

(CO), secondo i dati pubblicati dall'ISTAT, risulta essere al 31 dicembre 2005 di n. 681 abitanti;

Rilevato che, ai sensi dell'art. 2 della l.r. n. 46/83, l'ASL della Provincia di Como, con deliberazione n. 139 del 24 marzo 2006, indirizzata alla D.G. Sanità, ha formulato parere favorevole all'istituzione della pianta organica delle sedi farmaceutiche del comune di Civenna (CO);

Rilevato che, ai sensi dell'art. 2 della l.r. n. 46/83, l'Ordine Provinciale dei Farmacisti della Provincia di Como, con nota indirizzata alla D.G. Sanità, prot. n. 49/gd del 9 marzo 2006, ha espresso parere favorevole in merito all'istituzione della pianta organica delle sedi farmaceutiche del Comune di Civenna (CO);

Ritenuto pertanto di provvedere all'istituzione della pianta organica delle sedi farmaceutiche del Comune di Civenna (CO), costituita da una sede farmaceutica, classificata rurale, comprendente tutto il territorio comunale;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

Viste:

– la legge 2 aprile 1968 n. 475 recante «Norme concernenti il servizio farmaceutico» e successive modificazioni, ed in particolare:

- l'art. 2 che stabilisce che «ogni Comune deve avere una pianta organica delle farmacie nella quale è determinato il numero, le singole sedi farmaceutiche e la zona di ciascuna di esse»;
- l'art. 9 che stabilisce che «la titolarità delle farmacie che si rendono vacanti e di quelle di nuova istituzione a seguito della revisione della pianta organica può essere assunta per metà dal Comune»;

– la legge 8 marzo 1968 n. 221, avente ad oggetto «Provvidenze a favore dei farmacisti rurali» e successive modificazioni, ed in particolare l'art. 1 che classifica le farmacie in due categorie:

- a) farmacie urbane situate in Comuni o centri abitati con popolazione superiore ai 5.000 abitanti;
- b) farmacie rurali ubicate in Comuni, frazioni o centri abitati con popolazione non superiore ai 5.000 abitanti;

– la legge 8 novembre 1991 n. 362, recante «Norme di riordino del settore farmaceutico» e successive modificazioni;

– la l.r. 25 maggio 1983 n. 46, recante «Norme per l'esercizio delle funzioni in materia farmaceutica e di vigilanza sulle farmacie» e successive modificazioni;

– la l.r. 16 maggio 1986 n. 12, avente ad oggetto «Provvidenze a favore dei farmacisti rurali»;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge

Delibera

Per le motivazioni espresse in premessa, che qui si intendono integralmente riportate

1. di istituire la pianta organica delle sedi farmaceutiche del Comune di Civenna (CO), costituita da una sede farmaceutica, classificata rurale, comprendente tutto il territorio comunale;

2. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Bonomo

(BUR20060117)

(3.2.0)

D.g.r. 27 giugno 2006 - n. 8/2828

Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (ai sensi dell'art. 8, c. 6, l. n. 131/2003)

LA GIUNTA REGIONALE

Visto l'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, parte integrante della stessa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, per la quale le Regioni dovranno recepire con atto deliberativo l'Intesa stessa e adottare il Piano Regionale attuativo da trasmettere al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;

Vista la d.g.r. 8/2592 del 24 maggio 2006 recante «Piano Socio Sanitario Regionale 2006-2008: Approvazione della proposta da inviare al Consiglio Regionale»;

Attesa pertanto la necessità di dare tempestivamente attuazione all'intesa sopra indicata e di procedere ad un fattivo coinvolgimento delle Aziende Sanitarie nella definizione del Piano Regionale e nella sua attuazione attraverso i Piani aziendali specifici;

Ritenuto di disporre la pubblicazione del presente atto sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia nonché sul sito web dalla Direzione Generale Sanità;

Valutate ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi in termini di legge

Delibera

Per le motivazioni indicate in premessa, integralmente richiamate:

1. di recepire l'intesa del 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 parte integrante della stessa intesa;

2. di approvare il Piano Regionale di prima attuazione da trasmettere al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA, allegato parte integrante e sostanziale;

3. di rinviare a successivo provvedimento le ulteriori definizioni, a seguito delle Linee Guida che saranno emanate dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ex art. 9 dell'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005;

4. di stabilire che il termine dei 90 giorni per l'adozione del piano da parte delle Aziende Sanitarie Locali decorra dal momento in cui la Regione abbia avuto il parere di congruità da parte del Comitato stesso;

5. di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di istituire un Gruppo di Lavoro di referenti delle ASL e delle Aziende Ospedaliere finalizzato a dare indicazioni sull'attuazione aziendale e a monitorarne l'andamento;

6. di disporre la pubblicazione del presente atto sul bollettino ufficiale della Regione Lombardia nonché sul sito web della Direzione Generale Sanità.

Il segretario: Bonomo

ALLEGATO

Premessa

Liste di Attesa in Regione Lombardia: ricognizione storica e normativa

Il 23 febbraio 2002 è entrato in vigore il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che il SSN si impegna a garantire a tutti i cittadini, comprende il riconoscimento all'interno dei LEA dell'erogazione delle prestazioni entro tempi adeguati alle necessità, dando particolare rilevanza ai criteri di appropriatezza, di trasparenza, d'urgenza. A seguito del d.lgs. 124/98, che affidava alle Regioni il compito fondamentale di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la Giunta Regionale con le deliberazioni n. 6/38571 del 1998, n. 6/43818 e n. 6/47675 del 1999, n. 7/2859 del 2000, d.g.r. n. 7/7928 del 2002 ha definito tempi obiettivo, modalità di monitoraggio e deroghe per strutture ad alta concentrazione di domanda, ha stabilito la separazione delle agende ed ha introdotto la categoria delle urgenze differibili. La Giunta Regionale con le successive deliberazioni n. 7/12287 e 7/15324 del 2003 e d.g.r. 7/19688 del 2004 e d.g.r. 8/1375 del 2005 ha introdotto la negoziazione delle attività di ricovero e di specialistica prevedendo nel 2005 e nel 2006 che una parte significativa delle risorse fosse destinata al finanziamento di specifici progetti aventi l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa e di risolvere eventuali situazioni locali di squilibrio domanda-offerta.

Nei citati provvedimenti è stato stabilito inoltre che:

- le strutture sanitarie devono effettuare gli esami di laboratorio senza prenotazione;
- le liste di prenotazione devono rimanere aperte, in modo da garantire la «trasparenza» delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti;
- i medici di famiglia e i pediatri, qualora ravvisino un caso di

urgenza, possono richiedere che la prestazione sia garantita entro 72 ore dalla prenotazione mediante l'applicazione del «Bollino verde».

Si è inoltre previsto che la struttura erogatrice si impegni, su richiesta del paziente, qualora non sia rispettato il tempo di attesa stabilito come obiettivo relativo alla prestazione, ad erogare la stessa in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente. Secondo tali disposizioni, qualora la struttura prescelta non sia in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo, rivolgendosi all'ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL i cittadini sono indirizzati verso altre strutture del territorio in grado di rispettarlo.

Azioni già programmate per il biennio 2005-2006

Un'azione importante, iniziata in precedenza e proseguita nel 2005, è stata l'implementazione del ricorso a criteri di priorità con il conseguente aggiornamento del monitoraggio dei tempi di attesa tenendo conto delle variabili legate alla priorità clinica. L'assegnazione, per la specialistica ambulatoriale, di risorse destinate a progetti specifici di miglioramento dell'accessibilità delle strutture e di riduzione dei tempi di attesa, è stata possibile grazie alla disponibilità delle informazioni derivanti dal sistema di monitoraggio mensile, integrate con analisi retrospettive dei flussi della rendicontazione ex Circ. 28/SAN. Per il 2006, inoltre, la d.g.r. 8/1375 ha già previsto delle precise azioni di monitoraggio dei tempi di attesa, un forte coinvolgimento al riguardo delle ASL e delle Aziende Ospedaliere ed ha fornito delle precise priorità di intervento, sottolineando l'importanza, già richiamata nelle regole valevoli per l'anno 2005, del ruolo primario che le Direzioni Sanitarie devono avere nel governo del registro delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri programmati con una grande attenzione nel definire dei criteri di accesso alle prestazioni chiari, equi e trasparenti. La stessa d.g.r. 8/1375, all'Allegato VII, ha previsto per le ASL la disponibilità di circa il 14% delle risorse destinate alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da attribuire sulla base di specifici progetti finalizzati a risolvere squilibri domanda offerta e ad incentivare l'erogazione di prestazioni, per cui si rilevano criticità di durata dei tempi di attesa.

La stessa deliberazione prevede inoltre la predisposizione da parte delle Aziende Ospedaliere di due Piani semestrali di Governo dei Tempi di Attesa per risolvere le criticità emerse a livello aziendale e locale, che vanno validati dalla Regione nel merito della loro congruità rispetto all'obiettivo prioritario di miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Call center/numeri verdi per prenotazioni telefoniche

La Regione Lombardia dispone oggi di tre numeri verdi, gratuiti, per i quali si può chiamare da tutta Italia, sia da telefono fisso, sia da cellulare, dedicati esclusivamente alla prenotazione telefonica di prestazioni di specialistica ambulatoriale, differenziati secondo il bacino di utenza dei richiedenti e l'ambito territoriale di erogazione. I tre numeri sono attivi dalle ore 8.00 alle 20.00 dei giorni feriali, sabato compreso.

Per prenotare bisogna essere in possesso dell'impegnativa del proprio medico e della carta SISS (tessera sanitaria). L'operatore propone sempre la prima data disponibile in una delle strutture che hanno attivato il servizio. È possibile chiedere la disponibilità presso una diversa struttura, purché presente nell'elenco vigente.

1. Sanità Milano, che risponde al n. 800.638.638, è il servizio che permette di prenotare visite ed esami specialistici con una struttura sanitaria a scelta tra quelle che aderiscono all'iniziativa nell'area della città di Milano: Fatebenefratelli, Gaetano Pini, Istituti Clinici di Perfezionamento, Niguarda, Ospedale Maggiore di Milano Policlinico, Luigi Sacco, San Carlo, San Paolo, e con i 30 rispettivi poliambulatori.

Il servizio consente inoltre di prenotare, richiedere informazioni, o inoltrare un reclamo on line all'indirizzo <http://www.sanita-milano.it>.

2. Al n. 800.448.800 è possibile prenotare parte delle prestazioni specialistiche erogate dalle Aziende Ospedaliere pubbliche di Cremona, di Garbagnate Milanese e della Azienda Ospedaliera della provincia di Pavia.

3. Al Numero Verde gratuito 803.000, dal mese di novembre 2005, è possibile prenotare, modificare o annullare, le prime visite specialistiche nella provincia di Como e nella provincia di Varese, per i distretti di Varese, Luino, Caviglioglio, Arcisate e Azzate.

Le prime visite sono le visite specialistiche richieste dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta. Devono necessariamente essere stilate su Ricettario Unico Nazionale.

Per ulteriori informazioni ci si può rivolgere al Call Center Sanità, n. verde 840 000 006.

I numeri verdi illustrati consentono di ottenere agevolmente, compatibilmente con la disponibilità delle linee telefoniche, le prestazioni di primo accesso.

Monitoraggio

Con la circolare n. 28/SAN del 21 ottobre 1996, modificata successivamente dalle circolari n. 65/SAN del 1997 e n. 58/SAN del 2002, si è resa obbligatoria la generazione del flusso informativo che va a creare il Database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare anche i Tempi di attesa, creando il cosiddetto monitoraggio regionale *ex post*. In parallelo, dal 1998 ad oggi, la rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si è avvalsa anche della metodologia regionale di monitoraggio *ex ante*. In questo secondo caso, rilevazione *ex ante*, il tempo di attesa rilevato, espresso in giorni, è il tempo intercorrente tra il giorno indice della rilevazione ed il giorno in cui vi è la prima disponibilità in agenda. In questa rilevazione sono incluse le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica. Sono escluse dal calcolo dei tempi di attesa tutte le prestazioni che abbiano carattere di urgenza clinica, le visite o esami di controllo programmato, le prestazioni inserite in programmi di screening e le prestazioni in libera-professione intramuraria. La partecipazione alla Sperimentazione Nazionale in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ed il Ministero della Salute a partire dal 2002 ha consentito di validare l'attuale metodologia di Monitoraggio Regionale dei Tempi di Attesa (RL-MTA) estesa a ben 42 prestazioni che nel 2006 è effettuata mensilmente. Dal 20 aprile 2005 la rilevazione è stata estesa anche a 7 tipologie di prestazioni di ricovero. Gli obiettivi di governo regionale prevedono, entro il 2006, di effettuare l'erogazione entro i 40 gg. dei primi accessi di Risonanze Magnetiche, Ecografie, Tac, Visite Cardiologiche ed ECG e Visite Ortopediche.

Allo stato attuale, in sintesi, i principali riferimenti della «governance» dei tempi di attesa sono:

- i tempi obiettivi regionali ex d.g.r. 6/47675 del 1999;
- i tempi dell'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 che riguardano:
 - RMN della colonna=tempo massimo di attesa 60 giorni;
 - TAC cerebrale=tempo massimo di attesa 60 giorni;
 - ecodoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi periferici = tempo massimo di attesa 60 giorni;
 - visita cardiologica = tempo massimo di attesa 30 giorni;
 - visita oculistica = tempo massimo di attesa 30 giorni;
 - esofagogastroduodenoscopia = tempo massimo di attesa 60 giorni;
 - ecografia addome = tempo massimo di attesa 60 giorni.
- Dal 1° luglio 2003 tale tempo deve essere garantito all'80% dei cittadini che chiedono la prestazione;
- le indicazioni contenute nella proposta di PSSR 2006 - 2008 che sviluppano le seguenti priorità di intervento:
 - sviluppo di linee Guida e Percorsi Diagnostico Terapeutici;
 - ulteriori definizioni di criteri di Priorità clinica;
 - assegnazione di risorse mirata al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni più critiche;
 - migliorare la comunicazione «bidirezionale» con l'utenza;
 - monitoraggio prospettico e retrospettivo;
 - maggior informatizzazione dei dati di prenotazione;
 - centralizzazione dei processi aziendali di prenotazione e coordinamento a livello ASL della rete di offerta di tutti gli erogatori accreditati, collegamenti ai Call center aziendali e progressiva integrazione dei sistemi attraverso la realizzazione di un Centro Unico di Prenotazione con un numero unico telefonico regionale;
 - miglioramento dell'accoglienza attraverso l'offerta e l'ampliamento dei servizi in fasce orarie fino ad oggi poco considerate, più consone alle necessità delle persone che lavorano.

Piano regionale di prima attuazione dell'intesa tra il governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 28 marzo 2006 sul piano 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

(ai sensi dell'art. 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131).

Il presente Piano:

A) **fornisce ulteriori indicazioni sulle definizioni di Primo accesso e Controllo** al fine di razionalizzare l'accessibilità ai servizi sanitari in termini di appropriatezza, e quindi dà ulteriori specifiche al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa della Regione Lombardia (RL_MTA);

B) **fissa l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera**, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte della Regione Lombardia, a seguito dello Schema di intesa Stato - Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006/2008;

C) recepisce la quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, peraltro già vincolate dalla d.g.r. 8/1375 del 16 dicembre 2005 alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa determinata per il triennio 2006/2008 per la Regione Lombardia in € 24.012.382, di cui € 8.004.127 per le attività del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

1. Linee generali di intervento che la regione Lombardia garantisce per un approccio strategico al problema del contenimento dei tempi di attesa

Entro 90 giorni dall'adozione del Piano nazionale, la Regione, anche ad integrazione ed aggiornamento, in questo testo coordinato, dei provvedimenti regionali attuativi dell'articolo 3 d.lgs. 29 aprile 1998, n. 124, dell'accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, del decreto del Presidente del Consiglio 16 aprile 2002 e di quanto già eventualmente definito nell'ambito dei progetti di cui all'articolo 1, commi 34 e 34-bis della legge 23 dicembre 1996, n. 662, adotta e trasmette al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, il presente Piano regionale di prima attuazione, che in via prioritaria deve perseguire i seguenti aspetti:

- Governo della domanda di prestazioni, in particolare promuovendo un ricorso appropriato ai servizi garantiti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR).

- Razionalizzazione/ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio, sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sociosanitarie. Allo scopo viene demandata a livello locale, in sede di coordinamento tra le ASL ed i soggetti erogatori, la definizione degli ambiti territoriali entro i quali, sulla base di valutazioni che tengano conto sia della conformazione del territorio, sia della distribuzione nello stesso degli erogatori, si debbano garantire i tempi di accesso di seguito individuati. Il riferimento di interesse diventa quindi il territorio e non più la singola struttura di erogazione; ciò permette di definire in modo certo e flessibile l'obiettivo e di considerare nel modello organizzativo sia l'espressione della libertà di scelta dei cittadini sia la presenza di strutture di eccellenza caratterizzate da un bacino di utenza spesso anche sovraregionale.

- Gestione razionale del sistema degli accessi, tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consenta di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni differenziando le prestazioni per tipologia e criticità ed individuando e definendo la modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

- Miglioramento della fase di refertazione e di messa a disposizione dei risultati degli esami.

- Definizione dei tempi massimi regionali di attesa per le prestazioni di cui al successivo punto 3.

- Promozione dell'informazione e della comunicazione sulle liste d'attesa. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per comunicare ai cittadini informazioni sul sistema complessivo dell'offerta, sulla sua accessibilità, sulle innovazioni normative ed organizzative e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni. Le azioni elencate nel presente punto sono di primaria responsabilità delle ASL. Al fine di perseguire i presenti obiettivi vanno sostenuti e potenziati strumenti quali i siti web aziendali, le campagne informative, gli Uffici relazioni con il pubblico (URP), le Carte dei servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti.

2.1 Definizione di primo accesso/controllo

Primo accesso (prima visita o primo esame): è l'accesso in cui il problema attuale del paziente viene affrontato per la prima volta e per il quale viene formulato un preciso quesito diagnostico, accompagnato dalla esplicita dizione di «primo accesso». Possono anche essere considerati primi accessi quelli effettuati da pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione o l'insorgenza di un nuovo problema, non necessariamente correlato con la patologia cronica, tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva e/o una revisione sostanziale della terapia (si dovrà in questo caso indicare sulla ricetta «primo accesso»).

Visita o esame di controllo - follow up - o «Classe C»:

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un **inquadramento diagnostico già concluso** che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia; si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a: seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;

- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello **rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico** che necessitano di approfondimento);

- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta;

- tutte le prestazioni per cui non sia presente il quesito diagnostico.

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita - primo accesso, e comunque **nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione**, in quanto lo stesso non va ad influenzare la prognosi ed il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

- **Procedure operative**

L'indicazione della tipologia dell'accesso (primo accesso/controllo) è sempre riportata sulla prescrizione a cura del Medico di Medicina Generale e del Medico Specialista secondo le modalità di seguito specificate:

- **Prima visita o primo esame**

La prenotazione viene effettuata sull'agenda «**primo accesso**» se:

1. è specificato sull'impegnativa che si tratta di una prima visita o primo accesso ed è specificato il problema clinico o il sospetto diagnostico, senza ulteriori specificazioni (es. visita oculistica per sospetto glaucoma - primo accesso);

2. nel caso di prestazioni oggetto di prioritizzazione (le sei categorie di prestazioni ex All. 3 d.g.r. 15324) è indicato «classe A» o «classe B» secondo i protocolli definiti.

- **Visita o esame di controllo:**

La prenotazione viene effettuata sull'agenda «**controlli - follow up**» se:

1. esiste semplicemente la dicitura «controllo» o «follow up» o, meglio, la dicitura «controllo tra... (giorni / mesi)» (in riferimento a Linee Guida, Good Clinical Practices, EBM, ecc);

2. non è specificata sulla ricetta la dizione «controllo» o «follow up» o un'altra specifica indicazione che riconduca ad un primo accesso;

3. nel caso di prestazioni oggetto di prioritizzazione (le sei

categorie di prestazioni ex All. 3 d.g.r. 15.324) è indicata la «classe C» secondo i protocolli definiti;

4. Il medico prescrittore ha indicato sulla ricetta il codice di esenzione per patologia.

Ulteriori indicazioni:

- Nel caso delle visite specialistiche le prestazioni richieste come controllo devono essere rendicontate, a cura delle Strutture Erogatrici, con il relativo codice «8901».

- La compilazione della richiesta di visita di controllo dopo la prima visita specialistica/ricovero presso la struttura, ovvero per il completamento del quesito diagnostico chiesto dal prescrittore, compete allo stesso medico specialista nel caso di strutture dotate del ricettario SSN; negli altri casi la necessità e la tempistica di ulteriori controlli clinici sarà riportata come suggerimento per il Medico Curante nel referto specialistico e comunque sarà cura della struttura garantire l'accesso nei tempi indicati dal medico specialista qualora il medico di medicina generale ne condivida la scelta.

2.2 Azioni di miglioramento ai fini di una maggiore fruibilità dei dati

Per consentire il monitoraggio delle prestazioni erogate e la corretta correlazione con la distribuzione dei tempi d'attesa si raccomanda un'attenta compilazione del tracciato record (flusso 28/SAN e seguenti) da parte delle strutture Erogatrici secondo le indicazioni previste.

Si ricordano di seguito i criteri per attribuire i codici identificativi del tipo di prestazione:

- codice «O» = prestazioni di carattere ordinario (da utilizzare per le prestazioni prescritte come Primo Accesso, o in «classe B»);

- codice «U» = prestazioni urgenti differibili (da utilizzare per le prestazioni con bollino verde o in «classe A»);

- codice «Z» = controlli programmati e tutte le altre prestazioni da escludere dalla rilevazione dei tempi d'attesa (vedi laboratorio analisi, ecc. Da utilizzare sempre per tutte le prestazioni richieste come «Controllo», «classe C», ecc.).

Per una migliore qualità, e soprattutto per una migliore fruibilità dei dati, è necessario il maggior ricorso possibile alla informatizzazione e centralizzazione delle agende a CUP, per evitare la dispersione di informazioni strutturate.

Sarà cura principale delle ASL quella di elaborare e di analizzare periodicamente i dati derivanti dal flusso informativo e dalle rilevazioni di prevalenza sui tempi d'attesa al fine di consentire la valutazione del quadro della domanda/offerta nell'ambito degli organismi di coordinamento istituzionali oltre che nei confronti dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Sarà cura della Direzione Generale Sanità quella di elaborare e di diffondere i risultati a livello di macro-sistema per favorire la visibilità delle best practices.

3. Elenco delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere di cui alla lettera a) dell'articolo 1, comma 280 della legge finanziaria 2006

Le prestazioni sono state individuate a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa svolte in attuazione dell'accordo Stato-Regioni del 14 febbraio 2002, del d.p.c.m. 16 aprile 2002 e dell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002 nelle regioni rispetto alla criticità nei tempi di erogazione e/o al loro particolare impatto sulla salute dei cittadini e sulla qualità dei servizi. L'elenco sarà rivisto annualmente con Intesa tra Governo e Re-

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

L'elenco comprende prestazioni individuate:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari), in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali;

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

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

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

Sono da intendersi non incluse nel presente piano le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva per le quali la Regione Lombardia ha previsto provvedimenti specifici.

Specifiche per consentire la definizione dei tempi massimi per le prestazioni di cui al punto 3 dell'intesa

- Per le urgenze differibili la normativa sul bollino verde, la d.g.r. 6/38571, e sulle classi di priorità «A» per le sei prestazioni ex All. 3 d.g.r. 7/15324, garantisce appieno l'applicabilità dell'Intesa.

- Per le 24 prestazioni dell'Area Oncologica, fatti salvi i principi dell'Accordo 11 luglio 2002 di rispetto dei trenta giorni per giungere alla diagnosi e di trenta giorni per iniziare la Chemioterapia, la Radioterapia, o per ottenere l'intervento chirurgico dal momento della decisione clinica confermata dallo specialista del presidio erogatore, è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura «RISCHIO ONC.».

- Per le prestazioni dell'Area Cardiovascolare è prevista la scrittura sulla ricetta da parte del prescrittore della dicitura «RISCHIO CV».

- Per l'Area Materno Infantile i tempi sono quelli indicati dallo specifico d.m. 10 settembre 1998. Nei casi non contemplati dalla normativa vigente dovrà essere indicata dallo specialista la settimana di gravidanza entro cui vanno effettuate le procedure diagnostiche. Quest'area viene identificata dal Cod. esenzione Mnn (dove nn sta per le settimane di gravidanza).

- Per l'Area Geriatrica, stanti le attuali indicazioni della letteratura, si fa riferimento all'età di 75 anni compiuti, che andranno riportati nelle apposite caselle del nuovo ricettario. Sono fatte salve le indicazioni date in merito agli esenti per patologia.

- Per le Visite specialistiche di maggior impatto si fa riferimento alle indicazioni date sulla definizione di primo accesso e controlli, e si fissano comunque i limiti a 30 gg per l'80% delle richieste, a 40 gg per il 100%.

- Per le restanti prestazioni, evidenziate in grigio, si confermano, se previsti, i tempi massimi attualmente in vigore e comunque si fissa l'obiettivo dei 30 giorni per i primi accessi di visite specialistiche e dei 60 giorni per i primi accessi di indagini strumentali, da garantirsi all'80% dei primi accessi. Per le prestazioni di ricovero, fatto salvo l'accordo 11 luglio 2002 sui percorsi oncologici, si rimanda ad ulteriori determinazioni sulla scorta della lettura dei dati derivanti dai sistemi di monitoraggio.

A. Area Oncologica (numero prestazioni = 24)

(T. max rispettivamente 16 gg per le visite e prestazioni strumentali e 30 gg per i ricoveri. Per la Radioterapia e Chemioterapia i tempi vengono fissati per classi di priorità definite dallo specifico Tavolo regionale)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Numero	Prestazione	Codice ICD9-CM	Codice Nomenclatore
1	Visita oncologica		89.7
2	Visita radioterapica pretrattamento		89.03
Radiologia			
3	Mammografia	87.37	87.37.1 - 87.37.2
TC con o senza contrasto			
4	Torace	87.41	87.41 - 87.41.1

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

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

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

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
24	Chemioterapia	99.25	V58.1

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

B. Area Cardiovascolare (numero prestazioni = 14)**(T. max rispettivamente 16 gg per le visite, 40 gg per le prestazioni strumentali e 30 gg per i ricoveri e per la Riabilitazione)****PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
35	By pass aortocoronarico	36.10	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
36	Angioplastica Coronarica (PTCA)	Categoria 36.0	
37	Endoarteriectomia carotidea	38.12	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
38	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

C. Area Materno Infantile (numero prestazioni = 2)

(Tempi del d.m. 10 settembre 1998; in mancanza di indicazioni specialistiche T. max 16 gg per le visite e 40 gg per le prestazioni strumentali)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

D. Area Geriatrica (numero prestazioni = 9)

(T. max rispettivamente 16 gg per le visite, 40 gg per le prestazioni strumentali e 180 gg per i ricoveri)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
48	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
49	Cataratta	13.0	

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

(Tempi di riferimento: 30 gg per l'80% delle richieste, a 40 gg per il 100%)

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

F. Altre Prestazioni (numero prestazioni = 45)**PRESTAZIONI AMBULATORIALI**

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
56	Radiografia del capo	87.0	87.17.1
57	Radiografia del torace	87.44	87.44.1
58	Clisma opaco semplice e con doppio contrasto	87.64	87.65.1 - 87.65.2

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice ICD9-CM</i>	<i>Codice Nomenclatore</i>
59	Radiografia completa del tubo digerente	87.6	87.61
60	Urografia endovenosa	87.73	87.73
61	Radiografia ossea e delle articolazioni	87.2 - 88.2 - 88.3	87.22 - 87.23 - 87.24 - 87.29 - 88.21 - 88.22 - 88.23 - 88.26 - 88.27 - 88.28 - 88.29.1 - 88.29.2 - 88.31
62	Radiografia dell'addome	88.0 - 88.1	88.19
TC con/senza m. di contrasto (40 gg entro il I sem 2006)			
63	Massiccio facciale	88.38	87.03.3 - 87.03.2
64	Collo	88.38	87.03.8 - 87.03.7
65	Arcate dentarie (dental scan)	88.38	87.03.4
66	Orecchio	88.38	87.03.6 - 87.03.5
67	Ghiandole salivari	88.38	87.03.9
68	Rene	87.71	87.71 - 87.71.1
69	Arti superiori e inferiori	88.38	88.38.4 - 88.38.3 - 88.38.7 - 88.38.6
Risonanza magnetica (40 gg entro il I sem 2006)			
70	Torace e miocardio	88.92	88.92 - 88.92.1
71	Muscoloscheletrica	88.94	88.94.1 - 88.94.2
72	Colonna vertebrale	88.93	88.93 - 88.93.1
Ecografia (40 gg entro il I sem 2006)			
73	Toracica	88.73	88.73.3
74	Capo e collo	88.71	88.71.4
Dermatologia			
75	Test allergologici	V72.7	91.90.1 - 91.90.2 - 91.90.3 - 91.90.4 - 91.90.5 - 91.90.6
Gastroenterologia			
76	Visita gastroenterologica	89.7	89.7
Pneumologia			
77	Visita pneumologica	89.7	89.7
Neurologia			
78	Elettroencefalogramma	89.14	89.14
79	Elettromiografia	93.08	93.08.1
Oculistica			
80	Campo visivo	95.05	95.05
81	Fluorangiografia	95.12	95.12
Otorino			
82	Impedenzometria	20.39	95.42
83	Potenziali evocati	20.39	89.15.1
84	Test vestibolare	95.44 - 95.45 - 95.46	95.44.1 - 95.44.2 - 95.45
Ostetricia e ginecologia			
85	Isteroscopia	68.12	68.12.1
Ortopedia			
86	Artroscopia	80.20	Non presente nel Nomenclatore
Riabilitazione			
87	1° Visita riabilitativa	89.7	89.7
88	Respiratoria	V57.0	93.18
89	Motoria	V57.1	93.11.1 - 93.11.2 - 93.11.3 - 93.11.4 - 93.11.5
90	Logopedia	V57.3	93.72.1 - 93.72.2
91	Ortottica	V57.4	93.78.1 - 93.78.2
Endocrinologia			
92	Visita endocrinologica	89.7	89.7

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO

<i>Numero</i>	<i>Prestazione</i>	<i>Codice Intervento</i>	<i>Codice Diagnosi</i>
93	Interventi chirurgici Polmone	32 - 33	
94	Interventi chirurgici Colon	46	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
95	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	

PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL/DAY SURGERY			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
96	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
97	Legatura e stripping di vene	38.5	
98	Emorroidectomia	49.46	
99	Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10	
100	Decompressione tunnel carpale	04.43	

Per le prestazioni sopra elencate, *il tempo massimo di attesa* individuato con il presente provvedimento dalla Regione dovrà essere garantito, se non altrimenti specificato, per il 90 per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime, che comunque andranno a garantire classi di priorità con un arco temporale minore rispetto a quello evidenziato, in coerenza e in analogia con quanto già stabilito dall'Accordo Stato Regioni del 11 luglio 2002 per alcune prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Si precisa inoltre che i tempi sopra individuati, qualora riguardino prestazioni contemplate nella d.g.r. 6/47675 del 1999, vanno ad integrare i tempi obiettivo a suo tempo definiti dalla medesima d.g.r.. Così pure gli obiettivi specifici dei Direttori Generali già fissati per il 2006 prevalgono sulle regole generali qui contemplate.

5. Programmi attuativi aziendali delle Aziende Sanitarie Locali

Il termine dei 90 giorni per l'adozione del piano da parte delle ASL decorre dal momento in cui la Regione Lombardia ha avuto il parere di congruità da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ex art. 9 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005. Nei propri programmi attuativi le ASL dovranno definire le proprie azioni di coordinamento, monitoraggio, valutazione e diffusione delle informazioni presso la cittadinanza. Al fine di permettere una predisposizione coordinata dei programmi attuativi delle ASL, le Aziende Ospedaliere dovranno inviare alle ASL territorialmente competenti i propri Piani aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla d.g.r. 8/1375.

6. Vincolo delle risorse per il piano di contenimento e CUP

La Regione Lombardia, in linea con la Proposta di PSSR 2006-8, si impegna a destinare una quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento degli obiettivi del presente Piano regionale, riservando una parte dell'importo alla realizzazione del sistema che assicuri ai cittadini la possibilità di prenotare le prestazioni tramite un Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio.

Le risorse vincolate sono sotto indicate:

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

<i>Regione</i>	<i>Totale risorse per le attività di Centro Unico di Prenotazione</i>	<i>di cui per anno</i>
	Euro	Euro
Lombardia	24.012.382	8.004.127

7. Flusso informativo e valutazione al fine degli adempimenti

In applicazione della lettera e) del comma 280 dell'articolo della legge finanziaria 2006, per l'attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo

informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, vengono previsti un monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa, un monitoraggio specifico delle prestazioni di cui al paragrafo 3 ed un monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione.

In sintesi, in adempimento al Piano nazionale, sono previste tre diverse tipologie di monitoraggio ed una rilevazione sperimentale:

- monitoraggio di sistema del fenomeno liste di attesa (esito del mattone tempi di attesa e del *flusso al MEF*);
- monitoraggio specifico delle prestazioni elencate nel piano;
- monitoraggio delle eventuali sospensioni delle attività di prenotazione;
- monitoraggio delle prestazioni «evidenziate in grigio» (vedi sopra, paragrafo 3.).

Pertanto in prima applicazione, nell'anno 2006, tenuto conto della sperimentazione nazionale già condotta, e dell'esperienza maturata in Regione Lombardia con il monitoraggio RL_MTA, le prestazioni da monitorare sono quelle già in calendario secondo la rilevazione prospettica a cadenza mensile RL_MTA, integrate dall'analisi retrospettiva del flusso della Circ. 28/SAN, come descritto in premessa.

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

Sono quindi escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni urgenti non differibili (che devono trovare risposta entro poche ore), le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello rese a pazienti a cui è già stato fatto un inquadramento diagnostico che necessitano di approfondimento), i controlli successivi, le prestazioni di screening. È fatta salva la necessità per alcune ASL di dover aderire ad una rilevazione sperimentale concertata dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali (ASSR) sulle 48 prestazioni «in grigio» del Piano già nel secondo semestre 2006. Non sono da includere nel monitoraggio le prestazioni il cui tempo di attesa viene determinato dalla volontà del paziente di scegliere una data diversa rispetto alla prima resa disponibile nei termini massimi previsti dal presente atto. A tale proposito verranno date delle indicazioni finalizzate ad adeguare i tracciati in uso per il monitoraggio.

A partire dal 1 gennaio 2007 il numero di prestazioni e le modalità di monitoraggio potranno subire variazioni nell'ambito dell'elenco di cui al paragrafo 3 del Piano, secondo un protocollo definito con l'ASSR.

7.1 Monitoraggio delle sospensioni delle attività di prenotazione

Il comma 282 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2006 vieta la sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni comprese nei LEA. La Regione Lombardia adotterà, sentite le associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul proprio territorio e presenti nell'elenco previsto dall'articolo 137 del codice del consumo, di cui al d.lgs. 6 settembre 2005, n. 206, disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa perché legata a motivi tecnici. Di tutte le sospensioni va informato, con cadenza semestrale, il

Ministero della salute secondo quanto disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 aprile 2002, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 122 del 27 maggio 2002.

7.2 Valutazione dei piani aziendali ai fini degli adempimenti

Sulla scorta dell'esperienza maturata attraverso il lavoro di valutazione e di validazione dei Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa delle A.O., la Regione proseguirà il metodo di lavoro già in atto anche durante l'attuazione del presente Piano triennale. La puntuale attuazione dei piani aziendali ha rilevanza sia nella determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali che nella loro valutazione annuale.

(BUR20060118)

(4.6.4)

D.g.r. 27 giugno 2006 - n. 8/2834**Proroga al 30 giugno 2007 della validità della individuazione di comuni ad economia prevalentemente turistica**

LA GIUNTA REGIONALE

Richiamati:

– l'art. 12 commi 1 e 3 del d.lgs. 31 marzo 1998 n. 114 «Riforma della disciplina relativa al settore del commercio a norma dell'articolo 4 comma 4 della l. 15 marzo 1997 n. 59» concernenti l'individuazione, da parte della Regione, dei Comuni ad economia prevalentemente turistica nei quali gli esercenti determinano liberamente gli orari di apertura e di chiusura e possono derogare dall'obbligo della chiusura domenicale e festiva;

– la d.c.r. 30 luglio 2003 n. VII/871 «Programma triennale per lo sviluppo del settore commerciale 2003-2005 e indirizzi generali per la programmazione urbanistica del settore commerciale di cui all'art. 3 della legge regionale 23 luglio 1999 n. 14» ed in particolare il primo capoverso del paragrafo 6 che fornisce alla Giunta Regionale alcuni indirizzi in materia di orari di vendita finalizzati alla predisposizione della relativa disciplina di attuazione;

– il titolo IV del «Regolamento di attuazione della l.r. 23 luglio 1999 n. 14 per il settore del commercio» approvato con d.g.r. 7 luglio 2000 n. 7/308 concernente i criteri e procedure per l'individuazione dei Comuni ad economia prevalentemente turistica e delle città d'arte;

– la d.g.r. 15 dicembre 2000 n. 7/2646 «Delibera preliminare concernente le modalità di applicazione dei criteri di cui all'art. 43 del Regolamento di attuazione della l.r. n. 14/99 ai fini dell'individuazione degli ambiti territoriali aventi economia prevalentemente turistica»;

– le dd.gg.rr. 8 giugno 2001 n. 7/5061, 6 luglio 2001 n. 7/5413, 21 dicembre 2001 n. 7/7508, 23 dicembre 2002 n. 7/11772, 6 febbraio 2004 n. 7/16287, con cui si è proceduto all'individuazione degli ambiti ad economia prevalentemente turistica;

– le dd.gg.rr. 7 maggio 2002 n. 7/8993, 6 agosto 2002 n. 7/10138 e 23 dicembre 2002 n. 7/11771 con cui si è proceduto all'individuazione degli ambiti a rilievo artistico;

– la d.g.r. 3 dicembre 2004 n. 7/19698 «Proroga della validità della individuazione dei Comuni ad economia prevalentemente turistica, già individuati con le dd.gg.rr. 8 giugno 2001 n. 7/5061, 6 luglio 2001 n. 7/5413 e 21 dicembre 2001 n. 7/7508, fino al 31 dicembre 2005»;

– la d.g.r. 29 dicembre 2005 n. 8/1667 «Individuazione dei Comuni ad economia prevalentemente turistica effettuata con le dd.gg.rr. n. 7/5061 del 2001, n. 7/5413 del 2001, n. 7/7508 del 2001 e n. 7/11772 del 2002: proroga al 31 gennaio 2006»;

– la d.g.r. 8 febbraio 2006 n. 7/1874 «Proroga al 30 giugno 2006 della validità della individuazione di comuni ad economia prevalentemente turistica»;

Dato atto che:

– l'individuazione dei Comuni di cui alle dd.gg.rr. sopra richiamate, già prorogata con d.g.r. 8 febbraio 2006 n. 7/1874, ha validità fino al 30 giugno 2006;

– è in fase di predisposizione un progetto di legge da sottoporre alla Giunta Regionale per la relativa approvazione, che stabilisce una nuova disciplina in materia di orari delle attività di vendita in attuazione del titolo V della Costituzione;

– è all'esame del Consiglio regionale la proposta di Programma triennale per lo sviluppo del settore commerciale 2006-2008, che prevede alcuni indirizzi in materia di orari delle attività commerciali;

Preso atto che non si è ancora concluso il confronto con le

organizzazioni dei consumatori, delle imprese del commercio e del turismo e dei lavoratori dipendenti necessario per ottenere la massima condivisione sulla richiamata proposta di legge;

Valutata la necessità di prorogare la validità della individuazione dei Comuni ad economia prevalentemente turistica riconosciuti con le dd.gg.rr. n. 7/5061 del 2001, n. 7/5413 del 2001, n. 7/7508 del 2001, n. 7/11772 del 2002 e n. 7/16287 del 2004 fino all'entrata in vigore del citato provvedimento legislativo e comunque non oltre il 30 giugno 2007;

Considerato opportuno che le domande pendenti alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, intese ad ottenere l'individuazione quale ambito a prevalente economia turistica, o l'estensione a tutto l'anno del periodo di maggior afflusso turistico, siano esaminate sulla base dei criteri di cui alla d.g.r. 15 dicembre 2000 n. 7/2646;

Considerata, altresì, l'opportunità di sospendere, fino all'entrata in vigore della sopra richiamata normativa regionale in materia di orari e comunque non oltre il 30 giugno 2007, l'esame delle domande intese ad ottenere l'individuazione, quale ambito a rilievo artistico o a prevalente economia turistica sulla base dei criteri di cui alle citate dd.gg.rr. 15 dicembre 2000 n. 7/2646 e 7 maggio 2002 n. 7/8993 e di quelle intese ad ottenere l'estensione a tutto l'anno del periodo di maggiore afflusso turistico, salvo le domande presentate nei seguenti ambiti territoriali:

– aeroporti di Malpensa, Linate, Orio al Serio e Montichiari, limitatamente ai comuni su cui insiste il sedime aeroportuale entro un raggio di 500 metri in linea d'aria a partire dagli accessi al pubblico allo scalo;

Dato atto che la Direzione Generale competente in materia di orari degli esercizi commerciali procede alla individuazione, su domanda dei comuni interessati, in relazione al solo criterio di appartenenza dei comuni stessi ad uno degli ambiti territoriali sopra indicati;

Sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative a livello regionale dei settori del turismo e commercio;

Su proposta dell'Assessore al Commercio, Fiere e Mercati;

Ad unanimità dei voti espressi nelle forme di legge

Delibera

1) di prorogare, fino all'entrata in vigore della normativa regionale in materia di orari delle attività di vendita in attuazione del titolo V della Costituzione e comunque non oltre il 30 giugno 2007, la validità dell'individuazione dei Comuni ad economia prevalentemente turistica riconosciuti con le dd.gg.rr. richiamate in premessa;

2) di dare atto che le domande presentate fino alla data di entrata in vigore del presente provvedimento, intese ad ottenere l'individuazione quale ambito a prevalente economia turistica, o l'estensione a tutto l'anno del periodo di maggior afflusso turistico, siano esaminate sulla base dei criteri di cui alla d.g.r. 15 dicembre 2000 n. 7/2646;

3) di sospendere fino all'entrata in vigore della normativa di cui al punto 1) e comunque non oltre il 30 giugno 2007, l'esame delle domande intese ad ottenere l'individuazione quale ambito a rilievo artistico o a prevalente economia turistica sulla base dei criteri di cui alle citate dd.gg.rr. 7 maggio 2002 n. 7/8993 e 15 dicembre 2000 n. 7/2646 e quelle intese ad ottenere l'estensione a tutto l'anno del periodo di maggiore afflusso turistico, salvo le domande presentate nei seguenti ambiti territoriali:

– aeroporti di Malpensa, Linate, Orio al Serio e Montichiari, limitatamente ai comuni su cui insiste il sedime aeroportuale entro un raggio di 500 metri in linea d'aria a partire dagli accessi al pubblico allo scalo;

4) di dare atto che la Direzione Generale competente in materia di orari procede alla individuazione, su domanda dei comuni interessati, in relazione al solo criterio di appartenenza dei comuni stessi ad uno degli ambiti territoriali indicati al punto 3);

5) di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia.

Il segretario: Bonomo

(BUR20060119)

(5.3.4)

D.g.r. 27 giugno 2006 - n. 8/2839**Determinazioni per la limitazione all'utilizzo di specifici combustibili per il riscaldamento civile nelle zone di «Risa-**