

Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.

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

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

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

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

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

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

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

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, integrando i livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti con d.P.C.M. del 29 novembre 2001 con apposite linee-guida , di cui alla lettera b) del suddetto accordo;

VISTO il D.P.C.M. 16 aprile 2002 recante Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, allegato 5 al DPCM 29 novembre 2001;

VISTO l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta dell’11 luglio 2002 con il quale Governo e Regioni hanno convenuto sul documento di indicazioni per l’attuazione dell’accordo del 14 febbraio 2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa;

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

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

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

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

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

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

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

d) la determinazione della quota minima delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano sanitario nazionale di riduzione delle liste di attesa, ivi compresa la realizzazione da parte delle regioni del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

e) l'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'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

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

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

VISTO l'articolo 1, comma 283 della legge 23 dicembre 2005, n.266, che prevede l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale; che ha altresì affidato alla suddetta Commissione il compito di fissare i criteri per la determinazione delle sanzioni amministrative previste dal successivo comma 284;

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

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

CONSIDERATO inoltre che la soprarichiamata intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 all'articolo 9 ha previsto l'istituzione presso il Ministero della salute del Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse e per la verifica della congruità tra i predetti livelli e le risorse messe a disposizione;

CONSIDERATO infine che l'anzidetta intesa Stato Regioni , all'articolo 12, ai fini della verifica degli adempimenti per le finalità di quanto disposto dall'articolo 1, comma 184, lettera c) della legge 30 dicembre 2004, n.311, prevede l'istituzione

presso il Ministero dell'economia e delle finanze – Dipartimento della 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;

VISTA la proposta di Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, tenuto conto della interrelazione del medesimo in coerenza con gli obiettivi dello schema di Piano sanitario Nazionale 2006-2008 , predisposto dal Ministero della salute ;

SANCISCE INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 che è parte integrante della presente intesa.

ALLEGATO

PIANO NAZIONALE DI CONTENIMENTO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2006-2008

1. INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano Nazionale si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Il presente Piano fissa :

- A) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni entro 90 giorni;
- B) la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle regioni dei tempi di attesa di cui alla lettera a), nelle regioni interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati, entro novanta giorni dalla stipula della presente intesa, in sede di fissazione degli standard di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- C) la quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa determinata in euro 150 milioni e destinata anche alla realizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- D) le modalità di attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- E) le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

2. LINEE GENERALI DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER UN APPROCCIO STRATEGICO AL PROBLEMA DEL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

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

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

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

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

organizzative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, alle regole a tutela dell'equità e della trasparenza.

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

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

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

Le Regioni, al fine di evitare inappropriati ricorsi a prestazioni ambulatoriali e di ricovero, elaborano piani di intervento per il miglioramento della qualità prescrittiva, mediante l'adozione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici condivisi con i soggetti prescrittori, per quelle prestazioni a maggiore criticità e liste d'attesa più lunghe, anche in coerenza con quanto previsto dalla Commissione Nazionale sull'appropriatezza nell'ambito delle proprie competenze, nonché con quanto previsto, per tale materia, dagli accordi collettivi nazionali dei medici convenzionati.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ED OSPEDALIERE DI CUI ALLA LETTERA A) DELL'ARTICOLO 1, COMMA 280 DELLA LEGGE FINANZIARIA 2006

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

L'elenco comprende prestazioni individuate:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili,

area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari), in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali.

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

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

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

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

A. Area Oncologica (numero prestazioni = 24)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
1	Visita oncologica		89.7
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03
Radiologia			
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2
TC con o senza contrasto			
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1
5	Addome superiore	88.01	88.01.2 – 88.01.1
6	Addome inferiore	88.01	88.01.4 – 88.01.3
7	Addome completo	88.01	88.01.6 – 88.01.5
Risonanza Magnetica			
8	Cervello e tronco encefalico	88.91	88.91.1 - 88.91.2
9	Pelvi, prostata e vescica	88.95	88.95.4 - 88.95.5
Ecografia			
10	Addome	88.74 - 88.75 - 88.76	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
11	Mammella	88.73	88.73.2
Esami Specialistici			
12	Colonscopia	45.23	45.23
13	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
14	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13 – 45.16
15	Broncoscopia	33.23	33.22
16	Colposcopia	70.21	70.21
17	Cistoscopia	57.32	57.32
18	Biopsia Transperineale o Transrettale della prostata (Agobiopsia Ecoguidata)		60.11.1
Radioterapia			
19	Sessione di radioterapia *	V58.0	92.24.1 - 92.24.2 – 92.24.3 – 92.24.4 - - 92.25.1 – 92.25.2

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

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice	Codice Diagnosi

		Intervento	
24	Chemioterapia	99.25	V58.1
* Le Regioni stabiliscono i tempi di accesso ai trattamenti dopo aver individuato criteri e priorità			

B. Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 14)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
25	Visita cardiologica	89.7	89.7
26	Visita chirurgia vascolare	89.7	89.7
Ecografia			
27	Cardiaca (Ecocolordoppler cardiaca)	88.72	88.72.3
28	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73	88.73.5
29	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77	88.77.2
Esami Specialistici			
30	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
31	Elettrocardiogramma holter	89.50	89.50
32	Elettrocardiogramma da sforzo	89.59	89.41 – 89.43
33	Holter pressorio	89.61	89.61.1
Riabilitazione			
34	Cardiologica	93.36	93.36

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

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

C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 2)**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

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

D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

Numero	Prestazione	Codice ICD9- CM	<i>Codice Nomenclatore</i>
41	Visita neurologica	89.7	89.13
TC con o senza contrasto			
42	Capo	87.03	87.03 – 87.03.1
43	Rachide e speco vertebrale	88.38	88.38.2 – 88.38.1
44	Bacino	88.38	88.38.5
Esami Specialistici			
45	Audiometria	95.41	95.41.1
46	Spirometria	89.37	89.37.1 – 89.37.2
47	Fondo Oculare	95.1	95.09.1

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY

Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
49	Cataratta	13.0	

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

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

F. Altre Prestazioni (numero prestazioni = 45)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
56	Radiografia del capo	87.0	87.17.1
57	Radiografia del torace	87.44	87.44.1
58	Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.64	87.65.1 – 87.65.2
59	Radiografia completa del tubo digerente	87.6	87.61
60	Urografia endovenosa	87.73	87.73
61	Radiografia ossea e delle articolazioni	87.2 - 88.2 - 88.3	87.22 – 87.23 – 87.24 – 87.29 - 88.21 – 88.22 – 88.23 – 88.26 – 88.27 – 88.28 – 88.29.1 – 88.29.2 - 88.31
62	Radiografia dell'addome	88.0 - 88.1	88.19
TC CON/ SENZA MEZZO DI CONTRASTO			
63	Massiccio facciale	88.38	87.03.3 – 87.03.2
64	Collo	88.38	87.03.8 – 87.03.7
65	Arcate dentarie (dental scan)	88.38	87.03.4
66	Orecchio	88.38	87.03.6 – 87.03.5
67	Ghiandole salivari	88.38	87.03.9
68	Rene	87.71	87.71 - 87.71.1
69	Arti superiori e inferiori	88.38	88.38.4 -88.38.3 - 88.38.7 -88.38.6
RISONANZA MAGNETICA			
70	Torace e miocardio	88.92	88.92 - 88.92.1
71	Muscoloscheletrica	88.94	88.94.1 – 88.94.2

72	Colonna vertebrale	88.93	88.93 – 88.93.1
ECOGRAFIA			
73	Toracica	88.73	88.73.3
74	Capo e collo	88.71	88.71.4
DERMATOLOGIA			
75	Test allergologici	V72.7	91.90.1 – 91.90.2 – 91.90.3 – 91.90.4 – 91.90.5 – 91.90.6
GASTROENTEROLOGIA			
76	Visita gastroenterologica	89.7	89.7
PNEUMOLOGIA			
77	Visita pneumologica	89.7	89.7
NEUROLOGIA			
78	Elettroencefalogramma	89.14	89.14
79	Elettromiografia	93.08	93.08.1
OCULISTICA			
80	Campo visivo	95.05	95.05
81	Fluorangiografia	95.12	95.12
OTORINO			
82	Impedenzometria	20.39	95.42
83	Potenziali evocati	20.39	89.15.1
84	Test vestibolare	95.44 - 95.45 - 95.46	95.44.1 – 95.44.2 – 95.45
OSTETRICA E GINECOLOGIA			
85	Isteroscopia	68.12	68.12.1
ORTOPEDIA			
86	Artroscopia	80.20	Non presente nel Nomenclatore
RIABILITAZIONE			
87	1° Visita riabilitativa	89.7	89.7
88	Respiratoria	V57.0	93.18
89	Motoria	V57.1	93.11.1 – 93.11.2 – 93.11.3 - 93.11.4 93.11.5
90	Logopedia	V57.3	93.72.1 – 93.72.2
91	Ortottica	V57.4	93.78.1 - 93.78.2
ENDOCRINOLOGIA			
92	Visita endocrinologica	89.7	89.7

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
93	Interventi chirurgici Polmone	32 - 33	
94	Interventi chirurgici Colon	46	
95	Tonsillectomia	28.2 – 28.3	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
96	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
97	Legatura e stripping di vene	38.5	
98	Emorroidectomia	49.46	

99	Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10	
100	Decompressione tunnel carpale	04.43	

Per le prestazioni sopra elencate, il tempo massimo di attesa individuato dalla Regione dovrà essere garantito per il 90 per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime, che comunque andranno a garantire classi di priorità con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato, in coerenza e in analogia con quanto già stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 11 luglio 2002 per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero.

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

4. DIRETTA APPLICABILITÀ DEI TEMPI FISSATI A LIVELLO NAZIONALE IN CASO DI INERZIA REGIONALE

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

5. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI DELLE AZIENDE USL

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

Fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, il programma attuativo aziendale provvede a recepire i tempi massimi di attesa - in attuazione della normativa regionale in materia ed 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 al paragrafo 3 del presente Piano nazionale.

Nel programma, sentite le organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica e i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori, sono

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

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

6. VINCOLO DELLE RISORSE PER IL PIANO DI CONTENIMENTO E CUP

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

TABELLA
(risorse vincolate per il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa, a
valere sui fondi di cui all'articolo 1 comma 34 e 34 bis della legge 662/1996 per
ciascuno degli
anni 2006-2007-2008)

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

7. FLUSSO INFORMATIVO

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

7.1 Monitoraggio di sistema

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

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

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

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

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

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

In considerazione del fatto che le Regioni hanno facoltà di non utilizzare sistemi di prenotazione che tengano conto delle classi di priorità per le prestazioni programmabili e che le classi A (entro 10 giorni) e B (30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali) previste nell'Accordo dell'11 luglio 2002 comprendono le prestazioni per le quali l'accesso prioritario è connotato da criteri di appropriatezza tali da raccomandare, entro tempi ravvicinati, l'erogazione della prestazione ad una determinata percentuale di soggetti, a livello nazionale si adotta la seguente metodologia:

- tempo massimo di attesa per le visite specialistiche: 30 giorni;
- tempo massimo di attesa per le prestazioni diagnostiche: 60 giorni;
- il valore soglia è l'80%, nel senso che l'indicatore si ritiene soddisfatto se almeno l'80% dei cittadini ottiene una prenotazione che si colloca al di sotto del tempo massimo di attesa.

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

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

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

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

Sono oggetto di verifica esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto e le prestazioni urgenti differibili.

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

diagnostico che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening.

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

Per quanto attiene ai ricoveri, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, è obbligatorio l'utilizzo delle *Agende di Prenotazione dei Ricoveri* nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa" (*Linee guida per la agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili*), tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8 della legge n.724/1994, che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie locali, dei presidi ospedalieri delle aziende ospedaliere di tenere il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

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

- intervento chirurgico per cancro della mammella: entro 30 giorni per il 100% dei pazienti (come in precedenza)
- intervento chirurgico per cancro del colon-retto: entro 30 giorni per il 100% dei pazienti (come in precedenza)
- intervento per protesi d'anca: entro 90 giorni per il 50% dei pazienti, entro 180 giorni per il 90% dei pazienti
- coronarografia: entro 60 giorni per il 50% dei pazienti, entro 180 giorni per il 100% dei pazienti (in precedenza erano 120 giorni per il 90%),

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

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

7.2 Monitoraggio specifico

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

7.3 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di prenotazione

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 stabilisce che alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono adottare, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Di tutte le sospensioni va informato, con cadenza semestrale, il Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 27 maggio 2002.

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

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

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

- interventi per fissazione dei tempi di attesa;
- realizzazione dell'obiettivo dei CUP;
- modalità con cui i programmi attuativi aziendali saranno oggetto di monitoraggio e valutazione.

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

9 Ruolo della Commissione nazionale sull'appropriatezza .

La Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, la cui istituzione è prevista dal comma 283 della legge finanziaria 2006 svolge, nell'ambito delle attività di cui al presente Piano, la promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per i soggetti utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni

delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.

10 Ruolo dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali.

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