



DELIBERAZIONE N° 202500152

SEDUTA DEL 28/03/2025

Direzione Generale per la salute e le Politiche
della Persona
13BA

STRUTTURA PROPONENTE

OGGETTO

Approvazione del Piano Regionale Governo delle Liste d'Attesa - Sezione specialistica ambulatoriale ex Art. 2 c. 5 del D.L. n.73/2024 coordinato con la Legge di conversione n. 107 del 29 Luglio 2024 .

Relatore ASSESSORE DELEGATO ALLA SALUTE E ALLE POLITICHE SOCIALI

La Giunta, riunitasi il giorno 28/03/2025 alle ore 15:00 nella sede dell'Ente,

			Presente	Assente
1.	Bardi Vito	Presidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Pepe Pasquale	VicePresidente	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Latronico Cosimo	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Cicala Carmine	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Cupparo Francesco	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Mongiello Laura	Assessore	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Segretario: Salvatore Capezzuto

ha deciso in merito all'argomento in oggetto, secondo quanto riportato nelle pagine successive.

Ufficio Ragioneria Generale e Fiscalità Regionale

PRENOTAZIONE IMPEGNI

Num. Preimpegno	Bilancio	Missione,Programma,Titolo,Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro

IMPEGNI

Num. Impegno	Bilancio	Missione,Programma Titolo,Macroaggr.	Capitolo	Importo Euro	Atto	Num. Prenotazione	Anno

IL DIRIGENTE

Allegati N° 3

Atto soggetto a pubblicazione integrale integrale senza allegati per oggetto per oggetto e dispositivo sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata

LA GIUNTA

- VISTA** la L. n. 241/90 ad oggetto: “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi.” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D.lgs. n. 165/2001, recante: “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche.” e ss.mm.ii.;
- VISTO** il D. Lgs. n. 82 del 7.03.2005, recante “Codice dell’amministrazione digitale.”;
- VISTA** la Legge n. 136 del 13.08.2010, in materia di tracciabilità dei flussi finanziari;
- VISTO** il D.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii. concernente il riordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni;
- VISTA** la L.R. n. 12/96 e ss.mm.ii., recante “Riforma dell’organizzazione amministrativa regionale.”;
- VISTO** lo Statuto della Regione Basilicata, approvato con Legge Statutaria Regionale 17/11/2016 n. 1 e successive modifiche e integrazioni;
- VISTA** la D.G.R. n. 11/1998, recante: “Individuazione degli atti di competenza della Giunta.”;
- VISTO** il D.P.G.R. n. 153 del 9.7.2024 avente ad oggetto “Art. 48, comma 1, lettera d), art. 49, 50, 51 e 55 dello Statuto della Regione Basilicata. Nomina componenti della Giunta regionale della Basilicata.”;
- VISTA** la L.R. 30.12.2019 n. 29, recante: “Riordino degli uffici della Presidenza e della Giunta regionale e disciplina dei controlli interni.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 63 del 9.2.2021 recante “Legge regionale 30.12.2019 n. 29. Regolamento di delegificazione avente ad oggetto “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata – Approvazione” adottato ai sensi dell’articolo 56, comma 3, dello Statuto regionale;
- VISTO** il Regolamento regionale del 10.02.2021, n. 1, recante “Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Basilicata”, pubblicato sul Bollettino Ufficiale del 10.02.2021 - Serie speciale, emanato ai sensi dell’art. 2 della richiamata legge regionale n.29/2019 e successive modifiche;
- VISTA** la D.G.R. n. 219 del 19.03.2021, concernente l’approvazione, ai sensi dell’art. 5, comma 2, del Regolamento n. 1/2021, della nuova organizzazione delle strutture amministrative della Giunta regionale;
- VISTA** la D.G.R. n. 750 del 6.10.2021 avente ad oggetto: “Modifiche parziali alla D.G.R. n. 219/2021. Riapprovazione del documento recante l’organizzazione delle Strutture amministrative della Giunta regionale.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 768 del 6.10.2021, avente ad oggetto: “Strutture amministrative della Giunta regionale. Graduazione e avvio procedimento di rinnovo degli incarichi dirigenziali.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 906 del 12.11.2021 avente ad oggetto: “Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarichi.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 179 dell’8.04.2022 avente ad oggetto: “Regolamento interno della Giunta regionale della Basilicata – Approvazione.”;
- VISTO** il D.P.G.R. n. 80 del 5.05.2022 pubblicato sul BUR n. 20 del 6.05.2022 avente ad oggetto: “Regolamento regionale controlli interni di regolarità amministrativa. Emanazione.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 232 del 14.4.2023 avente ad oggetto: “Riorganizzazione Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.”;
- VISTA** la D.G.R. n. 314 dell’8.06.2023 avente ad oggetto: “Dirigenti regionali a tempo indeterminato. Conferimento incarico.”;

VISTA la D.G.R. n. 48 del 31.01.2024 avente ad oggetto: “Conferimento incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona.”;

VISTA la DGR n. 506 del 14.08.2024 avente ad oggetto: “Art. 3 Regolamento 10 febbraio 2021 n. 1. Conferimento incarichi di Direzione Generale.”;

VISTA la D.G.R. n. 39 del 30.01.2025 avente ad oggetto: “Regolamento regionale 11 ottobre 2024, n. 4 - Ulteriori adempimenti organizzativi.”;

VISTA la D.G.R. n. 53 del 31.01.2025 avente ad oggetto: “Incarichi dirigenziali presso la Direzione Generale per la Salute e le Politiche della Persona. Proroga.”;

VISTO il D.lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii., avente ad oggetto: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli Enti Locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5 maggio 2009, n. 42.”;

VISTA la L.R. n. 34 del 6.09.2001, ad oggetto “Nuovo ordinamento contabile della Regione Basilicata”;

VISTA la D.G.R. n. 792 del 30.11.2023 avente ad oggetto: “Documento di Economia e Finanza Regionale (DEF) 2024-2026 – Approvazione.”;

VISTA la D.G.R. n. 49 del 31.01.2024 avente ad oggetto: “Approvazione Disegno di legge: Rendiconto generale della Regione Basilicata per l'esercizio finanziario 2022. Adeguamento alla decisione n. 73/2023/PARI della Sezione regionale di controllo della Corte dei conti della Basilicata.”;

VISTA la L.R. n. 3 del 7.2.2024 avente ad oggetto: “Legge di stabilità regionale 2024.”;

VISTA la L.R. n. 4 del 7.2.2024 avente ad oggetto: “Bilancio di previsione finanziario per il biennio 2024-2026.”;

VISTA la D.G.R. n. 84 del 9.2.2024 avente ad oggetto: “Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento al Bilancio di previsione per il triennio 2024-2026.”;

VISTA la D.G.R. n. 85 del 9.2.2024 avente ad oggetto: “Approvazione del Bilancio finanziario gestionale per il triennio 2024-2026.”;

VISTA la D.G.R. n. 131 del 28.2.2024 avente ad oggetto: “Prima variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. n. 218 del 20.3.2024 avente ad oggetto: “Seconda variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. n. 270 del 5.4.2024 avente ad oggetto: “Riaccertamento dei residui attivi e passivi al 31 dicembre 2023, ai sensi dell'art.3, comma 4, del D. Lgs. 118/2011 e conseguente variazione del Bilancio di Previsione Finanziario per il triennio 2024/2026.”;

VISTA la D.G.R. n. 349 del 30.4.2024 avente ad oggetto: “Terza variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. 372 del 15.05.2024 avente ad oggetto: “Approvazione disegno di legge: Rendiconto generale della Regione Basilicata per l'esercizio finanziario 2023.”;

VISTA la D.G.R. 380 del 23.05.2024 avente ad oggetto: “Circolare concernente l'attuazione di “Misure organizzative per la tempestività dei pagamenti in attuazione dell'art. 4-bis del decreto legge 14 febbraio 2023, n.13, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 aprile 2023, n. 41 – Approvazione.”;

VISTA la D.G.R. n. 411 dell'1.08.2024 avente ad oggetto: “Quarta variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. n. 490 del 13.08.2024 avente ad oggetto: “Quinta variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. n. 516 del 6.09.2024 avente ad oggetto: “Rendiconto integrato Giunta - Consiglio della Regione Basilicata per l'esercizio finanziario 2023 - Integrazione alla D.G.R. n. 372 del 15.05.2024.”;

VISTA la L.R. n. 34 del 24.10.2024, avente ad oggetto: “Assestamento del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2024-2026”;

VISTA la D.G.R. n. 645 del 30.10.2024 avente ad oggetto: “Variazioni al Documento Tecnico di Accompagnamento ed al Bilancio finanziario gestionale, in seguito all'approvazione, da parte del Consiglio regionale, della legge regionale recante l'Assestamento del bilancio di previsione finanziario per il triennio 2024-2026.”;

VISTA la D.G.R. n. 702 del 28.11.2024 avente ad oggetto: “Sesta variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la D.G.R. n. 777 del 19.12.2024 avente ad oggetto: “Settima variazione al bilancio di previsione 2024/2026, ai sensi dell'art. 51 del D.lgs n. 118/2011 e ss.mm.ii.”;

VISTA la L.R. n. 44 del 30.12.2024 avente ad oggetto: “Autorizzazione all'esercizio provvisorio del bilancio della Regione Basilicata e dei suoi organismi ed enti strumentali per l'esercizio finanziario 2025”;

VISTA la D.G.R. n. 75 del 28.02.2025 avente ad oggetto: “Approvazione del Piano Annuale dei Flussi di Cassa. Art. 6 commi 1 e 2 del Decreto-Legge 155/2024, convertito con modificazioni dalla Legge 9 dicembre 2024, n. 189.”;

VISTA la D.G.R. 378 del 23.05.2024 avente ad oggetto: “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis.”;

VISTA la D.G.R. n. 413 dell'1.08.2024 avente ad oggetto: “D.G.R. n. 378 del 23.05.2024, avente ad oggetto: "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis.”; APPROVAZIONE AGGIORNAMENTO ALL'ALLEGATO A.”;

VISTA la D.G.R. n. 485 del 13.08.2024 avente ad oggetto: “Integrazione del P.I.A.O.- Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2024-2026- approvato con DGR 378/2024, limitatamente alla sezione 3.2.5.a “Piano di Uguaglianza di Genere (GEP).”;

VISTA la D.G.R. n. 517 del 6.09.2024 avente ad oggetto: “D.G.R. N. 413 del 01.08.2024, avente ad oggetto: "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024-2026 – Approvazione ai sensi dell'art. 6 del Decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, in Legge 6 agosto 2021, n. 113 come modificato con Legge 24 febbraio 2023, n. 14 art. 11-bis. - APPROVAZIONE AGGIORNAMENTO ALL'ALLEGATO A.” - DGR n. 378 del 23/05/2024 - Approvazione aggiornamenti.”;

VISTA la D.G.R. n. 7 del 13.01.2025 avente ad oggetto: “Art. 1, comma 8, L.190/2012. Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per l'aggiornamento del Piano Integrato Attività e Organizzazione triennio 2025/2027.”;

VISTA la D.G.R. n. 49 del 30.01.2025 avente ad oggetto. “Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) per il triennio 2025-2027: approvazione della sottosezione Rischi corruttivi e trasparenza.”;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992 n. 421”;

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza.”;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)», e in particolare l'articolo 1, comma 172, che prevede la verifica del Ministero della salute sull'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza di (LEA) compresa la verifica dei relativi tempi di attesa;

VISTA la legge 23 dicembre 2005 n. 266, che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della legge del 5 giugno 2003 n. 131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, recante «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502”, in particolare l'allegato 5, in cui l'abbattimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale e l'erogazione dei servizi entro i tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza;

- VISTO il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, approvato in sede di Intesa del 21 febbraio 2019 stipulata, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 28/CSR);
- VISTO il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, recante «Misure emergenziali per il servizio sanitario della regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria» e, in particolare, l'articolo 11, in relazione ai limiti di spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni;
- VISTO il Decreto del Ministero della Salute 20 giugno 2019 che ha istituito l'Osservatorio Nazionale sulle Liste d'Attesa - composto da rappresentanti del Ministero della Salute, di AGE.NA.S., di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute - con il compito di supportare le Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021 e di svolgere il monitoraggio dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nel citato Piano Nazionale;
- VISTO il decreto legge 14 agosto 2020, n. 104 “Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia.”, convertito in legge, con modificazioni, all'art. 1, comma 1, L. 13 ottobre 2020, n. 126, con particolare riferimento all'art. 29 (Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa) e il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 convertito, con modificazioni, dalla L. 23 luglio 2021, n. 106 con particolare riferimento all'art. 26 (Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse);
- VISTA la legge 29 dicembre 2022, n. 197 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023- 2025.”;
- VISTA la D.G.R. 329 dell'08/06/2023 contenente “Indirizzi strategici e indicazioni operative in materia di governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSR presso le Aziende sanitarie pubbliche e le strutture sanitarie private accreditate di Regione Basilicata.”;
- VISTO il decreto 23 giugno 2023 “Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze approvato, previa intesa in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 19 aprile 2023 (Atto Rep. n. 94 /CSR);
- VISTA la legge 30 dicembre 2023, n. 213 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026”, con particolare riferimento ai commi 218, 219, 220, 221, 232;
- VISTO il decreto 31 dicembre 2023 “Modifica dell'articolo 5, comma 1, del decreto 23 giugno 2023, recante la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.” del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, approvato, previa intesa in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 31 dicembre 2023 (Atto Rep. n. 321/CSR) e successive modifiche approvate previa intesa in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 7 marzo 2024 (Atto Rep. n. 37/CSR);
- VISTO il Programma nazionale equità nella salute 2021-2027, previsto nell'Accordo di partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027 e approvato con decisione di esecuzione della Commissione europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022;
- VISTA la Legge n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024 recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie;
- VISTO l'art. 1 della suddetta legge, il quale prevede che, allo scopo di governare le liste di attesa delle prestazioni sanitarie, in coerenza con l'obiettivo “Potenziamento del Portale della Trasparenza” previsto dal PNRR, è istituita presso l'AGENAS la Piattaforma nazionale delle Liste di Attesa, di cui si avvale il Ministero della Salute, diretta a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme per le liste di attesa relative a ciascuna regione e provincia autonoma;
- VISTO l'art. 2 che istituisce presso il Ministero della Salute, l'Organismo di Verifica e Controllo sull'assistenza sanitaria, che svolge le funzioni già attribuite al Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SIVeAS) assicurandone anche il relativo supporto tecnico, fatta eccezione per talune specifiche funzioni individuate dalla norma (comma 1) e che lo stesso può esercitare il potere di accesso presso le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale,

le Aziende ospedaliere universitarie e i Policlinici universitari, presso gli erogatori privati accreditati, nonché presso tutti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, anche se trasformati in fondazioni, per verificare e analizzare le disfunzioni emergenti a seguito del controllo delle agende di prenotazione;

VISTO l'articolo 3, che detta disposizioni per l'implementazione del sistema di prenotazione delle prestazioni sanitarie, prevedendo, al comma 1, l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati ospedalieri e ambulatoriali di afferire al Centro unico di prenotazione (CUP) regionale o infra-regionale;

VISTO l'articolo 4 che detta disposizioni sul potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche e al fine di garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie ed evitare le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici prevede che, nel limite massimo delle risorse disponibili di cui al comma 3, le visite mediche e specialistiche sono effettuate anche nei giorni di sabato e domenica e che la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata; che spetta ai Direttori Regionali della Sanità vigilare sull'attuazione di tale disposizione e trasmettere un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute e lo svolgimento di tali attività rileva ai fini dell'applicazione delle misure sanzionatorie e premiali nei confronti dei Direttori Regionali di Sanità;

VISTO l'articolo 5 che dispone, in tema di superamento del tetto di spesa già previsto per il personale del Servizio sanitario nazionale, l'incremento dei valori massimi della spesa per il personale anzidetto autorizzati per l'anno 2023 ai sensi della normativa già vigente in materia; che detti valori di spesa sono incrementati annualmente a livello regionale, nell'ambito del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, del 10% dell'incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente ed ulteriori incrementi percentuali;

RITENUTA, la straordinaria necessità e urgenza di dare completa attuazione alle misure volte a garantire il rispetto del programma straordinario per la riduzione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie, al fine di superare le criticità connesse all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni e garantire l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura;

VISTO in particolare l'art. 2 commi 5 e 6 che prevedono che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, istituiscano l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, che, a sua volta provveda a individuare il RUAS ed adottare, con validità annuale, il Piano regionale sulle liste di attesa;

VISTA la D.G.R. n. 577 del 26/09/2024 con la quale, ai sensi dell'art.2 c.5 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024 è stata nominata l'Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa;

VISTA la D.D. 13BA.2024/D.00354 del 30/10/2024 la con la quale, ai sensi del medesimo articolo, è stato nominato il RUAS;

CONSIDERATO che, per dare piena attuazione all'art. 2 c.5 suddetto, occorre procedere all'approvazione del piano regionale liste di attesa, per l'anno 2025;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L.;

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto - legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107, sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025- 2027 e il relativo allegato C);

DATO ATTO che, in attesa dell'approvazione del nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2025-2027, l'obiettivo prioritario regionale è quello di dare attuazione al D. L. 73 /2024 individuando elementi di tutela e di garanzia per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili, per lo meno relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, rinviando a successivo atto l'attuazione del Piano regionale di

recupero delle liste di attesa , relativamente ai ricoveri, che costituiranno importante riforma normativa nel PNGLA 2025-2027 ;

VISTO il verbale del 18/03/2025 dell' Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, agli atti di questa Direzione Generale, con il quale sono stati chiusi i lavori di redazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa -sezione specialistica ambulatoriale per l'anno 2025 (Allegato A);

CONSIDERATO che, pertanto, la Regione Basilicata intende approvare il suddetto Piano, dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, di presentare, improrogabilmente entro 30 giorni dall'adozione del presente atto, a questa Direzione generale per la salute e le politiche della persona, il proprio Piano attuativo aziendale per l'anno 2025(secondo il format di cui all'Allegato 2 di Allegato A) garantendone il rispetto, l'attuazione e il costante aggiornamento

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa e che si intendono integralmente riportate:

DI APPROVARE, nelle more dell'adozione del nuovo PNGLA 2025-2027, il Piano regionale di governo delle liste di attesa -sezione specialistica ambulatoriale per l'anno 2025, (Allegato A), redatto dall' Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa, ai sensi dell'art. 2 comma 5 della Legge n. 107 del 29 luglio 2024 di conversione del D.L. 73/2024 recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, comprensivo dei seguenti allegati:

- Allegato 1: Elenco delle prestazioni traccianti ambulatoriali;
- Allegato 2: Schema tipo Piano attuativo aziendale per l'anno 2025 per il Governo delle Liste di attesa;

che costituiscono tutti parte integrante e sostanziale del presente atto;

DI DARE MANDATO ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali, di presentare, improrogabilmente entro 30 giorni dall'adozione del presente atto, a questa Direzione Generale per la salute e le politiche della persona, il proprio Piano attuativo aziendale--sezione specialistica ambulatoriale, per l'anno 2025(secondo il format di cui all'Allegato 2 di Allegato A) garantendone il rispetto, l'attuazione e il costante aggiornamento;

DI DARE MANDATO al Direttore Generale per la salute e le politiche della persona l'approvazione, con successivo atto, dei Piani Attuativi Aziendali, che saranno trasmessi secondo le modalità di cui al punto precedente e di assegnare lo stanziamento economico delle risorse, destinate alle attività di che trattasi;

DI RINVIARE all'adozione del PNGLA 2025-2027 l'approvazione del Piano regionale di governo delle liste di attesa –sezione ricoveri;

DI DARE atto che per quanto non espressamente modificato con il presente atto, si considerano vigenti le disposizioni di cui alla D.G.R. 329 dell'08/06/2023 contenente “Indirizzi strategici e indicazioni operative in materia di governo dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSR presso le Aziende sanitarie pubbliche e le strutture sanitarie private accreditate di Regione Basilicata.”

DI TRASMETTERE il presente provvedimento alle Aziende sanitarie regionali.

L'ISTRUTTORE _____

IL RESPONSABILE P.O. **Maria Iolanda Ricciuti** _____

IL DIRETTORE GENERALE **Domenico Tripaldi** _____

LA PRESENTE DELIBERAZIONE È FIRMATA CON FIRMA DIGITALE QUALIFICATA. TUTTI GLI ATTI AI QUALI È FATTO RIFERIMENTO NELLA PREMessa E NEL DISPOSITIVO DELLA DELIBERAZIONE SONO DEPOSITATI PRESSO LA STRUTTURA PROPONENTE, CHE NE CURERÀ LA CONSERVAZIONE NEI TERMINI DI LEGGE.

Del che è redatto il presente verbale che, letto e confermato, viene sottoscritto come segue:

IL SEGRETARIO **Salvatore Capezzuto**

IL PRESIDENTE

Vito Bardi

Si attesta che copia in formato digitale viene trasmessa al Consiglio Regionale tramite pec dall'Ufficio Legislativo e della Segreteria della Giunta



REGIONE BASILICATA

Regione Basilicata –Anno 2025

Piano Regionale Governo delle Liste d’Attesa

Sezione specialistica ambulatoriale

(ex art. 2 c. 5 del D.L. n.73/2024 coordinato con la Legge di conversione n. 107 del 29 Luglio 2024 , del PNGLA 2019-2021 e della bozza del PNGLA 2025-2027 (Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L.; Intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto - legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107, sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025- 2027 e il relativo allegato C).

1. Introduzione
 - 1.1 Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali
 - 1.2 Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale
2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana
3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini
4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio
5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva
6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR
7. Ambito di garanzia territoriale
8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili
9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP
10. Disdetta delle prenotazioni
11. Visibilità delle agende di prenotazione
12. RAO e appropriatezza prescrittiva
13. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"
14. Le televisite
15. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa
16. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza
17. Diritti e doveri del cittadino
18. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)
19. Scadenze
20. Direttori generali

1. Introduzione

Con l'approvazione e l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027, in discussione in conferenza Stato –regioni, decadrà la validità amministrativa del precedente PNGLA 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto.

Nelle more dell' approvazione definitiva del suddetto Piano ed in attuazione dell'art. 2 c. 5 del D.L. 73/2024 , così come convertito dalla Legge n. 107 del 29 luglio 2024 recante "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", la Regione Basilicata approva il seguente Piano operativo delle liste di attesa con validità annuale per l'anno 2025, recependo già le indicazioni di massima del nuovo PNGLA 2025-27, se pur limitatamente alle prestazioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche, riservando la programmazione delle attività di ricovero ad un successivo provvedimento.

1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

I tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSR agli Assistiti residenti/domiciliati in Regione Basilicata presso tutte le Aziende Pubbliche e le Strutture Private Accreditate, devono essere aggiornati progressivamente come segue:

- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*U – Urgente*": entro n. 72 ore
- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*B – Breve*": entro n. 10 giorni
- ✓ Visite con classe di priorità "*D – Differibile*": entro n. 30 giorni
- ✓ Accertamenti diagnostico-strumentali con classe di priorità "*D – Differibile*": entro n. 60 giorni
- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*P – Programmabile*": entro n. 120 giorni.

La Classe di priorità è obbligatoria per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i primi accessi.

Per tutte le prescrizioni è obbligatorio il quesito/sospetto diagnostico, sia se trattasi di prestazioni in "*primo accesso*" che di "*accesso successivo*". L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. In caso di prestazioni di laboratorio è possibile che i quesiti diagnostici siano più di uno, nella fattispecie occorre indicare il quesito prevalente. Il medico prescrittore è tenuto a compilare sempre, il quesito diagnostico, per garantire al paziente la prenotabilità della prestazione. Il quesito diagnostico dovrà essere coerente con le eventuali indicazioni cliniche definite a livello nazionale/regionale e selezionate in fase di prescrizione.

Si ricorda che la priorità P deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di primo accesso, riferite a problemi che richiedono approfondimenti, ma che non necessitano di esecuzione in tempi rapidi. Tale priorità quindi non deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di controllo. Le Aziende devono costantemente monitorare il corretto utilizzo della priorità, attraverso valutazioni sistematiche, ovvero a campione, dell'appropriatezza prescrittiva.

1.2. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale

I tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici transitati nel regime ambulatoriale sono quelli previsti dalle classi di priorità dell'ambulatoriale. La classe di priorità prevista per l'erogazione della prestazione chirurgica, dovrà pertanto essere inserita nel sospetto diagnostico, dopo aver selezionato sulla modalità di accesso, nella prescrizione della dematerializza (DEMA), la voce "accesso successivo". I sistemi informatici di prescrizione DEMA devono garantire tale funzione.

2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana

Le Aziende sanitarie regionali nonché le strutture private accreditate devono assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità. Ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione delle modalità organizzative opportune al fine di garantire che tale standard sia raggiunto. Successivamente all'adozione del presente piano saranno monitorati i dati di utilizzo compresi quelli relativi alle ore serali e del fine settimana, così come indicato nel punto 2.

4. Elenco delle prestazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio

Il PNGLA 2019-2021 definisce prima visita o prima prestazione diagnostica-terapeutica il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto e definisce per visita di controllo o di *follow up*, quella successiva a un inquadramento diagnostico concluso per cui si attiva la "presa in carico del paziente cronico". Nel caso in cui un paziente cronico presenti una riacutizzazione della patologia, ovvero una sintomatologia riconducibile ad altro sospetto diagnostico, rientrerà nel percorso di prima visita.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, si prendono in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al quesito diagnostico posto. Tutte le prestazioni di controllo, quelle necessarie per la presa in carico del paziente, le prestazioni richieste in classe U e le prestazioni di screening non sono soggette al monitoraggio ma devono comunque essere garantite entro il tempo previsto dal percorso di cura avviato. In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio potranno essere integrati con successivi atti.

Le tipologie delle prime visite, delle prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici oggetto di monitoraggio, sono riportate **nell'Allegato 1**, parte integrante del presente provvedimento.

5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva

La domanda di prestazioni dovrebbe essere idealmente e completamente appropriata, sulla base di presupposti scientifici validati. Un intervento sanitario (diagnostico, terapeutico, riabilitativo) si ritiene appropriato dal punto di vista prescrittivo quando è richiesto ed erogato in coerenza con il bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti e delle evidenze scientifiche disponibili e quando tenga in considerazione il contesto socioculturale del paziente e il livello assistenziale richiesto, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla congruità prescrittiva sono garantite attraverso l'uso della ricetta DEMA.

In particolare le azioni di miglioramento sull'appropriatezza devono garantire:

- a) l'utilizzo obbligatorio delle classi di priorità per i primi accessi;
- b) l'indicazione negli accessi successivi del tempo massimo di erogazione entro cui effettuare la prestazione;
- c) la presenza obbligatoria del quesito diagnostico appropriato;
- d) l'identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;

6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR

La priorità della prestazione è dettata dal bisogno di salute, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).

L'utente ha diritto ad accedere a uno dei canali di prenotazione in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione, al fine di usufruire del diritto di ricevere la prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità, a partire dalla data di contatto.

La validità temporale della ricetta del SSN è stabilita in 180 giorni, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento, già fissato per l'erogazione della prestazione, debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante.

7. Ambito di garanzia territoriale

L'ambito di garanzia territoriale, inteso come il bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni, entro i tempi massimi previsti, è il territorio regionale.

Ciascuna Azienda sanitaria territoriale deve essere, comunque, in grado di dimensionare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa, entro i tempi massimi definiti dalla priorità indicata. L'obiettivo è quello di assicurare la massima prossimità possibile all'utenza nell'erogazione delle prestazioni, considerando nel contempo la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, nonché la migliore allocazione delle risorse e la sostenibilità economica del sistema nel suo complesso.

Il Piano aziendale dovrà prevedere:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione;
- dimensionamento delle risorse presenti/dedicate ai diversi punti di erogazione;
- dimensionamento della domanda;
- presenza di diversi erogatori, sia pubblici sia privati accreditati;
- livello di complessità della prestazione (basso, medio, alto, altissimo).

Tuttavia, le Aziende, relativamente alle prestazioni oggetto del presente piano, anche facendo ricorso a specifici accordi tra le parti, sono tenute ad individuare percorsi di tutela che, sulla base dello specifico contesto, garantiscano l'accesso alle prestazioni per i cittadini con età superiore ai 75 anni e con invalidità civile del 100%, secondo il criterio della massima prossimità possibile. Il criterio della prossimità, in questi casi, per le visite deve essere garantito a livello distrettuale e la diagnostica a livello aziendale.

Le Aziende utilizzeranno i suddetti criteri, che hanno carattere indicativo e non esaustivo, nella definizione degli ambiti di garanzia per ogni prestazione oggetto di monitoraggio.

Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura diversa, rinunciando alla prima disponibilità offerta nell'ambito del bacino di garanzia e nel rispetto dei tempi di attesa definiti dalla priorità della prescrizione, la garanzia decade.

8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili

Alcune delle modalità operative aziendali volte ad equilibrare domanda e offerta sono:

- a) gestione delle agende con l'adozione di un sistema di *recall*, con recupero sistematico degli eventuali spazi resisi disponibili, per i livelli di priorità B, D e P;
- b) manutenzione delle liste di attesa, registrando rifiuti e modifiche dei bisogni di salute;
- c) ricorso agli istituti contrattuali più opportuni, tra quelli previsti dalla normativa vigente per l'incremento dell'offerta (come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente da erogare in regime libero professionale aziendale), ai fini di ampliare l'orario di attività dei servizi ambulatoriali e diagnostici attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
- d) acquisto di pacchetti di attività da medici specialisti ambulatoriali interni;
- e) acquisto di prestazioni da erogatori privati accreditati secondo le modalità previste dalla vigente normativa, anche tramite l'utilizzo di eventuali fondi aggiuntivi;
- f) riorganizzazione dell'utilizzo e/o revisione logistica della distribuzione, nell'Azienda, delle grandi apparecchiature.

Le Aziende sanitarie devono utilizzare anche l'offerta territoriale della FARMACIA DEI SERVIZI per l'esecuzione di prestazioni analitiche di primo e secondo livello, (con particolare riguardo a ECG, holter pressorio, holter cardiaco) mediante l'utilizzo di strumentazione proprietaria, e in collegamento funzionale con centri di cardiologia.

Per le prestazioni che richiedano attrezzature di particolare complessità tecnologica, dovrà essere favorita l'attività istituzionale rispetto alla libera professione intramoenia.

Per tutte le prestazioni per le quali si verifica il superamento dei tempi di attesa di cui al punto 1.1. del presente piano, il Direttore Generale è responsabilizzato relativamente al monitoraggio ed alla messa in atto di azioni finalizzate a ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia, allo scopo di convogliare risorse, spazi e attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa.

9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP

L'accesso ambulatoriale deve avvenire tramite prenotazione in agende informatizzate afferenti al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale, in cui siano inserite tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili, ovvero la prenotazione deve essere effettuata contestualmente alla prescrizione direttamente da operatori sanitari in caso di "*presa in carico*".

Le Aziende devono garantire una comunicazione e sensibilizzazione efficaci verso gli utenti e per gli operatori addetti alle prenotazioni, relativamente alle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri, utilizzando e implementando tutti gli strumenti informativi disponibili, adeguandosi alle indicazioni regionali, volte all'omogeneizzazione e alla standardizzazione delle procedure di accesso alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

Le Aziende devono, altresì, informare il cittadino in caso di sospensione temporanea dell'erogazione della prestazione prenotata e ricontattarlo in tempi brevi e coerenti con il bisogno di salute per un nuovo appuntamento in relazione alla tipologia di prestazioni.

10. Disdetta delle prenotazioni

In materia di mancata disdetta, le Aziende devono adottare un percorso di recupero della tariffa della prestazione, da applicare anche agli esenti. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta entro il termine di 4 giorni lavorativi rispetto alla data dell'appuntamento, fatti salvi i casi di impossibilità per motivi sanitari certificati, è tenuto al pagamento del ticket massimo previsto per la prestazione, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Devono pertanto essere previsti in tali casi strumenti trasparenti e accessibili per il recupero del valore della prestazione. La mancata comunicazione si intende confermata.

Al CUP compete, altresì, un sistema di *remind* e di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, come previsto dall'art. 3 comma 5 del DL 73/2024.

11. Visibilità delle agende di prenotazione

La visibilità delle agende di prenotazione deve essere interamente fruibile a livello Aziendale e comprensiva dell'offerta delle strutture private accreditate.

La chiusura/indisponibilità delle agende di prenotazione è inderogabilmente vietata presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate, senza alcuna eccezione ai sensi dell'art. 1 c.284 della Legge 266/2005. Il controllo dell'eventuale chiusura delle agende sarà a cura di AGENAS, ai sensi dell'art.1 comma 1 del decreto legge n. 73/2024. A fronte di inefficienze e anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di audit nei confronti delle Regioni/PA nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende come previsto dall'art. 2 comma 6 del decreto legge n. 73/2024.

12. RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenei) e appropriatezza prescrittiva

Il metodo RAO ha l'obiettivo di definire, per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, una coerenza tra i tempi massimi di attesa e le condizioni di salute, stabilendo criteri clinici espliciti concordati.

In attesa del nuovo PNGLA e dell'aggiornamento dei RAO, le Aziende dovranno far riferimento ai RAO individuati nel PNGLA 2019-2021.

13. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"

Per il paziente è esigibile il diritto di avere la prestazione nei tempi massimi e le Aziende sanitarie del SSR sono tenute a garantire tale diritto attivando i percorsi di tutela senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere sul paziente stesso.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi di attesa, secondo la classe di priorità indicata, le Aziende sanitarie del SSR attivano un percorso di presa in carico.

Si declinano di seguito i percorsi di tutela ossia modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al paziente non possa essere assicurata la prestazione al momento di contatto con il CUP.

Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto-legge n. 73/2024, i percorsi di tutela da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213/2024, e sulla base delle tariffe nazionali vigenti comprendono:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 e dei vincoli nazionali in materia di tetto di spesa verso erogatori privati accreditati;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate;

d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213.

Tra gli strumenti di supporto all'efficientamento delle agende possono essere annoverati l'*overbooking* o il riutilizzo degli *slot* non occupati.

I percorsi di tutela rappresentano quindi una modalità per accedere ad una quota di offerta di prestazioni straordinaria che viene attivata solo a fronte di criticità.

In ultima istanza, le direzioni generali aziendali hanno la possibilità di acquistare delle prestazioni dal professionista, erogate in regime libero professionale. In tale caso il servizio sanitario nazionale può sostenere esclusivamente il costo corrispondente al costo della tariffa nazionale vigente per la prestazione interessata. Inoltre, è possibile annoverare il ricorso ad accordi con le Aziende Ospedaliere e i privati accreditati che insistono nell'ambito di garanzia.

Se i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel PNGLA 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste anche attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato. I Direttori generali delle aziende sanitarie dovranno vigilare sul rispetto della disposizione, soprattutto ai fini dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti a cui sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

In tutti i casi, è da escludersi tassativamente il rimborso a posteriori (ossia a prestazione già eseguita), di somme relative all'erogazione di prestazioni in Libera Professione o presso strutture private, in assenza di autorizzazione preventiva.

14. Le televisite

Nel percorso di presa in carico dei bisogni di salute del paziente, le Aziende favoriscono l'erogazione delle prestazioni specialistiche in modalità di telemedicina (prevalentemente televisita), attraverso la creazione di agende dedicate o *slot* che le includano, anche per le valutazioni specialistiche preliminari, le rivalutazioni e *follow up* periodici.

Le Televisite possono rappresentare una modalità alternativa alle visite di controllo in presenza e pertanto devono seguire le stesse regole applicate alle visite di controllo, compreso il monitoraggio dei volumi al fine del governo delle liste di attesa.

15. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa

Il Decreto-legge n. 73/2024 prevede, all'articolo 1 comma 1, l'istituzione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) della Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNGLA), di cui si avvale il Ministero della Salute.

La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna Regione/PA.

Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. L'architettura si baserà sull'introduzione della PNGLA e di 21 piattaforme regionali delle liste di attesa (PRLA) che interopereranno con la PNGLA. Lo scopo della PNGLA sarà quello di interconnettere tutte le PRLA di cui sopra e produrre uno strumento nazionale (Cruscotto), per la *Governance* delle liste di attesa tramite dati tempestivi. L'interoperabilità Nazionale dei sistemi PNGLA/CUP regionali potrà rappresentare il percorso verso l'ottimizzazione delle liste d'attesa ed inoltre costituirà una base informativa oggettiva e trasparente attraverso la quale i cittadini possano essere informati sulla reale disponibilità delle prestazioni e dei relativi tempi di attesa.

Grazie alle informazioni raccolte dalla piattaforma, sarà possibile monitorare a livello nazionale:

- La disponibilità delle agende (disponibilità delle agende prenotabili per prestazione sia per il sistema pubblico con ripartizione tra SSN e ALPI che per gli erogatori del privato accreditato);
- Set di indicatori relativi ai tempi di attesa in relazione alle classi di priorità (condivisi con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni);
- Verifica dei percorsi di tutela previsti nel PNGLA disponibili;
- Impatto del DM n.77/2022 (e.g. volumi di pazienti presi in carico dalle nuove strutture di assistenza territoriale - Case di Comunità, Ospedali di Comunità);
- Verifica dell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali, della appropriatezza prescrittiva e del rispetto criteri RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa).

16. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza

Ogni Azienda sanitaria regionale dovrà prevedere sul proprio sito istituzionale una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa. Tale sezione dovrà essere direttamente

navigabile dal Portale Sanità della Regione Basilicata e dovrà essere indicizzata nei principali motori di ricerca.

Per finalità di trasparenza, nel sito WEB Aziendale dovranno essere presenti:

- Il Piano Attuativo aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa, con relativa delibera di attuazione. I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile, scaricabile dall'utente, e devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione Liste di attesa;
- L'elenco delle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi massimi di erogazione previsti per norma;
- L'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e contrattualizzati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- I percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- I dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P;
- Gli ambiti di garanzia individuati;
- I percorsi di tutela disponibili;
- La guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino (responsabilità degli utenti; procedure per suggerimenti, reclami, disdette, sanzioni e altre informazioni utili);
- un collegamento al sistema CUP regionale per la prenotazione on line delle prestazioni;

La Regione intende garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la corretta comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui bacini di garanzia, sui percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi, sugli impegni del SSR e sui diritti e doveri dei cittadini.

È importante a questo fine, che ciascuna Azienda sviluppi corsi di formazione/informazione in tema di liste di attesa rivolti a tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi del percorso ambulatoriale, compresa la prenotazione.

A tutela dell'equità e della trasparenza, la Regione aggiorna costantemente il portale regionale dei tempi di attesa rispetto alle modalità organizzative, alle eventuali novità normative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, ai tempi standard per classi di priorità.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, devono essere oggetto di informazione al cittadino per il tramite dei canali di comunicazione attivi.

17. Diritti e doveri del cittadino

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad informare i propri assistiti e il proprio personale, sanitario e non, dei diritti e dei doveri del cittadino.

Diritti

- Il cittadino ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso;
- Il cittadino ha diritto di ottenere informazioni complete e comprensibili in merito al proprio percorso di diagnosi e cura;

- Il cittadino ha diritto di ottenere la prestazione oggetto di garanzia del tempo di attesa nel bacino territoriale di garanzia, così come definito dalla propria Azienda;
- Il cittadino ha il diritto di rinunciare a cure e prestazioni programmate, informando tempestivamente la struttura sanitaria, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano;
- Il cittadino ha diritto di ricevere un avviso di *remind* che gli ricordi la data di appuntamento fissato, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano.

Doveri

- Il cittadino ha il dovere di informare tempestivamente la struttura sulla propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano, al fine di contribuire con un comportamento responsabile al più efficiente utilizzo delle risorse pubbliche;
- Il cittadino quando accede in una struttura sanitaria deve avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri assistiti e a collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico;
- Il cittadino ha il dovere di pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, prima di effettuare la prestazione, salvo particolari deroghe.

18. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)

La DGR 329/2023, a cui si rinvia per l'attuazione, prevede l'istituzione presso le Aziende Sanitarie di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, con il compito di valutare i risultati relativi al rispetto della tempistica, al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei percorsi assistenziali nonché modalità di formazione/informazione destinate ai prescrittori.

19. Scadenze

Entro 30 giorni dall'approvazione del presente Piano le Aziende dovranno trasmettere alla Direzione Generale per la salute e le politiche della persona il Piano attuativo aziendale dell'anno in corso per il governo delle liste di attesa (Allegato 2);

20. Direttori generali

I Direttori generali del Servizio sanitario regionale, sono responsabili di approvare il Piano attuativo aziendale, coerentemente con quanto riportato nel presente Piano regionale, garantendone il rispetto, l'attuazione, il monitoraggio e il costante aggiornamento.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori Generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati.

Oltre lo specifico obiettivo previsto nelle singole delibere di nomina dei Direttori delle Aziende del SSR, le obbligazioni nascenti dal presente Piano costituiscono obiettivo di mandato ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 del D.Lgs 171/2016.

I Direttori Generali devono avviare all'interno delle proprie Aziende le seguenti azioni

- ✓ coinvolgere ed informare gli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prescrizioni (MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici convenzionati, utenti);

- ✓ divulgare agli attori i criteri di priorità, sensibilizzando i prescrittori e monitorandone la corretta osservanza;
- ✓ garantire e monitorare l'utilizzo sistematico :
 - del quesito diagnostico;
 - della classe di priorità;
 - della corretta identificazione di prima visita / visita di controllo;
 - della prescrizione e prenotazione degli accessi successivi da parte dei professionisti e delle strutture che hanno in carico l'utente;
 - della corretta applicazione delle eventuali esenzioni;
- ✓ garantire un *feed-back* sui dati di monitoraggio all'interno dell'Azienda diffondendo i risultati delle attività di revisione al fine di ottenere un costante miglioramento della corretta compilazione delle ricette;
- ✓ diffondere le informazioni agli utenti sulle responsabilità diretta in caso di non presentazione alle prestazioni prenotate senza preavviso, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano, fatte salve documentate situazioni eccezionali;
- ✓ garantire modalità appropriate di comunicazione degli operatori agli utenti
- ✓ attuare il blocco dell'attività libero professionale, in caso superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Allegato 1: Elenco delle prestazioni traccianti ambulatoriali

Allegato 2: Schema tipo Piano Attuativo aziendale per il Governo delle Liste di attesa

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

ALLEGATO L.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

VISITE SPECIALISTICHE

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	CODICE DISCIPLINA
1	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	
2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	89.7A.2	
3	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89.7A.6	
4	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	89.7A.7	
5	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	89.7A.8	
6	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2	
7	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	
8	PRIMA VISITA GERIATRICA	89.7	21
9	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1	
10	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4	
11	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	89.13	
12	PRIMA VISITA OCULISTICA	95.02	
13	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6	
14	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7	
15	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7B.8	
16	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9	
17	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	89.7	71
18	PRIMA VISITA UROLOGICA*	89.7C.2	
19	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	89.7	18

*rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice DM es. PRIMA VISITA DIABETOLOGICA o PRIMA VISITA ANDROLOGICA

PRESTAZIONI STRUMENTALI

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
20	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23
21	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4

22	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2
23	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5
24	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4
	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.6
25	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3
26	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2
27	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1
28	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1
	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2
29	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3
30	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6
	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	88.79.E
31	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50
32	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.C
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.D
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.B
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.A
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	45.13
34	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1
	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2
35	IMPEDENZOMETRIA	95.42
36	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2
37	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE	87.11.3
38	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4
	RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
39	RM DEL COLLO	88.91.6
40	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1
41	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2
	RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3
	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4
	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5
	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6
	RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B
	RM DEL BACINO	88.94.A
	RM DEL BRACCIO	88.94.5

	RM DEL GINOCCHIO	88.94.D
	RM DEL GOMITO	88.94.6
	RM DEL PIEDE	88.94.G
	RM DEL POLSO	88.94.8
	RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F
	RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)	88.94.C
	RM DELLA GAMBA	88.94.E
	RM DELLA MANO	88.94.9
	RM DELLA SPALLA	88.94.4
	RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7
42	RX DELLA COLONNA CERVICALE	87.22
	RX DELLA COLONNA DORSALE	87.23
	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87.24
	RX STANDARD SACROCOCCIGEA	87.24.6
43	RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.2
	RX DELLA CAVIGLIA	88.28.1
	RX DEL FEMORE	88.27.1
	RX DEL GINOCCHIO	88.27.2
	RX DELLA GAMBA	88.27.3
	RX DEL GOMITO	88.22.1
	RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.2
	RX DEL POLSO	88.23.1
	RX DELLA MANO	88.23.2
	RX DELLA SPALLA	88.21.2
	RX DEL TORACE	87.44.1

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
44	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2
	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1
45	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1
	TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3
	TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5
46	TC DEL BRACCIO	88.38.H
	TC DEL GINOCCHIO	88.39.4
	TC DEL GOMITO	88.38.J
	TC DEL PIEDE	88.39.7
	TC DEL POLSO	88.38.L
	TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6
	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE)	88.39.3
	TC DELLA GAMBA	88.39.5
	TC DELLA MANO	88.38.M
	TC DELLA SPALLA	88.38.G
	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2
	TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K
	TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9
TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8	

	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.P
	TC DI POLSO E MANO	88.38.Q
	TC DI SPALLA E BRACCIO	88.38.N
	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.Y
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.A
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.B
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.C
	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5
47	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03
48	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2
49	TC DEL TORACE	87.41
50	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41

LOGO AZIENDA

PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO LISTE DI ATTESA 2025

ex D.G.R.V. XXXX del YYYYYY

I piani operativi aziendali riprendono le indicazioni, evidenziate nell'allegato A e sono da sviluppare secondo i seguenti punti:

1. organizzazione dell'offerta nei casi in cui i tempi previsti dal PNGLA non possono essere rispettati:

- a) azioni di efficientamento delle agende
- b) definizione e adozione dell'ambito di garanzia
- c) potenziamento offerta di visite e prestazioni con:
 - 1. risorse interne
 - 2. risorse aggiuntive attraverso gli istituti contrattuali previsti
- d) programmazione attività con le strutture private accreditate
- e) piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni
- f) ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature
- g) strategie di governo della libera professione
- h) organizzazione delle aperture straordinarie delle attività ambulatoriali nei giorni di sabato e domenica

2. separazione dei canali e dei flussi di accesso:

- a) descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)
- b) definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia

3. gestione della domanda:

- a) analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione

4. piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

1. attività con i prescrittori territoriali

- a) audit e feedback con i prescrittori
- b) formazione residenziale
- c) fad (formazione a distanza)
- d) contrattazione, ecc.

2. attività trasversali

- a) tavoli tecnici prescrittori ed erogatori
- b) tavoli tecnici interaziendali
- c) coinvolgimento del privato accreditato e contrattualizzato
- d) analisi sistematiche di appropriatezza, ecc.

5. trasparenza e comunicazione

- a) struttura del sito web aziendale

Regione Basilicata –Anno 2025

Piano Regionale Governo delle Liste d’Attesa

Sezione specialistica ambulatoriale

(ex art. 2 c. 5 del D.L. n.73/2024 coordinato con la Legge di conversione n. 107 del 29 Luglio 2024 , del PNGLA 2019-2021 e della bozza del PNGLA 2025-2027 (Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e i relativi allegati A, B, D, E, F, G, H, I, L.; Intesa, ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto - legge 7 giugno 2024, n.73, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2024, n.107, sullo schema di decreto del Ministro della Salute recante l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025- 2027 e il relativo allegato C).

1. Introduzione
 - 1.1 Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali
 - 1.2 Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale
2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana
3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini
4. Elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio
5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva
6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR
7. Ambito di garanzia territoriale
8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili
9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP
10. Disdetta delle prenotazioni
11. Visibilità delle agende di prenotazione
12. RAO e appropriatezza prescrittiva
13. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"
14. Le televisite
15. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa
16. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza
17. Diritti e doveri del cittadino
18. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)
19. Scadenze
20. Direttori generali

1. Introduzione

Con l'approvazione e l'adozione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2025-2027, in discussione in conferenza Stato –regioni, decadrà la validità amministrativa del precedente PNGLA 2019-2021 e il sistema di regole in esso contenuto.

Nelle more dell' approvazione definitiva del suddetto Piano ed in attuazione dell'art. 2 c. 5 del D.L. 73/2024 , così come convertito dalla Legge n. 107 del 29 luglio 2024 recante "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*", la Regione Basilicata approva il seguente Piano operativo delle liste di attesa con validità annuale per l'anno 2025, recependo già le indicazioni di massima del nuovo PNGLA 2025-27, se pur limitatamente alle prestazioni di prime visite e prime prestazioni diagnostiche, riservando la programmazione delle attività di ricovero ad un successivo provvedimento.

1.1. Tempi massimi di attesa delle prestazioni ambulatoriali

I tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate in regime SSR agli Assistiti residenti/domiciliati in Regione Basilicata presso tutte le Aziende Pubbliche e le Strutture Private Accreditate, devono essere aggiornati progressivamente come segue:

- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*U – Urgente*": entro n. 72 ore
- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*B – Breve*": entro n. 10 giorni
- ✓ Visite con classe di priorità "*D – Differibile*": entro n. 30 giorni
- ✓ Accertamenti diagnostico-strumentali con classe di priorità "*D – Differibile*": entro n. 60 giorni
- ✓ Tutte le prestazioni con classe di priorità "*P – Programmabile*": entro n. 120 giorni.

La Classe di priorità è obbligatoria per tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale per i primi accessi.

Per tutte le prescrizioni è obbligatorio il quesito/sospetto diagnostico, sia se trattasi di prestazioni in "*primo accesso*" che di "*accesso successivo*". L'indicazione del quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta. In caso di prestazioni di laboratorio è possibile che i quesiti diagnostici siano più di uno, nella fattispecie occorre indicare il quesito prevalente. Il medico prescrittore è tenuto a compilare sempre, il quesito diagnostico, per garantire al paziente la prenotabilità della prestazione. Il quesito diagnostico dovrà essere coerente con le eventuali indicazioni cliniche definite a livello nazionale/regionale e selezionate in fase di prescrizione.

Si ricorda che la priorità P deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di primo accesso, riferite a problemi che richiedono approfondimenti, ma che non necessitano di esecuzione in tempi rapidi. Tale priorità quindi non deve essere utilizzata per la prescrizione di visite e prestazioni strumentali di controllo. Le Aziende devono costantemente monitorare il corretto utilizzo della priorità, attraverso valutazioni sistematiche, ovvero a campione, dell'appropriatezza prescrittiva.

1.2. Tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni di chirurgia transitate al regime ambulatoriale

I tempi d'attesa massimi per gli interventi chirurgici transitati nel regime ambulatoriale sono quelli previsti dalle classi di priorità dell'ambulatoriale. La classe di priorità prevista per l'erogazione della prestazione chirurgica, dovrà pertanto essere inserita nel sospetto diagnostico, dopo aver selezionato sulla modalità di accesso, nella prescrizione della dematerializza (DEMA), la voce "accesso successivo". I sistemi informatici di prescrizione DEMA devono garantire tale funzione.

2. Apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana

Le Aziende sanitarie regionali nonché le strutture private accreditate devono assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana.

3. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini

Il PNGLA prevede che le apparecchiature di diagnostica per immagini siano utilizzate almeno per l'80% della loro potenzialità. Ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione delle modalità organizzative opportune al fine di garantire che tale standard sia raggiunto. Successivamente all'adozione del presente piano saranno monitorati i dati di utilizzo compresi quelli relativi alle ore serali e del fine settimana, così come indicato nel punto 2.

4. Elenco delle prestazioni diagnostiche terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale soggette a monitoraggio

Il PNGLA 2019-2021 definisce prima visita o prima prestazione diagnostica-terapeutica il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto e definisce per visita di controllo o di *follow up*, quella successiva a un inquadramento diagnostico concluso per cui si attiva la "presa in carico del paziente cronico". Nel caso in cui un paziente cronico presenti una riacutizzazione della patologia, ovvero una sintomatologia riconducibile ad altro sospetto diagnostico, rientrerà nel percorso di prima visita.

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, si prendono in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al quesito diagnostico posto. Tutte le prestazioni di controllo, quelle necessarie per la presa in carico del paziente, le prestazioni richieste in classe U e le prestazioni di screening non sono soggette al monitoraggio ma devono comunque essere garantite entro il tempo previsto dal percorso di cura avviato. In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio potranno essere integrati con successivi atti.

Le tipologie delle prime visite, delle prestazioni di diagnostica per immagini e degli altri esami specialistici oggetto di monitoraggio, sono riportate **nell'Allegato 1**, parte integrante del presente provvedimento.

5. Attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva

La domanda di prestazioni dovrebbe essere idealmente e completamente appropriata, sulla base di presupposti scientifici validati. Un intervento sanitario (diagnostico, terapeutico, riabilitativo) si ritiene appropriato dal punto di vista prescrittivo quando è richiesto ed erogato in coerenza con il bisogno del paziente, fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti e delle evidenze scientifiche disponibili e quando tenga in considerazione il contesto socioculturale del paziente e il livello assistenziale richiesto, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla congruità prescrittiva sono garantite attraverso l'uso della ricetta DEMA.

In particolare le azioni di miglioramento sull'appropriatezza devono garantire:

- a) l'utilizzo obbligatorio delle classi di priorità per i primi accessi;
- b) l'indicazione negli accessi successivi del tempo massimo di erogazione entro cui effettuare la prestazione;
- c) la presenza obbligatoria del quesito diagnostico appropriato;
- d) l'identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi;

6. Validità della priorità di accesso e durata della prescrizione su ricetta SSR

La priorità della prestazione è dettata dal bisogno di salute, secondo le distinzioni contenute nel Piano Nazionale Liste di Attesa e nei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).

L'utente ha diritto ad accedere a uno dei canali di prenotazione in tempi coerenti alla priorità indicata sulla prescrizione, al fine di usufruire del diritto di ricevere la prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità, a partire dalla data di contatto.

La validità temporale della ricetta del SSN è stabilita in 180 giorni, tuttavia il limite temporale è ridefinito all'atto della prenotazione/accettazione: una volta che la prestazione prescritta è stata prenotata, infatti, la ricetta resta valida fino al momento dell'erogazione. La prescrizione resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento, già fissato per l'erogazione della prestazione, debba essere spostato per esigenze del paziente e/o della struttura erogante.

7. Ambito di garanzia territoriale

L'ambito di garanzia territoriale, inteso come il bacino territoriale minimo entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni, entro i tempi massimi previsti, è il territorio regionale.

Ciascuna Azienda sanitaria territoriale deve essere, comunque, in grado di dimensionare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa, entro i tempi massimi definiti dalla priorità indicata. L'obiettivo è quello di assicurare la massima prossimità possibile all'utenza nell'erogazione delle prestazioni, considerando nel contempo la qualità e la sicurezza delle prestazioni erogate, nonché la migliore allocazione delle risorse e la sostenibilità economica del sistema nel suo complesso.

Il Piano aziendale dovrà prevedere:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione;
- dimensionamento delle risorse presenti/dedicate ai diversi punti di erogazione;
- dimensionamento della domanda;
- presenza di diversi erogatori, sia pubblici sia privati accreditati;
- livello di complessità della prestazione (basso, medio, alto, altissimo).

Tuttavia, le Aziende, relativamente alle prestazioni oggetto del presente piano, anche facendo ricorso a specifici accordi tra le parti, sono tenute ad individuare percorsi di tutela che, sulla base dello specifico contesto, garantiscano l'accesso alle prestazioni per i cittadini con età superiore ai 75 anni e con invalidità civile del 100%, secondo il criterio della massima prossimità possibile. Il criterio della prossimità, in questi casi, per le visite deve essere garantito a livello distrettuale e la diagnostica a livello aziendale.

Le Aziende utilizzeranno i suddetti criteri, che hanno carattere indicativo e non esaustivo, nella definizione degli ambiti di garanzia per ogni prestazione oggetto di monitoraggio.

Qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura diversa, rinunciando alla prima disponibilità offerta nell'ambito del bacino di garanzia e nel rispetto dei tempi di attesa definiti dalla priorità della prescrizione, la garanzia decade.

8. Governo dell'offerta attraverso strumenti finalizzati all'ottimizzazione nell'uso delle risorse disponibili

Alcune delle modalità operative aziendali volte ad equilibrare domanda e offerta sono:

- a) gestione delle agende con l'adozione di un sistema di *recall*, con recupero sistematico degli eventuali spazi resisi disponibili, per i livelli di priorità B, D e P;
- b) manutenzione delle liste di attesa, registrando rifiuti e modifiche dei bisogni di salute;
- c) ricorso agli istituti contrattuali più opportuni, tra quelli previsti dalla normativa vigente per l'incremento dell'offerta (come l'acquisto di prestazioni da personale dipendente da erogare in regime libero professionale aziendale), ai fini di ampliare l'orario di attività dei servizi ambulatoriali e diagnostici attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana;
- d) acquisto di pacchetti di attività da medici specialisti ambulatoriali interni;
- e) acquisto di prestazioni da erogatori privati accreditati secondo le modalità previste dalla vigente normativa, anche tramite l'utilizzo di eventuali fondi aggiuntivi;
- f) riorganizzazione dell'utilizzo e/o revisione logistica della distribuzione, nell'Azienda, delle grandi apparecchiature.

Le Aziende sanitarie devono utilizzare anche l'offerta territoriale della FARMACIA DEI SERVIZI per l'esecuzione di prestazioni analitiche di primo e secondo livello, (con particolare riguardo a ECG, holter pressorio, holter cardiaco) mediante l'utilizzo di strumentazione proprietaria, e in collegamento funzionale con centri di cardiologia.

Per le prestazioni che richiedano attrezzature di particolare complessità tecnologica, dovrà essere favorita l'attività istituzionale rispetto alla libera professione intramoenia.

Per tutte le prestazioni per le quali si verifica il superamento dei tempi di attesa di cui al punto 1.1. del presente piano, il Direttore Generale è responsabilizzato relativamente al monitoraggio ed alla messa in atto di azioni finalizzate a ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia, allo scopo di convogliare risorse, spazi e attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa.

9. Accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP

L'accesso ambulatoriale deve avvenire tramite prenotazione in agende informatizzate afferenti al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale, in cui siano inserite tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili, ovvero la prenotazione deve essere effettuata contestualmente alla prescrizione direttamente da operatori sanitari in caso di "*presa in carico*".

Le Aziende devono garantire una comunicazione e sensibilizzazione efficaci verso gli utenti e per gli operatori addetti alle prenotazioni, relativamente alle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri, utilizzando e implementando tutti gli strumenti informativi disponibili, adeguandosi alle indicazioni regionali, volte all'omogeneizzazione e alla standardizzazione delle procedure di accesso alla prenotazione delle prestazioni specialistiche.

Le Aziende devono, altresì, informare il cittadino in caso di sospensione temporanea dell'erogazione della prestazione prenotata e ricontattarlo in tempi brevi e coerenti con il bisogno di salute per un nuovo appuntamento in relazione alla tipologia di prestazioni.

10. Disdetta delle prenotazioni

In materia di mancata disdetta, le Aziende devono adottare un percorso di recupero della tariffa della prestazione, da applicare anche agli esenti. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta entro il termine di 4 giorni lavorativi rispetto alla data dell'appuntamento, fatti salvi i casi di impossibilità per motivi sanitari certificati, è tenuto al pagamento del ticket massimo previsto per la prestazione, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria. Devono pertanto essere previsti in tali casi strumenti trasparenti e accessibili per il recupero del valore della prestazione. La mancata comunicazione si intende confermata.

Al CUP compete, altresì, un sistema di *remind* e di disdetta delle prenotazioni, per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o la cancellazione della prenotazione, da effettuarsi almeno due giorni lavorativi prima dell'erogazione della prestazione, anche da remoto, come previsto dall'art. 3 comma 5 del DL 73/2024.

11. Visibilità delle agende di prenotazione

La visibilità delle agende di prenotazione deve essere interamente fruibile a livello Aziendale e comprensiva dell'offerta delle strutture private accreditate.

La chiusura/indisponibilità delle agende di prenotazione è inderogabilmente vietata presso tutte le strutture pubbliche e private accreditate, senza alcuna eccezione ai sensi dell'art. 1 c.284 della Legge 266/2005. Il controllo dell'eventuale chiusura delle agende sarà a cura di AGENAS, ai sensi dell'art.1 comma 1 del decreto legge n. 73/2024. A fronte di inefficienze e anomalie emerse a seguito del controllo delle agende di prenotazione, l'AGENAS può attuare meccanismi di audit nei confronti delle Regioni/PA nei cui territori insistono le aziende sanitarie e ospedaliere titolari delle suddette agende come previsto dall'art. 2 comma 6 del decreto legge n. 73/2024.

12. RAO (Raggruppamento di Attesa Omogenei) e appropriatezza prescrittiva

Il metodo RAO ha l'obiettivo di definire, per i cittadini/pazienti che accedono alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate direttamente dal SSN o per conto del SSN, una coerenza tra i tempi massimi di attesa e le condizioni di salute, stabilendo criteri clinici espliciti concordati.

In attesa del nuovo PNGLA e dell'aggiornamento dei RAO, le Aziende dovranno far riferimento ai RAO individuati nel PNGLA 2019-2021.

13. Definizione e applicazione di "percorsi di tutela"

Per il paziente è esigibile il diritto di avere la prestazione nei tempi massimi e le Aziende sanitarie del SSR sono tenute a garantire tale diritto attivando i percorsi di tutela senza che la ricerca di soluzioni alternative debba ricadere sul paziente stesso.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi di attesa, secondo la classe di priorità indicata, le Aziende sanitarie del SSR attivano un percorso di presa in carico.

Si declinano di seguito i percorsi di tutela ossia modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al paziente non possa essere assicurata la prestazione al momento di contatto con il CUP.

Ai sensi dell'articolo 3, commi 10 e 10 bis, del decreto-legge n. 73/2024, i percorsi di tutela da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge n. 213/2024, e sulla base delle tariffe nazionali vigenti comprendono:

a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213 e dei vincoli nazionali in materia di tetto di spesa verso erogatori privati accreditati;

b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna;

c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle Aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le équipe interessate;

d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, commi 232 e 233, della legge 30 dicembre 2023 n. 213.

Tra gli strumenti di supporto all'efficientamento delle agende possono essere annoverati l'*overbooking* o il riutilizzo degli *slot* non occupati.

I percorsi di tutela rappresentano quindi una modalità per accedere ad una quota di offerta di prestazioni straordinaria che viene attivata solo a fronte di criticità.

In ultima istanza, le direzioni generali aziendali hanno la possibilità di acquistare delle prestazioni dal professionista, erogate in regime libero professionale. In tale caso il servizio sanitario nazionale può sostenere esclusivamente il costo corrispondente al costo della tariffa nazionale vigente per la prestazione interessata. Inoltre, è possibile annoverare il ricorso ad accordi con le Aziende Ospedaliere e i privati accreditati che insistono nell'ambito di garanzia.

Se i tempi previsti dalle classi di priorità individuate nel PNGLA 2019-2021 non possano essere rispettati, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste anche attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria o del sistema privato accreditato. I Direttori generali delle aziende sanitarie dovranno vigilare sul rispetto della disposizione, soprattutto ai fini dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti a cui sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito.

In tutti i casi, è da escludersi tassativamente il rimborso a posteriori (ossia a prestazione già eseguita), di somme relative all'erogazione di prestazioni in Libera Professione o presso strutture private, in assenza di autorizzazione preventiva.

14. Le televisite

Nel percorso di presa in carico dei bisogni di salute del paziente, le Aziende favoriscono l'erogazione delle prestazioni specialistiche in modalità di telemedicina (prevalentemente televisita), attraverso la creazione di agende dedicate o *slot* che le includano, anche per le valutazioni specialistiche preliminari, le rivalutazioni e *follow up* periodici.

Le Televisite possono rappresentare una modalità alternativa alle visite di controllo in presenza e pertanto devono seguire le stesse regole applicate alle visite di controllo, compreso il monitoraggio dei volumi al fine del governo delle liste di attesa.

15. Trasmissione sistematica dei flussi informativi di monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa

Il Decreto-legge n. 73/2024 prevede, all'articolo 1 comma 1, l'istituzione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) della Piattaforma nazionale delle liste di attesa (PNGLA), di cui si avvale il Ministero della Salute.

La piattaforma nazionale è finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme delle liste di attesa relative a ciascuna Regione/PA.

Si tratta di uno strumento di governo delle liste di attesa coerente con l'obiettivo "Potenziamento del Portale della Trasparenza" previsto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza. L'architettura si baserà sull'introduzione della PNGLA e di 21 piattaforme regionali delle liste di attesa (PRLA) che interopereranno con la PNGLA. Lo scopo della PNGLA sarà quello di interconnettere tutte le PRLA di cui sopra e produrre uno strumento nazionale (Cruscotto), per la *Governance* delle liste di attesa tramite dati tempestivi. L'interoperabilità Nazionale dei sistemi PNGLA/CUP regionali potrà rappresentare il percorso verso l'ottimizzazione delle liste d'attesa ed inoltre costituirà una base informativa oggettiva e trasparente attraverso la quale i cittadini possano essere informati sulla reale disponibilità delle prestazioni e dei relativi tempi di attesa.

Grazie alle informazioni raccolte dalla piattaforma, sarà possibile monitorare a livello nazionale:

- La disponibilità delle agende (disponibilità delle agende prenotabili per prestazione sia per il sistema pubblico con ripartizione tra SSN e ALPI che per gli erogatori del privato accreditato);
- Set di indicatori relativi ai tempi di attesa in relazione alle classi di priorità (condivisi con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni);
- Verifica dei percorsi di tutela previsti nel PNGLA disponibili;
- Impatto del DM n.77/2022 (e.g. volumi di pazienti presi in carico dalle nuove strutture di assistenza territoriale - Case di Comunità, Ospedali di Comunità);
- Verifica dell'applicazione delle linee guida e delle buone pratiche clinico-assistenziali, della appropriatezza prescrittiva e del rispetto criteri RAO (Raggruppamenti Omogenei di Attesa).

16. Informazione e comunicazione sulle liste di attesa: trasparenza

Ogni Azienda sanitaria regionale dovrà prevedere sul proprio sito istituzionale una sezione dedicata alle liste e alla gestione dei tempi di attesa. Tale sezione dovrà essere direttamente

navigabile dal Portale Sanità della Regione Basilicata e dovrà essere indicizzata nei principali motori di ricerca.

Per finalità di trasparenza, nel sito WEB Aziendale dovranno essere presenti:

- Il Piano Attuativo aziendale (PAA) per il governo delle liste di attesa, con relativa delibera di attuazione. I documenti vanno pubblicati in formato pdf accessibile, scaricabile dall'utente, e devono essere facilmente raggiungibili attraverso un link disponibile nella prima pagina della sezione Liste di attesa;
- L'elenco delle prestazioni ambulatoriali e relativi tempi massimi di erogazione previsti per norma;
- L'elenco dei punti di erogazione pubblici, privati accreditati e contrattualizzati e relative modalità di accesso alle prestazioni;
- I percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- I dati riferiti al monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale previste dal PNGLA. La pubblicazione è relativa alle classi di priorità B, D e P;
- Gli ambiti di garanzia individuati;
- I percorsi di tutela disponibili;
- La guida alla lettura dei dati contenente le informazioni di interesse per il cittadino (responsabilità degli utenti; procedure per suggerimenti, reclami, disdette, sanzioni e altre informazioni utili);
- un collegamento al sistema CUP regionale per la prenotazione on line delle prestazioni;

La Regione intende garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la corretta comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui bacini di garanzia, sui percorsi di tutela in caso di sfioramento dei tempi massimi, sugli impegni del SSR e sui diritti e doveri dei cittadini.

È importante a questo fine, che ciascuna Azienda sviluppi corsi di formazione/informazione in tema di liste di attesa rivolti a tutti gli operatori coinvolti nelle diverse fasi del percorso ambulatoriale, compresa la prenotazione.

A tutela dell'equità e della trasparenza, la Regione aggiorna costantemente il portale regionale dei tempi di attesa rispetto alle modalità organizzative, alle eventuali novità normative, alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, ai tempi standard per classi di priorità.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, devono essere oggetto di informazione al cittadino per il tramite dei canali di comunicazione attivi.

17. Diritti e doveri del cittadino

Le Aziende Sanitarie sono tenute ad informare i propri assistiti e il proprio personale, sanitario e non, dei diritti e dei doveri del cittadino.

Diritti

- Il cittadino ha diritto di ottenere dalla struttura sanitaria informazioni relative alle prestazioni dalla stessa erogate, alle modalità di accesso;
- Il cittadino ha diritto di ottenere informazioni complete e comprensibili in merito al proprio percorso di diagnosi e cura;

- Il cittadino ha diritto di ottenere la prestazione oggetto di garanzia del tempo di attesa nel bacino territoriale di garanzia, così come definito dalla propria Azienda;
- Il cittadino ha il diritto di rinunciare a cure e prestazioni programmate, informando tempestivamente la struttura sanitaria, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano;
- Il cittadino ha diritto di ricevere un avviso di *remind* che gli ricordi la data di appuntamento fissato, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano.

Doveri

- Il cittadino ha il dovere di informare tempestivamente la struttura sulla propria intenzione di rinunciare, secondo la propria volontà, a cure e prestazioni sanitarie programmate, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano, al fine di contribuire con un comportamento responsabile al più efficiente utilizzo delle risorse pubbliche;
- Il cittadino quando accede in una struttura sanitaria deve avere un comportamento responsabile in ogni momento, nel rispetto e nella comprensione dei diritti degli altri assistiti e a collaborare con il personale medico, infermieristico, tecnico;
- Il cittadino ha il dovere di pagare la quota di compartecipazione, se dovuta, prima di effettuare la prestazione, salvo particolari deroghe.

18. Il monitoraggio dei Piani attuativi aziendali (PAA)

La DGR 329/2023, a cui si rinvia per l'attuazione, prevede l'istituzione presso le Aziende Sanitarie di un tavolo di monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, con il compito di valutare i risultati relativi al rispetto della tempistica, al rispetto dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei percorsi assistenziali nonché modalità di formazione/informazione destinate ai prescrittori.

19. Scadenze

Entro 30 giorni dall'approvazione del presente Piano le Aziende dovranno trasmettere alla Direzione Generale per la salute e le politiche della persona il Piano attuativo aziendale dell'anno in corso per il governo delle liste di attesa (Allegato 2);

20. Direttori generali

I Direttori generali del Servizio sanitario regionale, sono responsabili di approvare il Piano attuativo aziendale, coerentemente con quanto riportato nel presente Piano regionale, garantendone il rispetto, l'attuazione, il monitoraggio e il costante aggiornamento.

In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori Generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati.

Oltre lo specifico obiettivo previsto nelle singole delibere di nomina dei Direttori delle Aziende del SSR, le obbligazioni nascenti dal presente Piano costituiscono obiettivo di mandato ai sensi e per gli effetti dell'art. 2 del D.Lgs 171/2016.

I Direttori Generali devono avviare all'interno delle proprie Aziende le seguenti azioni

- ✓ coinvolgere ed informare gli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prescrizioni (MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici convenzionati, utenti);

- ✓ divulgare agli attori i criteri di priorità, sensibilizzando i prescrittori e monitorandone la corretta osservanza;
- ✓ garantire e monitorare l'utilizzo sistematico :
 - del quesito diagnostico;
 - della classe di priorità;
 - della corretta identificazione di prima visita / visita di controllo;
 - della prescrizione e prenotazione degli accessi successivi da parte dei professionisti e delle strutture che hanno in carico l'utente;
 - della corretta applicazione delle eventuali esenzioni;
- ✓ garantire un *feed-back* sui dati di monitoraggio all'interno dell'Azienda diffondendo i risultati delle attività di revisione al fine di ottenere un costante miglioramento della corretta compilazione delle ricette;
- ✓ diffondere le informazioni agli utenti sulle responsabilità diretta in caso di non presentazione alle prestazioni prenotate senza preavviso, secondo le indicazioni esplicitate nel presente Piano, fatte salve documentate situazioni eccezionali;
- ✓ garantire modalità appropriate di comunicazione degli operatori agli utenti
- ✓ attuare il blocco dell'attività libero professionale, in caso superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Allegato 1: Elenco delle prestazioni traccianti ambulatoriali

Allegato 2: Schema tipo Piano Attuativo aziendale per il Governo delle Liste di attesa

PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

ALLEGATO L.1 PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA

VISITE SPECIALISTICHE

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE	CODICE DISCIPLINA
1	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	
2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	89.7A.2	
3	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	89.7A.6	
4	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	89.7A.7	
5	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	89.7A.8	
6	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	89.7B.2	
7	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	
8	PRIMA VISITA GERIATRICA	89.7	21
9	PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1	
10	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4	
11	PRIMA VISITA NEUROLOGICA	89.13	
12	PRIMA VISITA OCULISTICA	95.02	
13	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6	
14	PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7	
15	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7B.8	
16	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9	
17	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	89.7	71
18	PRIMA VISITA UROLOGICA*	89.7C.2	
19	PRIMA VISITA EMATOLOGICA	89.7	18

*rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice DM es. PRIMA VISITA DIABETOLOGICA o PRIMA VISITA ANDROLOGICA

PRESTAZIONI STRUMENTALI

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
20	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45.23
21	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4

22	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2
23	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	88.73.5
24	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.4
	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO	88.77.6
25	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI	88.76.3
26	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2
27	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1
	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1
28	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.1
	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	88.73.2
29	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3
30	ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6
	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE	88.79.E
31	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50
32	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.C
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.D
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.B
	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.A
33	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]	45.13
34	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	95.41.1
	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	95.41.2
35	IMPEDENZOMETRIA	95.42
36	MAMMOGRAFIA BILATERALE	87.37.1
	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	87.37.2
37	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE	87.11.3
38	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4
	RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
39	RM DEL COLLO	88.91.6
40	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1
41	RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2
	RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3
	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4
	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5
	RM DELLA COLONNA IN TOTO	88.93.6
	RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B
	RM DEL BACINO	88.94.A
	RM DEL BRACCIO	88.94.5

	RM DEL GINOCCHIO	88.94.D
	RM DEL GOMITO	88.94.6
	RM DEL PIEDE	88.94.G
	RM DEL POLSO	88.94.8
	RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F
	RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)	88.94.C
	RM DELLA GAMBA	88.94.E
	RM DELLA MANO	88.94.9
	RM DELLA SPALLA	88.94.4
	RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7
42	RX DELLA COLONNA CERVICALE	87.22
	RX DELLA COLONNA DORSALE	87.23
	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87.24
	RX STANDARD SACROCOCCIGEA	87.24.6
43	RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.2
	RX DELLA CAVIGLIA	88.28.1
	RX DEL FEMORE	88.27.1
	RX DEL GINOCCHIO	88.27.2
	RX DELLA GAMBA	88.27.3
	RX DEL GOMITO	88.22.1
	RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.2
	RX DEL POLSO	88.23.1
	RX DELLA MANO	88.23.2
	RX DELLA SPALLA	88.21.2
	RX DEL TORACE	87.44.1

CODICE PNGLA	PRESTAZIONE	CODICE NOMENCLATORE
44	SPIROMETRIA GLOBALE	89.37.2
	SPIROMETRIA SEMPLICE	89.37.1
45	TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1
	TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3
	TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5
46	TC DEL BRACCIO	88.38.H
	TC DEL GINOCCHIO	88.39.4
	TC DEL GOMITO	88.38.J
	TC DEL PIEDE	88.39.7
	TC DEL POLSO	88.38.L
	TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6
	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE)	88.39.3
	TC DELLA GAMBA	88.39.5
	TC DELLA MANO	88.38.M
	TC DELLA SPALLA	88.38.G
	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2
	TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K
	TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9
TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8	

	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.P
	TC DI POLSO E MANO	88.38.Q
	TC DI SPALLA E BRACCIO	88.38.N
	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.Y
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.A
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO	88.38.B
	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE	88.38.C
	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	88.38.5
47	TC CRANIO-ENCEFALO	87.03
48	TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2
49	TC DEL TORACE	87.41
50	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	89.41

LOGO AZIENDA

PIANO AZIENDALE PER IL GOVERNO LISTE DI ATTESA 2025

ex D.G.R.V. XXXX del YYYYYY

I piani operativi aziendali riprendono le indicazioni, evidenziate nell'allegato A e sono da sviluppare secondo i seguenti punti:

1. organizzazione dell'offerta nei casi in cui i tempi previsti dal PNGLA non possono essere rispettati:

- a) azioni di efficientamento delle agende
- b) definizione e adozione dell'ambito di garanzia
- c) potenziamento offerta di visite e prestazioni con:
 - 1. risorse interne
 - 2. risorse aggiuntive attraverso gli istituti contrattuali previsti
- d) programmazione attività con le strutture private accreditate
- e) piano di sviluppo della telemedicina in tutte le sue declinazioni
- f) ottimizzazione dell'utilizzo delle grandi attrezzature
- g) strategie di governo della libera professione
- h) organizzazione delle aperture straordinarie delle attività ambulatoriali nei giorni di sabato e domenica

2. separazione dei canali e dei flussi di accesso:

- a) descrizione e sviluppo dei modelli di presa in carico nei vari contesti aziendali (esistenti e/o da attivare)
- b) definizione dell'architettura dei profili di accesso al CUP per gli operatori e dei relativi ambiti di autonomia

3. gestione della domanda:

- a) analisi dei bisogni espressi, anche attraverso l'utilizzo dei cruscotti messi a disposizione dalla Regione

4. piano delle azioni sull'appropriatezza prescrittiva

1. attività con i prescrittori territoriali

- a) audit e feedback con i prescrittori
- b) formazione residenziale
- c) fad (formazione a distanza)
- d) contrattazione, ecc.

2. attività trasversali

- a) tavoli tecnici prescrittori ed erogatori
- b) tavoli tecnici interaziendali
- c) coinvolgimento del privato accreditato e contrattualizzato
- d) analisi sistematiche di appropriatezza, ecc.

5. trasparenza e comunicazione

- a) struttura del sito web aziendale
