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ipertiroidismo non complica all'esordio ◦ Ipotiroidismo non complica all'esordio ◦ Incidentaloma surrenalico ◦ Incidentaloma ipofisario ◦ Iper-iposurrenalismo all'esordio
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Follow-up

NEUROLOGIA

Prestazione Visita neurologica Codice: **89.13**

Classe di Priorità	Attesa max da	"Parola Chiave"
--------------------	---------------	-----------------

	garantire	
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Sospetti segni e/o sintomi di TIA verificatosi entro 48 ore; ◦ Sospetti segni e/o sintomi di TIA verificatosi da oltre 48 ore in paziente ad alto rischio di recidiva (ABCD2 > 4) o con sospetta stenosi carotidea critica (es.: rilievo di soffio carotideo); ◦ Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (U o B in base al quadro clinico); ◦ Vertigine con nistagmo verticale o associazione di sintomi/segni neurologici acuti (diversi da sordità ed acufene)
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 giorni	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefalea continuativa, senza altri sintomi, da più di 7 giorni, in soggetto precedentemente asintomatico; ◦ Cefalea da recente trauma cranico (già indagata con TAC encefalo negativa); ◦ Recente lipotimia e/o sincope; ◦ Sospetti segni e/o sintomi di TIA, verificatosi da oltre 48 ore in paziente a basso rischio di recidiva (ABCD2 < 4); ◦ Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (UND o B in base al quadro clinico); ◦ Recidiva di sclerosi multipla;
(B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Scompenso in trattamento antiparkinsoniano; ◦ Scompenso in trattamento antiepilettico; ◦ Deficit motorio periferico di recente insorgenza; ◦ Paresi periferica del nervo facciale a lenta risoluzione; ◦ Compromissione o perdita di coscienza di natura non sincopale (UND o U in base al quadro clinico); <p>Modifica delle condizioni neurologiche preesistenti di nuova e recente insorgenza, ad andamento subacuto o rapidamente progressivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Turbe dello stato di coscienza; ◦ Riduzione capacità cognitive e deterioramento mentale; <p>Alterazioni delle funzioni sensitivo motorie</p>
DIFFERIBILI (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Deterioramento mentale da sospetta Malattia di Alzheimer; ◦ Sindrome vertiginosa cronica; ◦ Emicrania accessoriale; ◦ Modificazione significativa quadro neurologico in pazienti con patologie croniche note o con sintomi in lento peggioramento
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	Attesa programmata	<p>Deterioramento mentale;</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefalea cronica; ◦ Altre condizioni cliniche; ◦ Follow up patologie neurologiche croniche stabilizzate a lenta evoluzione

OCULISTICA

Prestazione: Visita OCULISTICA + Fondo dell'occhio - Codice: 95.02 + 95.09.1

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Occhio rosso da sospetto glaucoma acuto ◦ Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia con calo visus e/o dolore ◦ Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento (UND o U in base al quadro clinico)
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 giorni	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Occhio rosso dolente ◦ Disturbi del visus improvvisi ◦ Oculocefalgie (non diagnosticate) ◦ Occhio rosso monolaterale non traumatico con fotofobia con calo visus e/o dolore (UND o U in base al quadro clinico)

		al quadro clinico) o Occhio rosso bilaterale non traumatico persistente o che peggiora dopo trattamento (UND o U in base al quadro clinico) o Traumi (non conseguenti ad incidenti sul lavoro), corpi estranei o Dolore acuto oculare o Improvvisi cali visivi o improvvise amaurosi
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	o Cataratta nel bambino o Disturbi oculari in patologie sistemiche o Patologie iatrogene o Sospetto glaucoma o Congiuntiviti acute (limitatamente alla patologia acuta) o Calazio o Flegmone del sacco o Visione mosche volanti con fosfeni
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Fundus per diabetici o ipertesi o Ulteriore riduzione del visus imprecisata o dubbia o Deficit del visus in età scolare (problemi a scuola) o Prime visite per cefalea o Ambliopia o Fundus per diabetici o ipertesi
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Follow up o Visite per prescrizione occhiali (NB la rottura dell'occhiale non è una urgenza) o Esame complessivo o parziale dell'occhio per qualsiasi esigenza non contemplata nelle precedenti prestazioni

ORTOPEDIA

Prestazione Visita ortopedica **Codice: 89.7**

Classe di Priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	VALUTAZIONE DI PRONTO SOCCORSO IN EVIDENZA CLINICA
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	o Blocco meccanico grosse articolazioni (spalla, gomito, anca, ginocchio) con impossibilità di movimento; o Lombo sciatalgie acute con insufficienza rachide + Lasegue vivace + Valsalva positiva; o Cervicalgie acute con blocco vertebrale; o Gonalgia acuta senza trauma di probabile tipologia chirurgica;
BREVE (B del ricettario SSN)	o o 10 gg.	o Sospetto strumentale radiologico consistente per patologia tumorale; o Patologie acute di media gravità poco rispondenti al trattamento antalgico (ad es.: epicondiliti, periartriti, patologie reumatiche del polso e della mano); o Patologia tumorale o sospetta tumorale non inquadrata (ad es.: osteolisi d.n.d.d.); o Versamenti endoarticolari non cronici; o Patologia osteoarticolare acuta (es.: emartro, idrarto, blocco articolare); o Prima visita pediatrica (patologia malformativa rachide e arti);
DIFFERIBILI (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Tutte le sindromi canalicolari (ad es.: dito a scatto, tunnel carpale); o Patologia subacuta; o Gonalgia cronica o sub acuta di probabile tipologia chirurgica; o Patologia osteoarticolare cronica; o Patologia della mano e del piede; o Visite pediatriche; o Scoliosi;
PROGRAMMABILE (P del ricettario)	Attesa programmata	o Controlli post-dimissione e altri follow-up o Controlli periodici;

SSN)		o Prescrizioni e/o controllo di tutori/ortesi
------	--	---

GINECOLOGIA

Prestazione: Visita ginecologica - Codice: 89.26

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	o Menometrorragie gravi.
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	o Sospetta neoplasia dell'endometrio (con sintomi clinici); o Sospetta neoplasia dell'ovaio (con sintomi clinici); o Vaginiti e/o dolore pelvico. o Perdite ematiche atipiche (soprattutto dopo la menopausa). o Metrorragie o Bartolinite
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	o Sospetta neoplasia dell'endometrio (senza sintomi clinici); o Sospetta neoplasia dell'ovaio (senza sintomi clinici); o PAP test positivo. o Massa pelvica; o Sanguinamento uterino anomalo; o Metrorragie o Tumefazione pelvica o Vulvovaginite o Perdite ematiche in menopausa o Sospetta neoplasia o Nodulo mammario
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Sospetto di patologia ginecologica; o Algie pelviche o MST o Disturbi del ciclo o Dismenorrea
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Tutte le altre condizioni o Prolasso uterino o Cistorettocele o Disturbi della minzione o Sterilità/infertilità di coppia o Climaterio/menopausa o Follow up oncologico o Patologia benigna o Utero e annessi o Acne/irsutismo

OTORINOLARINGOIATRIA

Prestazione: Visita ORL - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	o Sintomi di compressione tracheale, incluso stridore dovuto a tumefazione tiroidea; o otalgia resistente alla terapia antalgica in età pediatrica; o otalgia iperacuta resistente alla terapia antalgica; o ascesso peritonsillare; o epistassi profusa o massiva; o ipoacusia improvvisa con obiettività negativa; o emottisi; o vertigini con nistagmo spontaneo; o vertigine acuta con patologia uditiva significativa; o segni di otite media suppurativa; o segni o sintomi oto-vestibolari scatenati dalla manovra di Valsalva o cambi pressori.
URGENTE (U del ricettario)	3 gg.	o Epistassi recidivante nelle ultime 48 ore; o Epistassi pregressa o ricorrente

SSN)		<ul style="list-style-type: none"> o Otaglia o Farinfotonsillite acuta (con trisma e/o disfagia) o Ipoacusia improvvisa o Tumefazione acuta latero-cervicale o Odinofagia; o Emofoe acuta;
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Massa cervicale ad insorgenza improvvisa o in progressione da > 2 settimane; o Disfonia da 2 settimane o più con Rx torace negativo; o Otaglia resistente alla terapia (adulto); o Emofoe ricorrente; o Epistassi recidivanti; o Tumefazione ghiandola salivare; o Sindrome di Menière o menieriformi; o Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con apnee notturne; o Bambino con Obstructive Sleep Apnea Sindrome (OSAS); o Se di sospetta eziologia ORL (e non stomatologica), i seguenti segni/sintomi: tumefazioni facciali di recente insorgenza, paresi del facciale, otite media secretiva cronica, epistassi, alterazioni della sensibilità, rinostenosi; o Sindrome apnee ostruttive nel sonno del bambino; o Ipertrofia adenotonsillare nel bambino con importante ostruzione respiratoria alta e segni clinici evidenti; o Qualsiasi dei segni/sintomi seguenti di ndd non di origine oftalmica e di sospetta natura espansiva: distopia progressiva del bulbo oculare; diplopia; ptosi palpebrale; o Vertigini subacute non invalidanti dopo esame obiettivo; o Disfonia persistente o Otite ricorrente con otorrea o Rinorrea mucopurulenta o Cefalea con sospetto di sinusite acuta
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Notevole ipertrofia adenotonsillare o tonsillare nel bambino con ostruzione respiratoria alta e segni clinici intermedi; o Ipoacusia pregressa e/o progressiva o Ostruzione nasale persistente o Acufeni o Vertigine ricorrente o Flogosi ricorrenti o recidivanti delle v.a.s.
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Ipertrofia adenotonsillare senza importante ostruzione; o Sospetto Lichen Planus orale; o Percorso diagnostico tumori VADS; o Follow up di patologie già seguite e monitorate; o Altre condizioni cliniche. o Esami strumentali audiovestibolari o Visita foniatria

UROLOGIA

Prestazione: Visita urologica - Codice: 89.7

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	Inviare in PS senza barrare alcuna casella di priorità	<ul style="list-style-type: none"> o Macroematuria massiva.
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Colica reno-ureterale risolta di prima insorgenza; o Macroematuria persistente; o Ematuria o Colica renale
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Macroematuria pregressa; o Nodulo testicolo, epididimo o pene; o Massa renale accertata ecograficamente; o PSA aumentato con relativa ridotta quota del PSA libero; o Recente ritenzione acuta d'urina; o Sospetta patologia renale ostruttiva, eco-

		accertata; ◦ Sospetta neoplasia vie genito-urinarie, eco-accertata; ◦ Sospetto K prostata dopo anamnesi ed esame obiettivo accurato ed esami di laboratorio predittivi per K; ◦ Idronefrosi ◦ Cistite emorragica ◦ Ritenzione cronica di urina ◦ Infezioni urinarie ricorrenti ◦ Idromele sotto tensione ◦ Malattie sessualmente trasmesse
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	◦ Colica renale o ureterale già valutate ecograficamente senza stasi urinaria; ◦ Calcolosi renale; ◦ Infezione vie urinarie nel maschio; ◦ Nodulo prostatico; ◦ Cistiti recidivanti; ◦ PSA aumentato (esclusi casi di Tipo B); ◦ Macroematuria accertata eco graficam. senza sospetto di neoplasia genito-urinaria; ◦ Controllo K prostata non programmato; ◦ Emospermia; ◦ Controlli post-dimissione o follow up ◦ Prostatite ◦ Incontinenza urinaria ◦ Calcolosi urinaria sintomatica, non complicata ◦ Emospermia ◦ Vescica neurologica ◦ Ipertrofia prostatica benigna ◦ ritenzione cronica d'urina, infezioni urinarie ricorrenti idrocele sotto tensione (non in atto)
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	◦ Varicocele; ◦ Iperatrofia della prostata; ◦ Idrocele e cisti del testicolo o epididimo eco-accertate; ◦ Fimosi semplice; ◦ Disturbi minzionali; ◦ Altre condizioni cliniche ◦ Varicocele ◦ Idrocele ◦ Cisti epididimo ◦ Calcolosi renale asintomatica ◦ Cistocele ◦ Disfunzioni sessuali ◦ Follow-up neoplasie ◦ Follow up patologie benigne

DERMATOLOGIA

Prestazione Visita dermatologica **Codice: 89.7**

Classe di priorità	Attesa massima da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	◦ Ustioni: tutte in sede critica (volto, mani, piedi, genitali) e per le altre sedi con estensione > 5%; ◦ Angioedema acuto (volto, fauci); ◦ Reazione generalizzata allergica da puntura d'insetto; ◦ Reazione generalizzata allergica da farmaci; ◦ Affezioni batteriche acute febbrili (erisipela, cellulite, flemmoni, fasciti); ◦ Affezioni virali acute da Herpes Zooster
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg	◦ Patologie infettive acute (ad es.: impetigine, flemmone); ◦ Neoformazioni sanguinanti e/o suppurate (ad es.: melanoma, carcinoma spinocellulare, cisti suppurata, granuloma piogenico) ◦ Dermatite moderata mal tollerata o peggiorata (età < 15 anni) (U o B in base al quadro clinico); ◦ Paziente trapiantato con insorgenza di lesioni cutanee sospette

BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> Lesioni persistenti > 1 cm dure alla palpazione generalmente sul viso, cuoio capelluto, dorso della mano e con un incremento delle dimensioni negli ultimi 2 mesi; Lesioni nodulari a rapida insorgenza (< 3 mesi); Lesioni pigmentate piane o rilevate (sospetto melanoma) Patologie eruttive a rapida comparsa (ad es.: Psoriasi eruttiva, eczema acuto, pitiriasi rosea); Patologie dolenti infette e non (ad es.: ulcera varicosa grave, unghia incarnita complicata); Dermatite moderata mal tollerata o peggiorata (età < 15 anni) (U o B in base al quadro clinico); Sospetto Carcinoma basocellulare; Persistenza lesione cutanea resistente al trattamento locale nella quale la diagnosi è incerta o vi è sospetto di tumore; Psoriasi pustolosa; Malattie a trasmissione sessuale; Scabbia; Pediculosi; Eczemi gravi; Orticaria; Patologie tumorali menalocitarie (sospetti melanomi)
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> Neoformazioni di n.d.d. (sospetti epitelomi) Verruche volgari; Micosi; Eczemi e Eczematidi; Prurito senile; Dermatosi bollose; Mucositi e aftosi
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> Dermatiti croniche (cloasma vitiligine, psoriasi) Acne rosacea, Dermatite seborroica; Alopecie e omeopatie; Connettiviti (Fenomeno di Raynaud, Lupus eritematoso, Sclerodermia ecc.); Follow up

FISIATRIA

Prestazione: **Visita fisiatrica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	Classe di priorità non prevista
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> Esiti di fratture o trauma trattato con gesso immobilizzazione o chirurgia Esiti di intervento chirurgico ricostruttivo (capsula-tendini-legamenti) Lesione nervosa periferica recente (entro 3 mesi dall'evento) Gonalgia acuta senza trauma di probabile eziologia degenerativa Patologia post traumatica recente Esiti di intervento chirurgico recente Patologie neurologiche post acute recenti
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> Esiti di intervento ortopedico non classe B Colpo di frusta entro 1 mese dall'evento Patologia articolare sub-acuta entro 2 mesi dall'evento (periartrite, epicondilita, tendinite, cervico-lombalgia acuta) Linfedema post mastectomia (entro 3 mesi dall'insorgenza) Prima valutazione del bambino con scoliosi Gonalgia cronica o sub-acuta di probabile

		<ul style="list-style-type: none"> eziologia degenerativa o Patologie dell'età evolutiva o Patologie post-traumatiche non recenti o Patologie neurologiche non recenti o Patologia degenerativa cronica
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Altre condizioni cliniche o Follow-up dell'età evolutiva o Follow up

GASTROENTEROLOGIA

Prestazione: **Visita gastroenterologica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o IBD: malattie infiammatorie croniche (Malattia di Crohn e rettocolite ulcerosa) o Nuovo caso IBD (endoscopicamente indagato) o Riacutizzazione di IBD o Ascite di ndd o Anemia significativa (Hb < 10 g) di sospetta origine gastroenterologica
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	o Epatopatia cronica
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Follow-up

ONCOLOGIA

Prestazione: **Visita oncologica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso)	Parole chiave non indicate: valutazione di pronto soccorso in evidenza clinica di patologia
URGENTE (U del ricettario SSN)	3 gg.	Classe di priorità non prevista
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	o Sospetto consistente di patologia tumorale
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	Classe di priorità non prevista
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	o Visita oncologica di follow up

PNEUMOLOGIA

Prestazione: **Visita pneumologica** - Codice: **89.7**

Classe di priorità	Attesa max da garantire	"Parola Chiave"
URGENZA NON DIFFERIBILE (UND nessuna codifica sul ricettario)	(nessuna prenotazione: inviare al pronto soccorso o chiamare il 118)	<ul style="list-style-type: none"> o Emottisi imponente; o Asma bronchiale riacutizzato (o BPCO riacutizzata) in pazienti con comorbidità grave (es. bronco-cardiopatici); o Accesso asmatico acuto o asma grave persistente; o Broncopneumopatia cronica broncorroica riacutizzata. o Dolore toracico acuto con dispnea;
URGENTE	3 gg.	o Emoftoe recente;

(U del ricettario SSN)		<ul style="list-style-type: none"> o Rx torace indicativo di lesione sospetta (tbc o tumorale); o Sospetta TBC. o Dispnea ingravesciente: o Riacutizzazione di asma bronchiale o di BPCO in paziente broncopneumopatico noto (stadio GOLD moderato o grave) o Emoftoe o Dispnea ingravesciente o Crisi asmatica improvvisa o Asma bronchiale riacutizzata o Sospetta TBC o Polmonite complicata o Versamento pleurico o Accesso asmatico acuto nel bambino o Accesso grave persistente nel bambino o Riacutizzazione di bronchiectasie nel bambino
BREVE (B del ricettario SSN)	10 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Dolore toracico (escluso quello acuto, di pertinenza P.S.); o Asma bronchiale non ben controllata dalla terapia; o BPCO riacutizzata senza compromissione emogasanalitica; o Tosse stizzosa di nnd persistente da oltre 3 gg.; o Rivalutazione di insufficienza respiratoria cronica in paziente anziano già seguito e documentato; o Dispnea di nnd (non cardiogena). o Nodulo polmonare o Dolore toracico non acuto o Polmonite o Asma bronchiale non controllata sufficientemente da terapia o Sindromi ostruttive o restrittive non stabili o Dispnea di recente insorgenza o Asma lieve persistente nel bambino o Bronchiectasie per controllo nel bambino o Infezioni recidivanti chiuse con sospetto di immunodeficienza nel bambino
DIFFERIBILE (D del ricettario SSN)	30 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Diagnosi differenziale per sospetta BPCO; o Controlli successivi in patologie già studiate e documentate (Asma, BPCO, Insufficienza Respiratoria); o Controlli post dimissione e altri follow-up o Asma cronico, BPCO, Insufficienza respiratoria cronica o Asma episodico frequente nel bambino o Episodi catarrali ricorrenti nel bambino
PROGRAMMABILE (P del ricettario SSN)	180 gg.	<ul style="list-style-type: none"> o Tutte le altre condizioni o Follow-up e controllo dopo dimissione ospedaliera

2.7.2. PRESTAZIONI STRUMENTALI

MAMMOGRAFIA

- Codice: 87.37.1 - 87.37.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> o Evidenza clinica di neoplasia; o Sospetta mastite > 30 anni; o Perdita ematica dal capezzolo > 30 anni solo dopo ecografia e striscio del secreto su vetrino; o Addensamento o distorsione sospetta dopo ecografia.
TIPO D	60 gg	o Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (sospetto fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame, salvo diversa indicazione di controllo programmato (il fibroadenoma accertato diventa P).
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi; o Richiesta di mammografia per screening con età inf. ai 50 anni e sup. ai 70 anni;

		<ul style="list-style-type: none"> o Ectasie duttali e papillomi duttali chirurgicamente accertati con es. istologico negativo; o Microcalcificazioni con carattere di benignità già accertate; o Patologia cistica già sottoposta ad agoaspirazione; o Pazienti sottoposte a pregresso intervento chirurgico di nodulectomia con istologia negativa; o Accertamenti in pazienti oncologiche con neoplasia primitiva misconosciuta; o Paziente in terapia ormonale, se non aderisce allo screening (il Medico richiedente deve contattare il servizio di mammografia o senologia diagnostica); o Follow up (se sul referto mammografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva mammografia va data a due anni dalla precedente, se paziente asintomatica).
--	--	---

TAC TORACE

- Codice: 87.41 - 87.41.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> o Sospetta lesione maligna pleurica o polmonare o mediastinica; o Stadiazione di lesione espansiva da eseguire in prossimità di diagnosi oncologica.
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> o Rivalutazione di addensamento parenchimale polmonare o di versamento pleurico dopo terapia medica e controllo RX.
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); o Follow up di neoplasia dopo trattamento.

- **Si raccomanda valutazione della funzionalità renale prima della somministrazione di mdc paramagnetico;**
- **L'utilizzo e.v. del mdc organo iodato è assolutamente CONTROINDICATO in pazienti con insufficienza renale grave (GFR < 60 ml/minuto);**
- **In caso di insufficienza renale grave e TC con mdc inderogabile far seguire al mdc seduta dialisi concordando con i nefrologi;**
- **Effettuare la dialisi dopo la TC se il paz è in trattamento dialitico (I seduta: entro 2 ore; II seduta entro 24 ore dalla prima)**

TAC ADDOME SUPERIORE E/O INFERIORE

- Codice: 88.01.2 - 88.01.1 - 88.01.4 - 88.01.3

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> o UroTC (s/mdc) in sospette coliche renali persistenti con dilatazione della via urinaria escrettrice senza dimostrazione di calcoli ureterali all'ecografia. o Stadiazione di lesione espansiva neoplastica certa o sospetta da eseguire in prossimità della diagnosi oncologica o Massa addominale pulsante per sospetto aneurisma
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o Stadiazione di lesione espansiva neoplastica certa e sospetta nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); o Massa palpabile addominale, successiva ad ecografia se quest'ultima non è dirimente. Ittero ostruttivo ecograficamente dimostrato; o Identificazione/valutazione di lesione/i focale/i epatiche per valutazione resecabilità e corretta pianificazione terapeutica chirurgica; o Lesioni espansive renali solide o cistiche complesse di 1-1.5 cm circa o più grandi per caratterizzarle accuratamente.

- Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale prima della somministrazione di mdc organo-iodato;
- Per la FUNZIONALITÀ RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

TAC ENCEFALO-CRANIO

- Codice: 87.03 - 87.03.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ TIA; ◦ Processo occupante spazio (RMN in seconda istanza); ◦ Sospetto ematoma sottodurale cronico;
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Esiti di trauma con tendenza (a distanza di 10 giorni o più dal trauma) a deterioramento neurologico (rallentamento cognitivo, disturbi della parola, movimenti lenti e impacciati con alterazioni dell'equilibrio, sonnolenza); ◦ Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito da eseguire in prossimità di diagnosi oncologica
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefalea semplice persistente con esame neurologico negativo; ◦ Demenza o deterioramento mentale a lenta evoluzione (prima diagnosi) (per escludere ematoma sottodurale cronico o idrocefalo normoteso);
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stadiazione di lesione espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico programmato (follow up); ◦ Follow up in esiti di TIA;

- Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale prima della somministrazione di mdc organo-iodato;
- Per la FUNZIONALITÀ RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)
- Per la FUNZIONALITÀ RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

TAC RACHIDE E SPECO VERTEBRALE

- Codice: 88.38.2 - 88.38.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età > 40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ◦ Ernia discale;
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) in paziente di età > 40 anni; Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età > 40 anni; ◦ Intervento per ernia discale già programmato (ove RM non disponibile); ◦ Follow up

- Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc organo-iodato
- Per la FUNZIONALITÀ RENALE è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

RMN CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO

- Codice: 88.91.1 - 88.91.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	◦ Processo occupante spazio a livello intracranico (di secondo livello dopo esame TAC);
TIPO B	10 gg	◦ Sclerosi multipla o altre malattie demielinizzanti (prima diagnosi) Epilessia (prima diagnosi); ◦ Idrocefalo (TAC non dirimente);
TIPO D	60 gg	◦ Morbo di Parkinson (prima diagnosi); ◦ Controllo in esiti di lesione traumatica con crisi epilettiche;
TIPO P	Attesa programmata	◦ Follow up in esiti di lesione traumatica (ai fini medico-legali); ◦ Follow up di processi occupanti spazio o di esiti di intervento neurochirurgico; ◦ Follow up di malattie demielinizzanti pre o post-terapia;

• Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;

• Per la **FUNZIONALITÀ RENALE** è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

RM ADDOME SUPERIORE e/o INFERIORE

(pelvi, prostata e vescica - Codice: 88.95.4 - 88.95.5)

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	◦ ADD. INF: Stadiazione locoregionale e generale di neoplasia già accertata istologicamente o citologicamente espansiva in prossimità di diagnosi oncologica (neoplasia endometrio, cervice, retto, prostata) successiva ad esame endoscopico e/o prelievo biotico, seguita da TAC per stadiazione a distanza.
TIPO D	60 gg	◦ Lesione surrenalica evidenziato ecograficamente
TIPO P	Attesa programmata (concordata con il Radiologo)	◦ ADD. INF: Stadiazione locoregionale e generale di neoplasia già accertata istologicamente o citologicamente espansiva nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (neoplasia endometrio, cervice, retto, prostata) successiva ad esame endoscopico e/o prelievo biotico, seguita da TAC per stadiazione a distanza. ◦ ADD. SUP: identificazione di lesioni focali epatiche dubbie o sospette, dopo TAC non risolutiva, per pianificazione chirurgica (preferibilmente mediante utilizzo di mdc epatospecifico) ◦ Lesione renale dubbia all'ecografia e alla TAC (es. angiomiolipoma, o cisti sec. Classificazione Bosniack II-III), in pazienti con funzionalità renale conservata. ◦ ADD. SUP e/o COLANGIO RM: Sospetto clinico di patologia litiasica delle vie biliari in paziente itterico o subitterico o con dilatazione delle vie biliari evidenziate all'ecografia; ◦ Dolore persistente post-colecistectomia; ◦ Valutazione anatomica delle vie biliari e del dotto pancreatico per pianificazione chirurgica

• Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;

• Per la **FUNZIONALITÀ RENALE** è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

RM MUSCOLO SCHELETRICA

Codice: 88.94.1 - 88.94.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO	10 gg	◦ Stadiazione locoregionale e generale di lesione neoplastica muscolo-

B		scheletrica in prossimità di diagnosi oncologica (ad esempio: stadiazione locale tumore osseo o muscolare primitivo) associata a studio TC
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Stadiazione locoregionale e regionale di lesione neoplastica muscolo-scheletrica nell'ambito di percorso diagnostico terapeutico (ad esempio: stadiazione locale tumore osseo o muscolare primitivo) associata a studio TC ◦ Follow up di lesioni note ◦ ESAME RM WHOLE BODY: follow up/valutazione metastasi scheletriche o malattie mieloproliferative (es. mieloma). ◦ Sospetta osteomielite in fase acuta o riacutizzata ◦ Sospetta osteonecrosi non visibile all'indagine RX convenzionale

• Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;

• Per la **FUNZIONALITÀ RENALE** è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

RM COLONNA VERTEBRALE

Codice: 88.93 - 88.93.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	◦ Mielopatia da sospetto tumore o da sospetta patologia infettiva (es. spondilodiscite)
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età < 40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) in paziente operato di ernia discale; ◦ Lombalgia acuta o cronica riacutizzata in paziente di età < 40 anni con grave e persistente sintomatologia radicolare (dolore acuto e/o deficit motorio e/o sensitivo clinicamente documentato) dopo 3 settimane di riposo e/o terapia medica senza risultati;
TIPO D	60 gg	◦ Gravi dolori cervicali, grave cervico-rachialgia con alterazioni degenerative e con evidenza di sofferenza radicolare cervicale;
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante con sintomatologia radicolare modesta (dolore non persistente senza deficit motorio) in paziente di età < 40 anni; ◦ Lombalgia acuta o subacuta o cronica o recidivante isolata in paziente di età < 40 anni. ◦ Cervicobrachialgia; ◦ Intervento per ernia discale già programmato; ◦ Follow up

• Si richiamano le raccomandazioni in precedenza riportate riguardo la funzionalità renale, prima della somministrazione di mdc paramagnetico;

• Per la **FUNZIONALITÀ RENALE** è SUFFICIENTE LA CREATINA EMATICA (formula di Kockroft per % filtrato glomerulare)

ECOCOLORDOPPLER CARDIACO

- CODICE - 88.72.3

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ insufficienza cardiaca non compensata (paziente gestibile a domicilio); ◦ soffio cardiaco nel neonato asintomatico;
TIPO D	60 gg	◦ soffi cardiaci in assenza di sintomi/segni di insufficienza cardiaca;
TIPO P	Attesa programmata	◦ Follow up

ECOCOLORDOPPLER ARTERIOSO

- CODICE - 88.73.5

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> Ecocolordoppler dei TSA: soggetti sintomatici con attacchi ischemia transitori (TIA) sindrome vertiginosa con sospetto furto della succlavia; Ecocolordoppler arterioso arti inferiori: pazienti con ischemia critica cronica.
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> Vertigini dopo aver escluso patologie di pertinenza. sospetto clinico di aneurisma aorta addominale o periferico Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> Ecocolordoppler dei TSA: soffio cervicale isolato in paziente asintomatico; Ecocolordoppler arterioso periferico: grave PAOD con claudicatio invalidante;
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> Follow up

ECOCOLORDOPPLER VENOSO

- CODICE - 88.77.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> sospetta TVP e tromboflebite superficiale di coscia
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> Flebite superficiale della gamba non rispondente al trattamento (vedi anche scheda Visita CHIRURGIA VASCOLARE/FLEBOLOGIA)
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> sindrome varicosa sintomatica (edemi serotini, ulcere ecc.)
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> Follow up di TVP: controllo a 7 gg. se punteggio di Wells > 1 e prima ecografia negativa

ECOGRAFIA MAMMARIA

- CODICE - 88.73.1/88.73.2

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> evidenza clinica di neoplasia in pz. < 30 anni; mastite o galattoforite in pz. < 30 anni; 1 perdita ematica dal capezzolo in pz. < 30 anni; 1 addensamento o forma espansiva clinicamente palpabile in pz. < 30 anni; addensamento o lesione sospetta in mammografia;
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> Sospetto clinico di patologia espansiva benigna (cisti o fibroadenoma) in pazienti che non hanno mai effettuato l'esame (il fibroadenoma accertato diventa P);
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> Pazienti sottoposte a biopsia con esame istologico negativo; Mastopatia, mastodinia, noduli diffusi in pz. < 30 anni; Fibroadenoma già diagnosticato in pz. < 30 anni; Formazioni cistiche già accertate e sottoposte a svuotamento; Se sul referto ecografico non è espressamente specificato il periodo di attesa per il controllo, la successiva ecografia va data a due anni dalla precedente in pz. < 30 anni; Terapia ormonale in pz. < 30 anni (il richiedente deve contattare il servizio di mammografia diagnostica) senologica) Follow up

ALTRE ECOGRAFIE

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> colica reno-ureterale urgente non ancora indagata ecograficamente; colica biliare persistente; sospetto ittero ostruttivo;
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> macroematuria non associata ad altre condizioni cliniche; massa addominale;

		<ul style="list-style-type: none"> o tumefazioni nella regione del collo, delle logge parotidiche (ghiandole salivari) e delle regioni sovraclavari; o sospetta ascite; o tumefazioni testicolari non dolorose; o alterazione significativa dei valori di PSA in pazienti senza patologia prostatica nota;
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> o infezioni acute urinarie resistenti alla terapia antibiotica e forme ricorrenti; o dolori addominali subacuti ricorrenti, solo quando già escluse patologie gastriche o intestinali; o neoformazioni palpabili dei tessuti molli clinicamente sospette (esclusa senologia); o 1° riscontro di alterazione dei test di funzionalità epatica e/o renale e/o pancreatica; o sospetto idrocele o varicocele; o ecografia renale nel bambino in pielonefrite acuta (per ricerca dilatazioni o scar);
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o ecografia renale di follow up nel neonato (1, 3, 6, 12 mesi) in pielectasie; o altri controlli periodici concordati e follow up in patologie già diagnosticate secondo indicazioni linee guida

ECOGRAFIA OSTETRICO - GINECOLOGICA

- CODICE - 88.78 - 88.78.2

Classe di priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	<ul style="list-style-type: none"> o OSTETRICA: sospetto aborto ritenuto, minaccia di parto prematuro per misurazione collo, sospetta o malformazione fetale, dubbio presentazione a termine, per interruzione volontaria di gravidanza, aritmia o fetale con scompenso cardiaco, sospetta gravidanza extrauterina, sanguinamenti atipici in gravidanza, o IUGR severo con flussi patologici; o GINECOLOGICA: masse endopelviche sintomatiche, metrorragia, dolore pelvico di sospetta origine o ginecologica, pelvipерitonite;
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> o OSTETRICA: sospetto ritardo di crescita fetale, sospetta macrosomia, controllo per minaccia di aborto, o sospetto gravidanza gemellare, per ridatazione della gravidanza, ecografia di secondo livello (in ogni caso o differenziare l'urgenza; ci sono situazioni in cui l'eco di 2° livello si può programmare per tempo: es. o assunzione di farmaci presunti pericolosi); o GINECOLOGICA: sanguinamenti in menopausa, localizzazione di IUD; o stadiazione se paziente sintomatica
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> o OSTETRICA: ecografia di primo livello secondo protocollo ministeriale; o GINECOLOGICA: controllo per endometriosi, controlli postintervento, dolore pelvico cronico, o sanguinamenti irregolari intermestruali, masse endopelviche asintomatiche;
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o OSTETRICA: controlli programmati; o GINECOLOGICA: controlli programmati; controlli endometrio in corso di terapia, se asintomatica o (esempio terapia sostitutiva);

2.7.3. ALTRI ESAMI SPECIALISTICI

AUDIOMETRIA

Codice 95.41.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> o Sospetta ipoacusia, qualora non chiaramente trasmissiva (accompagnata da motivata relazione clinica);
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> o Percorso diagnostico concordato; Follow up

COLONSCOPIA + ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA

Codice 45.23 - 45.25 - 45.41

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni cliniche
TIPO U		LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ sanguinamento non compendiato come "tipo urgente": rettorragia non grave, diarrea mucosanguinolenta non infettiva, ematochezia; ◦ anemia sideropenica di primo riscontro con Hb < 10 g/dl; ◦ "sintomi d'allarme": vomito significativo e persistente, disfagia, odinofagia, calo di peso importante (10% negli ultimi mesi), massa addominale; ◦ necessità di escludere lesioni per terapie cardiologiche urgenti; ◦ sospette neoplasie rilevate radiologicamente;
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ anemia sideropenica cronica, perdite ematiche minori (sputo ematico, emottisi dubbia, tracce ematiche nel pulirsi); ◦ Sindrome dispeptico-dolorosa minore > 45 anni (non già indagata) ◦ diarrea cronica, stipsi recente o eventi sub-occlusivi; ◦ riscontro radiologico di polipi;
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Altre indicazioni non compendiate nelle precedenti categorie: ◦ Screening; controlli di eradicazione varici esofagee e di polipectomie; follow up di: neoplasie, ◦ malattie infiammatorie croniche intestinali (Inflammatory Bowel Disease o IBD), Barrett; ◦ - sintomatologia tipo colon irritabile (non già indagata con; ◦ - positività test del sangue occulto in asintomatico; ◦ - sindrome dispeptico-dolorosa < 45 anni (nell'attesa eseguire trial terapeutico; l'indagine potrà esser sospesa se vi sarà risposta alla terapia); ◦ - ricerca di varici esofagee; ◦ - biopsie per sospetta celiachia; ◦ - patologie minori già valutate endoscopicamente;

ELETTROMIOGRAFIA

Codice 93.08.1

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dolore irradiato all'arto superiore o inferiore con deficit motorio oggettivo, focale, presente da più di ◦ 2 settimane, ed insorto da non più di 40 giorni.
TIPO D	60 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Follow up e prestazione programmata per intervento neurochirurgico

HOLTER CARDIACO

Codice. 89.50

Classe di Priorità	ATTESA MASSIMA DA GARANTIRE	Situazioni Cliniche
TIPO U	3 gg	LIVELLO DI PRIORITÀ NON PREVISTO
TIPO B	10 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Aritmia ipercinetica ventricolare sintomatica in grave cardiopatia organica;
TIPO D	60 gg	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cardiopalmo extrasistolico in cardiopatia organica;
TIPO P	Attesa programmata	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cardiopalmo extrasistolico in assenza di cardiopatia; ◦ Altre condizioni cliniche ◦ Follow up

2.8. CONDIZIONI PARTICOLARI PER IL RICORSO AI CODICI DI PRIORITÀ**TIPO U:**

- assistiti ultranovantenni (il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita: ad es. sono ammessi alla priorità nell'anno 2013 i nati nel 1923).

- assistiti di età compresa tra 0 e 14 anni, con disabilità o patologia cronica grave

TIPO B:

- assistiti ultraottantacinquenni (analogamente a quanto detto per gli ultranovantenni, il calcolo dell'età si considera per anno di nascita e non per la specifica data di nascita).
- gestanti con gravidanza presso il termine.

TIPO D:

- prestazioni richieste per l'inserimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (secondo il protocollo definito dal Centro Regionale di Riferimento per I Trapianti D'organo)

TIPO P:

- prestazioni richieste per il mantenimento in lista d'attesa per trapianto d'organo (secondo il protocollo definito dal Centro Regionale di Riferimento per I Trapianti D'organo) da garantire entro la scadenza indicata dal prescrittore

Il Dirigente ad interim del Servizio Accreditamento e Programmazione Sanitaria (Silvia Rapini)

(2) Piano Regionale per il Contenimento dei Tempi d'Attesa per il triennio 2008-10 approvato con le *Delib.G.R. n. 1200/2006* e n. 68/2007 e Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2011-13 approvato con *Delib.G.R. n. 1397/2011*.

(3) In considerazione dell'avvio a regime del processo di dematerializzazione della ricetta medica, quanto riferito all'uso delle ricette del SSN deve intendersi riferito anche alle prescrizioni de materializzate e al promemoria cartaceo di cui al *D.M. 2 novembre 2011*.
