

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 600 del 13 marzo 2007

**Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Piano Attuativo Regionale: integrazione D.G.R. n. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.06.06**

*[Sanità e igiene pubblica]*

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Flavio Tosi, riferisce quanto segue:

Il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'Intesa Stato - Regioni del 28 marzo 2006, prevede che le Regioni adottino i propri Piani Attuativi i quali saranno oggetto di valutazione da parte del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli di assistenza, previsto dall'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005, secondo le linee guida per la metodologia di certificazione di cui alla nota ministeriale prot. 28107 del 22.12.2006.

La Regione Veneto, con i provvedimenti sinora emanati in materia, e di seguito richiamati, risulta avere già adottato quasi completamente le linee operative previste dal Piano Nazionale.

Con D.G.R. n. 3683 del 13.10.98, in attuazione delle prescrizioni di cui al D.L.vo n. 124/98, sono stati individuati gli standard di riferimento regionali relativi ai tempi di attesa massimi entro i quali le Aziende ULSS e Ospedaliere sono tenute a garantire l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale e sono state dettate disposizioni volte a rendere operativo il principio della tempestività nell'erogazione delle prestazioni stesse.

Successivamente, con D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004, è stato elaborato un programma, organicamente e puntualmente articolato sia nelle azioni che nella tempistica, denominato "Riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale ai fini del contenimento delle liste d'attesa", già in fase avanzata di realizzazione da parte delle Aziende U.L.S.S. e Ospedaliere venete.

Con la D.G.R. n. 2066 del 27.06.06 è stato preliminarmente recepito il Piano Nazionale e il succitato programma è stato integrato e aggiornato con la determinazione di ulteriori azioni da porre in essere.

Le sopra citate deliberazioni costituiscono parte integrante del Piano Attuativo Regionale.

Con successivo provvedimento, a seguito della certificazione del Comitato Permanente sopra citato, si provvederà a ricondurre ad unità organica i provvedimenti regionali in materia.

Con il presente provvedimento si procede a completare la strategia regionale, per il pieno raggiungimento degli obiettivi di cui al Piano Nazionale, puntualizzando gli indirizzi per la predisposizione dei Piani Attuativi Aziendali, seguendo l'impostazione dell'azione articolata sui tre distinti fronti dell'informazione e comunicazione, domanda e offerta di prestazioni.

Le Aziende sanitarie sono tenute a porre in essere tutte le direttive già impartite con le deliberazioni n. 3535/2004 e n. 2066/2006, dandone riscontro nel Piano Attuativo Aziendale.

#### INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Al fine di migliorare la qualità dell'informazione e della comunicazione sulla tematica dei tempi di attesa e del relativo sistema di governo si prevede, anche a livello regionale, la messa in atto di campagne di informazione con cadenza periodica.

Il Piano Attuativo Aziendale deve prevedere:

1. le modalità e i tempi per attuare un'efficace e sistematica comunicazione e informazione ai cittadini circa l'organizzazione dell'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, specie in relazione ai tempi di erogazione delle prestazioni: sistema dell'offerta e sua accessibilità, caratteristiche dei diversi regimi di erogazione, regole a tutela dell'equità e della trasparenza

2. le modalità con le quali è assicurata la diffusione dell'elenco dei punti di erogazione pubblici e privati preaccreditati nei quali sono garantiti i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui all'elenco riportato nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento, nonché l'esplicitazione dei volumi di attività ambulatoriale messi a disposizione per tipologia di prestazione; a tale fine dovranno essere utilizzati tutti gli strumenti di comunicazione disponibili, ivi compresi le carte dei servizi e i siti web, e dovrà essere prevista la diffusione delle suddette informazioni anche presso i luoghi di abituale accesso dei pazienti (es. farmacie, sedi dei distretti, ambulatori dei medici convenzionati ecc.). Le singole equipe potranno informare mensilmente l'utenza sui volumi di attività erogata.

L'informazione deve essere completa anche riguardo ai doveri che l'utente è tenuto a rispettare, in particolare nel:

3 dare, entro congruo tempo, la disdetta della prenotazione nel caso di impossibilità a presentarsi all'appuntamento; a tale fine devono essere rese note le modalità attivate per favorire la disdetta (numero verde, via telematica o altro) e deve essere precisato chiaramente che, in caso di mancata disdetta, l'utente è tenuto comunque al pagamento della quota di partecipazione alla spesa sanitaria, anche se esente; devono essere esplicitate altresì le misure che l'Azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute

4 ritirare il referto entro 30 giorni dall'effettuazione della prestazione specialistica o comunque entro 30 giorni dalla data prevista dall'Azienda per la consegna dello stesso; al riguardo deve essere precisato che, in caso di mancato ritiro, l'utente sarà tenuto, anche se esente, al pagamento per intero della prestazione usufruita e devono essere esplicitate chiaramente le misure che l'Azienda porrà in essere per il recupero delle somme dovute.

## DOMANDA

Per quanto concerne gli adempimenti relativi al governo della domanda, la Regione Veneto, con i provvedimenti sopra citati, ha già identificato l'utilizzo delle "classi di priorità" come strategia fondamentale per la gestione delle liste d'attesa secondo principi di appropriatezza clinica, organizzativa e prescrittivi.

### Prestazioni ambulatoriali

Con il presente provvedimento si dispone che tutte le prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali) devono essere prescritte sempre con l'attribuzione della classe di priorità (A, B o C) di cui alla D.G.R. n. 3535/2004 e che, conseguentemente, l'erogazione delle stesse deve essere garantita nei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe indicata.

Come prima attuazione del principio di cui sopra, i Piani Aziendali devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui all'**allegato A**, secondo quanto ivi indicato
2. responsabilizzare, con decorrenza 1° luglio 2007, tutti i medici operanti nel proprio territorio all'attribuzione sistematica della classe di priorità all'atto della prescrizione sulla ricetta del S.S.N. delle prestazioni ambulatoriali di cui al Nomenclatore Tariffario Regionale (Livelli Essenziali di Assistenza regionali), anche a prescindere dalla presenza di procedure operative esplicite, nonché all'indicazione, nella ricetta stessa, della diagnosi o del sospetto diagnostico (ciò consentirà alle Aziende ULSS di effettuare verifiche a campione circa l'appropriatezza dell'attribuzione della classe di priorità)
3. mettere in atto, con decorrenza 1° luglio 2007, l'utilizzo di sistemi di prenotazione che tengano conto delle classi di priorità, da parte di tutti gli erogatori, pubblici e privati preaccreditati
4. prevedere le modalità per la verifica a campione del rispetto dei protocolli in tema di prioritarizzazione nonché il numero e la tipologia dei processi prescrittivi soggetti a periodico controllo
5. prevedere la sistematica rivalutazione dei percorsi diagnostico/terapeutici e delle specifiche cliniche per l'attribuzione della classe di priorità

A tale proposito si dispone che, se la ricetta non contiene alcuna indicazione della classe di priorità assegnata o della diagnosi/sospetto diagnostico, la richiesta deve essere sempre considerata di classe "C".

I tempi massimi di attesa individuati nell'**allegato A** sono riferiti alle "prime visite" (così come definite dalla nota regionale prot. n. 214/20M00 del 4.3.1998) e alle prime prestazioni diagnostico/terapeutiche, ovvero a quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono quindi escluse tutte le visite urgenti (classe "U" nella ricetta), i controlli (come definiti dalla D.G.R. n. 486 del 5/3/2004) e le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente nonché le prestazioni di screening. Si richiama, altresì, la necessità di distinguere, nella prenotazione, tra "prime visite" e "controlli" mediante l'uso di liste separate di prenotazione.

Al fine di promuovere un accesso omogeneo alle singole prestazioni, la Regione provvederà alla standardizzazione dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria, secondo quanto disposto con la D.G.R. n. 3535/04. In particolare, fermo restando il già definito percorso oncologico, si prevede di definire, previa condivisione con le società scientifiche, le specifiche cliniche per l'attribuzione delle classi di priorità e i percorsi diagnostico - terapeutici relativi al paziente cardiopatico, neuropatico, broncopatico.

Il criterio che verrà utilizzato per la standardizzazione dei suddetti percorsi intende valorizzare la logica della presa in carico del paziente, il quale sarà esonerato dall'effettuazione della prenotazione delle diverse prestazioni oggetto del percorso, cui provvederà direttamente l'organizzazione aziendale.

\*\*\*

#### Prestazioni di ricovero

Per quanto attiene le prestazioni di ricovero si richiama quanto già disposto con la D.G.R. n. 2066/06 e con il Decreto regionale n. 32 del 19.12.2005 che prevede l'inserimento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), delle informazioni "data di prenotazione" e "classe di priorità", come campo obbligatorio ai fini dell'adozione delle classi di priorità e della garanzia dei tempi massimi di attesa.

Ad integrazione si ritiene opportuno procedere all'adozione formale delle "Linee guida per i registri di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili" elaborate dall'Agenzia Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa, alle quali si è ritenuto opportuno apportare alcune modifiche. Esse si allegano al presente atto (**allegato B**) come parte integrante dello stesso.

Si richiama l'attenzione sulla necessità di definire a livello aziendale o interaziendale le specifiche cliniche che costituiranno la griglia di valutazione per l'assegnazione delle classi di priorità. Anche per le prestazioni di ricovero si procederà alla standardizzazione, previa condivisione con le società scientifiche, dei protocolli prodotti dai gruppi integrati ospedale-territorio di ciascuna Azienda sanitaria.

I Piani Aziendali devono:

1. recepire i tempi massimi di attesa per le prestazioni di ricovero di cui all'**allegato A**, secondo quanto ivi indicato
2. prevedere e mettere in atto, con decorrenza 1° luglio 2007, tutti gli adempimenti previsti dalle suddette linee guida

#### OFFERTA

Ciascuna Azienda è tenuta a garantire, per le prestazioni elencate nell'**allegato A**, il rispetto dei tempi massimi di attesa nei punti di erogazione specificamente dalla stessa individuati, esclusivamente nei confronti dei propri assistiti nonché degli assistiti di altre Aziende comunque afferenti allo stesso bacino di utenza (provinciale).

Ciò comporta che ciascuna Azienda provveda, dandone riscontro nel Piano Aziendale, a:

1. verificare l'entità del fabbisogno assistenziale locale. Per quanto concerne le prestazioni di ricovero deve essere sempre tenuto presente l'obiettivo regionale del tasso di ospedalizzazione, pari a 160 per mille abitanti, come indicato dalla D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006. Per le prestazioni ambulatoriali, in attesa della definizione del numero ottimale di prestazioni per abitante, il fabbisogno aziendale deve essere determinato con particolare attenzione all'appropriatezza
2. verificare la propria organizzazione dell'offerta secondo quanto già indicato nella D.G.R. n. 3535/04, tenendo altresì conto della possibilità di effettuare specifici accordi con altre Aziende U.L.S.S., con le Aziende Ospedaliere, con gli IRCSS, con erogatori privati preaccreditati secondo i meccanismi di cui alla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007. L'offerta delle Aziende Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) concorre al rispetto dei tempi di attesa degli assistiti delle Aziende territoriali di riferimento (U.L.S.S. 16 e 20) per le prestazioni di base e degli assistiti delle Aziende territoriali della Provincia o della Regione per le prestazioni di media e alta complessità
3. esplicitare, per le prestazioni ambulatoriali di cui all'**allegato A**, i volumi settimanali/mensili che l'Azienda mette a disposizione, distinti per tipologia e classe di priorità
4. distinguere le prestazioni elencate nell'**allegato A**, tra:
  - prestazioni di base, da garantire, necessariamente ai propri assistiti, nei tempi previsti, nell'ambito territoriale di competenza

- prestazioni ad ampio bacino di utenza o di livello assistenziale di più elevata complessità, da garantire, nei tempi previsti, in ambito territoriale più vasto, anche sulla base di accordi con l'Azienda Ospedaliera, con gli IRCSS o con altre Aziende territoriali della Provincia; tali prestazioni devono essere garantite necessariamente ai propri assistiti nonché agli assistiti delle altre Aziende afferenti al bacino di utenza cui gli eventuali accordi si riferiscono

5 individuare gli ambiti territoriali e le strutture eroganti le prestazioni di cui all'**allegato A**, nelle quali l'Azienda si impegna a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa; tali strutture devono essere equamente distribuite, tenendo conto dei volumi di richiesta e della facilità di accesso per l'utenza, e considerando l'intera rete di offerta (ospedali, distretti, erogatori privati preaccreditati ecc.);

6 indicare le procedure individuate dall'Azienda in caso di superamento, per le prestazioni di cui all'**allegato A**, dei tempi massimi stabiliti presso le strutture specificamente individuate, in modo tale che la prestazione richiesta possa essere erogata all'utente nei tempi previsti, con prenotazione a carico dell'Azienda e senza oneri per l'utente se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa. Al riguardo l'Azienda può ricorrere all'acquisto di pacchetti di attività da personale dipendente secondo gli istituti previsti, da medici specialisti ambulatoriali interni, da erogatori privati preaccreditati secondo le modalità previste dalla D.G.R. n. 452 del 27.2.2007, da altre Aziende U.L.S.S. o Ospedaliere o ad altri tipi di accordi. Le procedure di cui sopra devono essere definite sentite le organizzazioni sindacali della dirigenza medica e del comparto nonché i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori. Qualora l'utente non intenda fruire della prestazione in uno dei punti di erogazione individuati dalla propria Azienda U.L.S.S., non potrà esigere il rispetto dei tempi massimi di attesa. In tale caso, nel rispetto del principio della libera scelta, la prestazione richiesta sarà comunque oggetto di prenotazione nella struttura indicata dall'utente secondo le disponibilità in essa esistenti;

7 definire il tempo di consegna dei referti delle visite o esami diagnostici e di laboratorio, anche diversificandolo per tipologia di prestazione.

\*\*\*

Per quanto attiene l'offerta i Piani Aziendali devono, inoltre, specificamente prevedere:

1 il divieto di sospensione delle prenotazioni per ciascun punto di erogazione (agende chiuse) e l'obbligo della tenuta del registro dei ricoveri ospedalieri; in quest'ultimo vanno riportate altresì le prestazioni di ricovero effettuabili anche in regime ambulatoriale. Tali disposizioni sono da ritenersi immediatamente operative, anche se non sono stati ancora definiti i criteri di applicazione delle sanzioni amministrative, da applicarsi, da parte delle Regioni ai sensi dell'articolo 1, comma 284 della legge finanziaria anno 2005

2 la possibilità di sospendere l'erogazione delle prestazioni solamente per motivi eccezionali e previa autorizzazione del Dirigente Medico di Presidio o del Direttore del Distretto, secondo quanto previsto dalle "Linee guida per la sospensione dell'erogazione" elaborate dall'Agenzia dei Servizi Sanitari Regionali nell'ambito del progetto Mattone Tempi di Attesa. Tali linee guida, alle quali si è ritenuto opportuno apportare alcune modificazioni e specificazioni, si allegano al presente atto (**allegato C**) come parte integrante dello stesso

3 la riscossione, a decorrere dal 1 luglio 2007, del ticket anticipatamente rispetto alla fruizione della prestazione, ai fini della puntuale applicazione di quanto disposto dall'art. 1, comma 1, del D.L.vo n. 124 del 29 aprile 1998, secondo cui nell'ambito dei LEA "sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa". L'obbligo del pagamento anticipato non si applica nei casi in cui non sia possibile procedere ad una preventiva quantificazione della tariffa complessiva e della conseguente quota di partecipazione alla spesa e nei casi in cui si rende necessaria, nel corso di una prestazione ambulatoriale, l'esecuzione di ulteriori accertamenti e/o prestazioni; in tale ipotesi il cittadino verrà invitato a regolarizzare successivamente il versamento, ma comunque sempre prima del ritiro del referto.

4 il completamento del sistema dei CUP Provinciali, tramite il perfezionamento delle modalità di integrazione, tra le Aziende pubbliche e con gli erogatori privati preaccreditati, delle funzionalità e delle applicazioni, mediante la definizione concordata dei nomenclatori e la standardizzazione delle modalità di gestione delle agende.

## OBIETTIVI

Le Aziende sanitarie sono chiamate ad attivare processi di organizzazione del lavoro finalizzati a raggiungere l'obiettivo di garantire, ai propri assistiti nonché agli assistiti delle altre Aziende afferenti comunque allo stesso bacino di utenza (provinciale), il rispetto dei tempi massimi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di cui all'**allegato A**, nella tempistica e secondo gli indicatori e le soglie di seguito riportate.

- prestazioni ambulatoriali:

al 31.12.2007: pazienti codificati come classe A - valore soglia 80%

pazienti codificati come classe B - valore soglia 70%

pazienti codificati come classe C - valore soglia 90%

al 31.12.2008: pazienti codificati come classe A - valore soglia 90%

pazienti codificati come classe B - valore soglia 80%

pazienti codificati come classe C - valore soglia 100%

percorso oncologico:

deve essere garantito al 100% degli assistiti al 31.12.2007

- prestazioni di ricovero:

al 31.12.2008: pazienti codificati come classe A - valore soglia 100%

pazienti codificati come classe B - valore soglia 90%

pazienti codificati come classe C - valore soglia 80%

pazienti codificati come classe D - valore soglia 70%

Nel corso del biennio 2007/2008 di valenza del presente Piano, tali obiettivi, sentito il Tavolo di Monitoraggio di cui alla D.G.R. n. 3535/2004, potranno essere integrati, all'emergere di particolari criticità, con altre prestazioni di ricovero elettivo non ricomprese nell'**allegato A**.

Le prestazioni di ricovero sotto elencate devono essere garantite, al 31.12.2007, nella tempistica e secondo i seguenti indicatori e soglie:

- intervento di protesi d'anca - pazienti codificati come classe C: entro 90 giorni (valore soglia 50%), entro 180 giorni (valore soglia 90%)

- intervento per cataratta - pazienti codificati come classe C: entro 90 giorni (valore soglia 50%), entro 180 giorni (valore soglia 90%)

- coronarografia - pazienti codificati come classe B: entro 60 giorni (valore soglia 50%) - pazienti codificati come classe C: entro 180 giorni (valore soglia 100%)

Sono fatti salvi specifici casi con caratteri di emergenza/urgenza clinica o con criteri di priorità elevata che richiedono attese inferiori.

L'erogazione dell'intervento di cataratta è stata ricondotta anche al regime ambulatoriale dalla D.G.R. n. 2468/2006; ne consegue che la prestazione, attualmente presente nel Nomenclatore Tariffario Regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale con il codice H I A 13.71 e la nomenclatura "inserzione di cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta eseguita in contemporanea" deve comunque essere garantita, anche in questo regime erogativo, entro i tempi sopra citati.

## MONITORAGGIO

Il Piano Nazionale prevede, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, l'attivazione di un monitoraggio di sistema delle liste di attesa, di un monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione e di un monitoraggio specifico delle prestazioni di cui al Punto 3 del Piano stesso, contrassegnate nell'**allegato A** del presente provvedimento con la lettera G.

Con riferimento a quest'ultimo monitoraggio verrà istituito, a livello nazionale, un flusso informativo per la raccolta trimestrale dei dati delle prestazioni erogate presso le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali.

In attesa dell'attivazione del suddetto monitoraggio specifico, a decorrere dal 1 gennaio 2007, il numero di prestazioni attualmente monitorate a livello nazionale è stato incrementato con le ulteriori prestazioni elencate riportate nell'**allegato A**,

lettera G, del presente provvedimento.

Conseguentemente, si rende opportuno integrare, con le medesime prestazioni la tabella delle "prestazioni traccianti" oggetto di monitoraggio regionale mensile, allegata alla D.G.R. n. 3535/2004; le nuove prestazioni sono contrassegnate, al fine di migliorarne la tracciabilità, con la specifica "codice G - prestazione garantita nei tempi massimi previsti".

La suddetta tabella delle "prestazioni traccianti" viene altresì aggiornata come segue:

- eliminazione di alcune prestazioni ora effettuate con diversa tecnica e/o non più clinicamente significative (Esame audiometrico vocale, esame allergologico strumentale per orticarie fisiche)
- inserimento di nuove prestazioni oggetto di lunghi tempi di attesa (ecografia transrettale)
- eliminazione di alcune prestazioni di fatto non più oggetto di prenotazione (es radiografia del torace di routine NAS, elettrocardiogramma), da effettuarsi, comunque, entro tre giorni dalla richiesta
- cancellazione di prestazione che presuppone il contatto diretto tra l'utente e l'unità operativa competente (adattamento impianti cocleari)

Pertanto si propone l'approvazione della nuova tabella delle "prestazioni specialistiche ambulatoriali traccianti" e dei relativi standard regionali di attesa, costituita dalle prestazioni ambulatoriale elencate nell'**allegato A** del presente provvedimento.

Essa sostituisce integralmente la tabella di cui alla D.G.R. n. 3535/2004 e costituisce riferimento per il monitoraggio mensile regionale a decorrere dal 1° luglio 2007.

\*\*\*

In ordine ai principi contenuti nel presente provvedimento sono stati sentiti i componenti del Tavolo Regionale di Monitoraggio previsto dalla D.G.R. n. 3535/2004 e i rappresentanti delle associazioni dei consumatori e degli utenti, nella seduta del 6 febbraio 2007, nonché le organizzazioni sindacali della Dirigenza Medica, dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Libera Scelta e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni nelle sedute del 9.3.2007.

I Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S., Ospedaliere e dell'Istituto Oncologico Veneto devono adottare i Piani Attuativi Aziendali entro il 30 giugno 2007 e a trasmetterli tempestivamente alla Segreteria Regionale alla Sanità e Sociale.

Tali piani, che integrano quelli già predisposti dalle Aziende in attuazione della D.G.R. n. 3535/2004, devono espressamente contenere tutti gli elementi oggetto del presente provvedimento.

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale effettuerà la valutazione della rispondenza dei Piani Aziendali ai contenuti del Piano Regionale e il monitoraggio periodico circa lo stato di attuazione delle attività programmate dalle Aziende sanitarie.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;

VISTO il D.L.vo n. 124 del 29.4.1998

VISTA la D.G.R. n. 3683 del 13.10.1998

VISTA la Legge 23.12.2005 n. 366

VISTA la Legge 206/2005

VISTA la Legge 296 del 27.12.2006

VISTA la D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004

VISTO il Decreto Regionale n. 32 del 19.12.2005

VISTO il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa di cui all'Intesa Stato Regioni del rep n. 2555 del 28.3.2006

VISTA la D.G.R. n. 2066 del 28.6.2006

VISTO il Documento di Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei Piani Regionali sui tempi di attesa di cui alla nota 28107 del 22.12.2006 del Ministero della Salute

VISTA la D.G.R. n. 452 del 27.2.2007

VISTA la D.G.R. n. 4449 del 28.12.2006

VISTA la D.G.R. n. 2468 del 1.08.2006

VISTA la D.G.R. n. 486 del 5.3.2004

delibera

1. di approvare integralmente quanto esposto in premessa, a completamento e aggiornamento del programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui alle D.G.R. n. 3535 del 12.11.2004 e n. 2066 del 27.6.2006;
2. di stabilire che gli **allegati A, B, C** sono parte integrante del presente provvedimento;
3. di dare atto che il presente provvedimento, congiuntamente ai provvedimenti di cui al punto 1, costituisce il Piano Regionale di Contenimento dei tempi di Attesa con cui viene recepito il Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa per il triennio 2006-2008 di cui all'intesa Governo - Regioni rep. n. 2555 del 29.3.2006;
4. di impegnare i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S., Ospedaliere e degli IRCSS, ad adottare i Piani Attuativi Aziendali entro il 30 giugno 2007, secondo le modalità in premessa esplicitate e a trasmetterli tempestivamente alla Segreteria Regionale alla Sanità e Sociale;
5. di dare mandato alla Segreteria Regionale Sanità e Sociale di effettuare la valutazione della rispondenza dei Piani Aziendali ai contenuti del Piano Regionale e il monitoraggio periodico circa lo stato di attuazione delle attività programmate.