



Indagine sui tempi d'attesa in sanità



A cura del Dipartimento
per le politiche Socio-Sanitarie, Fisco, Prezzi e Tariffe, Famiglia, Economia Sociale

Indagine sulle liste d'attesa in sanità

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale sta attraversando negli ultimi anni una fase travagliata, caratterizzata dalla mancanza di un'adeguata organizzazione che possa rispondere appieno alle esigenze della popolazioni. Sono andati via via proliferando episodi di mala sanità si è accentuato il problema delle liste d'attesa, le cui cause sono rintracciabili in diverse fattori che hanno come comun denominatore i cittadini e in particolar modo gli anziani che in Italia costituiscono il 25% della popolazione e rappresentano il 50 % dell'utenza sanitaria.

Questi eventi ci fanno comprendere come il contenimento dei tempi nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e il rispetto delle procedure e della normativa diventano di primaria importanza per la salute di ogni famiglia.

Facendo un'analisi delle cause che hanno determinato questa disorganizzazione della sanità pubblica sicuramente possiamo addebitare una buona fetta di responsabilità ai conti in rosso di alcuni sistemi sanitari regionali e in particolar modo alla pessima gestione di alcune Aziende sanitarie locali che con il loro comportamento, tutt'altro che virtuoso, hanno portato le Regioni a sfiorare il tetto massimo di spesa previsto, costringendo il Governo ad attuare politiche di contenimento dei costi.

Ovviamente la politica di contenimento ha avuto come riflesso un immediato ridimensionamento del numero di prestazioni sanitarie erogate, causato sia dalla mancanza di un numero sufficiente di personale che dall'adeguatezza delle strumentazioni e delle strutture rispetto alla richiesta pervenuta.

Al fine di contrastare l'annoso problema delle liste d'attesa, il Governo, in base all'art. 3 comma 1, della L. 449/1997, ha erogato finanziamenti per la costituzione e l'implementazione su base regionale dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Le regioni di conseguenza hanno sottoscritto d'intesa il Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006-08 recepito, non in tutte le regioni, dai piani attuativi regionali.

A loro volta le AUSL hanno dovuto avviare un processo di monitoraggio di 52 prestazioni per le quali hanno l'obbligo di far rispettare i tempi massimi.

Rammentiamo che ogni AUSL è tenuta a tener aggiornato il registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri ordinari e che lo stesso D.P.C.M. del 27 marzo 2000, responsabilizza il Direttore Generale di ciascuna azienda sanitaria a programmare e verificare ciclicamente le liste d'attesa con l'obiettivo di pervenire a soluzioni organizzative che consentano la riduzione dei tempi d'attesa attraverso anche l'aumento dei tempi di utilizzo delle apparecchiature.

Negli ultimi anni, dai dati emersi dalle rilevazioni effettuate, si comprende che le criticità più importanti si sono maggiormente addensate in alcune visite specialistiche quali l'oculistica, la neurologica, l'ortopedica e in alcuni esami come MOC, TAC e mammografie oltre che nelle fasi post intervento (ad es.: interventi per protesi d'anca).

Una criticità particolare è rappresentata dalla patologia oncologica, dove il problema dei tempi di attesa si pone a tutti i livelli (percorso diagnostico, accesso alla chirurgia o chemioterapia o radioterapia).

Il tema dell'abbattimento delle liste d'attesa è stato più volte dibattuto ed inserito nei programmi di Governo, già a partire dalla legge 833/78 istitutiva del SSN.

A questa hanno fatto seguito numerosi disposti normativi fino alla approvazione del Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 (articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266).

Per avere un quadro più completo riportiamo la normativa nazionale in materia:

Normativa nazionale

- Legge 23.12.94 n. 724 “ Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 3, comma 8;
- D.P.C.M. 19.05.95 “Carta dei Servizi pubblici sanitari”;
- -Legge 23,12.96 n. 662 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica”-articolo 1, comma 34;
- -Legge 27.12.97 n. 449 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica” -articolo 33, comma 1;
- -D.Lgs 29.04.98 n. 124 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni a norma dell'art. 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”-articolo 3, commi 10-15 che aveva affidato alle Regioni il compito fondamentale di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, dettando contestualmente le regole secondo le quali le aziende sanitarie locali e ospedaliere avrebbero dovuto determinare, ciascuna nel proprio interno, il tempo massimo che poteva intercorrere tra la data della richiesta di effettuazione e la data di erogazione di una determinata prestazione.
- -D.P.R. 23.07.98 “Piano Sanitario Nazionale 1998-2000”;
- -D.Lgs.19.06.99 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 11 della legge 30 .11. 1998, n. 419”-articolo 15 quinquies, comma 3;
- -DPCM 27.03.00 “Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale”;

- Accordo Stato Regioni 8 agosto 2001
- -DPCM 29.11.2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”; entrato in vigore il 23 febbraio 2002 che definiva i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), vale a dire le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Così i tempi massimi d’attesa sono divenuti elemento strutturale del rinnovamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di prossima pubblicazione, in quanto sono in grado di influenzare con buona probabilità il risultato clinico delle prestazioni sanitarie e la condizione di vita sociale dei cittadini.
- -Accordo Stato Regioni 14.02.n.724 “Accordo tra il Governo le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- -DPCM 16.04.02 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e i tempi massimi di attesa”;
- -Accordo Stato Regioni 11.07.2002 “Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l’attuazione del punto a) dell’Accordo Stato regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche indirizzi applicativi sulle liste di attesa”;
- -Legge 27 12.2002 n. 289 “Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”-articolo 52, co. 4;
- -DPR 23.05.2003 ”Piano sanitario 2003-2005”;
- -Accordo Stato Regioni 24.07.2003 “Accordo tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano per l’attuazione del Piano Sanitario 2003-2005”;
- -Legge 23.12.05 n. 266 “ Misure di razionalizzazione della Finanza pubblica”-articolo 1, commi 283, 284, 288, 289, 309;
- **-Accordo Conferenza Stato Regioni del 28/03/2006 “Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa del triennio 2006/08**, di cui all’art. 1, comma 280 della legge 23.12.2005 n. 266”;. Il Piano ha l’obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i vari soggetti istituzionali deputati a contrastare il fenomeno e condividere un percorso che tiene conto della applicazione di criteri rigorosi sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli.
- **La legge 120/2007**, che prevede di effettuare periodici controlli sulle liste d’attesa, al fine di assicurare il rispetto dei tempi medi che devono essere stabiliti con provvedimenti della Regione e con l’obbligo di erogare le prestazioni urgenti non oltre 72 ore dalla richiesta.

Il Piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa

Il Piano Nazionale nasce nel 2006 e diventa una sorta di vademecum per le Regioni sul tema del contenimento delle liste d'attesa.

Con esso, sulla base del DPCM 29.11.2001, vengono stabiliti i tempi massimi di erogazione delle prestazioni che per le visite specialistiche è di 30 giorni e per le prestazioni diagnostiche di 60.

Inoltre prevede l'erogazione di fondi specifici suddivisi per ogni regione al fine di sviluppare i CUP (centri unici di prenotazione) regionali per il contenimento dei tempi d'attesa nel triennio 2006-2008 come riportati in tabella:

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

Con il piano si è pensato di programmare un percorso per la gestione delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, percorso che tiene conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli, con lo scopo di realizzare sinergie di intervento tra i livelli istituzionali deputati a contrastare il fenomeno.

Il Piano fissa:

A) l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, per le quali vanno fissati i tempi massimi di attesa da parte delle singole Regioni entro 90 giorni;

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

C) la quota delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, da vincolare alla realizzazione di specifici progetti regionali ai sensi dell'articolo 1, comma 34-bis, della medesima legge, per il perseguimento dell'obiettivo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa determinata in 150 milioni di euro e destinata anche alla realizzazione del Centro unico di prenotazione (CUP), che opera in collegamento con gli ambulatori dei medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e le altre strutture del territorio, utilizzando in via prioritaria i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;

D) le modalità di attivazione nel Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) di uno specifico flusso informativo per il monitoraggio delle liste di attesa, che costituisca obbligo informativo ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

E) le modalità di certificazione della realizzazione degli interventi in attuazione del presente Piano da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 9 della citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

La situazione attuale

A due anni dalla sottoscrizione dell'Accordo possiamo dire che lo sviluppo dei CUP sanitari regionali ha facilitato l'accesso dei cittadini alle prestazioni e di conseguenza viene migliorata anche la gestione dei tempi nell'erogazione delle prestazioni, ma le politiche di contenimento dei costi sanitari hanno, di fatto, attenuato gli effetti benefici dei CUP a causa dell'inadeguatezza delle risorse umane e strutturali.

Infatti, in alcune branche specialistiche sono ancora evidenti i ritardi nell'erogazione di prestazioni importanti come la mammografia, le visite urologiche e quelle ortopediche.

Dai dati emergono delle situazioni molto differenziate da territorio a territorio sia nei tempi di erogazione delle visite specialistiche e interventi che nella qualità delle stesse, con punte di attesa in alcune strutture che raggiungono addirittura 180 giorni per una visita geriatrica, 140 giorni per una MOC e addirittura 540 giorni per una mammografia.

Questa empassa organizzativa dovuta alla mancanza di risorse umane, strutturali e strumentali, potrebbe alla lunga trasformarsi in volano per una serie di ricorsi onerosi contro le amministrazioni sanitarie locali, come dimostra la recente sentenza n. 2444/07 della Cassazione che ha riconosciuto ad un cittadino il diritto al rimborso delle spese mediche sostenute in quanto a causa dei tempi di attesa troppo lunghi era stato costretto a ricoverarsi presso una clinica privata per salvaguardare il proprio diritto alla salute.

Per capire quali sono state le problematiche maggiori che determinano l'allungamento dei tempi nella somministrazione degli interventi sanitari si sono individuati sostanzialmente due fattori:

- Il numero elevato delle prestazioni da erogare
- Le scarse potenzialità di risorse umane e strumentali delle strutture sanitarie.

Il numero di esami che possono venire prenotati ed eseguiti al giorno da ciascun ospedale o ambulatorio dipende da un preciso insieme di fattori: la disponibilità di medici, dei tecnici e soprattutto delle apparecchiature in relazione al fatto che ogni esame richiede un determinato tempo per la preparazione del paziente, per l'esecuzione, per la raccolta del materiale, per l'analisi del materiale da parte del medico, per la refertazione, per la firma e l'archiviazione. In questo calcolo della tempistica necessaria per ogni singolo esame, non va dimenticato che bisogna riservare quotidianamente uno spazio per gli esami urgenti. Così, ad esempio, gli ospedali principali hanno spesso moltissime richieste, ma sono anche quelli che dispongono delle risorse economiche necessarie per acquistare più macchinari e quindi erogare un maggiore numero di prestazioni. Eppure le file restano un problema, perché la domanda è sempre troppo alta rispetto alle possibilità della struttura. Allo stesso modo gli ospedali più piccoli, o con una

specializzazione minore, hanno tempi d'attesa lunghi perché il numero di richieste che ricevono è comunque spesso troppo elevato per le loro potenzialità. In generale diventa di primaria importanza il ruolo svolto dai Medici di medicina generale (o medici di famiglia) i quali dovrebbero proporsi, rispettando il principio dell'appropriatezza delle cure, come filtro per le strutture sanitarie di erogazione delle prestazioni. Troppo spesso, infatti, vi è un uso improprio degli esami diagnostici da parte dei cittadini.

Lista delle prestazioni con i tempi effettivi di erogazione

Esami/visite	Regioni	Giorni di attesa
Mammografia	Puglia	540 gg.
Egc	Puglia	38 gg.
Moc	Friuli	140 gg.
Ecografia addominale completa	Friuli	143 gg.
Visita oculistica	Friuli	183 gg.
Visita oncologica	Emilia Romagna	36 gg.
Visita cardiologica	Veneto	80 gg.
Visita neurologica	Emilia Romagna	149 gg.
Visita urologica	Liguria	79 gg.
Visita ortopedica	Prov. Aut. di Bolzano	110 gg.
Visita geriatrica	Sicilia	180 gg.

Da quello che si evince la maglia nera nella media dei tempi lunghi di attesa spetta alle regioni Friuli Venezia Giulia e alla Puglia. Mentre del tutto inaspettato sono i ritardi per la regione Emilia Romagna, probabilmente dovuti all'eccessiva mobilità sanitaria delle popolazioni delle regioni confinanti.

Veneto

La giunta regionale del Veneto ha recepito il piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa 2006-20008 approvando il piano attuativo regionale con delibera n. 600 del 13 marzo 2007.

Il piano si compone di un progetto denominato "Il giusto tempo della salute", che illustra le principali caratteristiche del Piano, le sue effettive ricadute sull'utente, e le modalità per ottenere nei giusti tempi le prestazioni necessarie.

Il programma prevede compiti specifici per la Regione, per le Aziende sanitarie, per i Medici di medicina generale e fissa per gli utenti percorsi garantiti. La Regione ha definito la tempistica per le prestazioni individuando un codice di priorità: "U" "URGENTE" intervento immediato per situazioni ad alto rischio da trattare in emergenza; "B" "BREVE" prestazioni da erogare entro 10 giorni per situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi; "D" "DIFFERIBILE" visite specialistiche da effettuare entro 30 giorni ed esami diagnostici entro 60 giorni per situazioni passibili di aggravamento non in tempi brevi; "P" PROGRAMMABILE prestazioni da erogare entro il limite massimo di 180 giorni per verifiche cliniche programmabili e che non condizionano nell'immediato lo stato di salute. Come notiamo dalla schermata ci vogliono 3 mesi per una mammografia o per un'ecografia e fino a 1 anno per una visita neurologica. L'azienda ospedaliera utilizza per la prenotazione delle visite il numero del CUP (Centro Unico di Prenotazione tel. 84000066 attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 17).

Riportiamo in sintesi lo schema di priorità:

Veneto	DGR	DGR.	Individuazione dei Tempi massimi (classi di priorità).	
			Ambulatoriali	Ricovero
Numero	66	600	Classi priorità A B C (U urgente) come da DGR 3535/2004 Sospetto ca: Visita specialistica 10gg Diagnosi 30gg Individuati i tempi max per tutte le prestazioni ambulatoriali del nomenclatore tariffario	Classi priorità Accordo 11/7/02
data	27.06.06	13.03.07		" Classe A 30gg
				" B 60gg
				" C 180gg
				" D entro 12 mesi
				Sospetto ca Intervento 30gg

Qui di seguito riportiamo i dati estratti da rilevazioni effettuate presso l'Azienda ospedaliera di Padova e Venezia con i tempi minimi di attesa. Come si vede ci sono per almeno 4 esami/specialistiche dei valori alti rispetto ai tempi previsti dal piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	90 gg
Egc	1 gg
Moc	90 gg
Ecografia addominale completa	90 gg
Visita oculistica	45 gg
Visita oncologica	1 gg
Visita cardiologica	80 gg
Visita neurologica	8 gg
Visita urologica	3 gg
Visita ortopedica	42 gg
Visita geriatrica	29 gg

Valle d'Aosta

La regione ha provveduto a creare un Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa della USL della Valle d'Aosta con la D.G.R. n. 3466 del 17 novembre 2006. A tal proposito ha creato un servizio di informazione in cui sono indicati i tempi di attesa delle specialità di maggior diffusione e di più ampio interesse per la popolazione, rilevati in ogni singola struttura sanitaria (sia ospedaliera che territoriale), al fine di favorire il cittadino nella scelta della sede più rispondente alle sue esigenze, sia in termini di distanza dalla propria abitazione che di tempo di attesa previsto. L'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate in regime ambulatoriale è definito sulla base di criteri di gravità clinica e di appropriatezza. Allo scopo di favorire il massimo coordinamento fra la richiesta di prestazioni effettuata dal medico prescrittore e la struttura che eroga le prestazioni, la gravità clinica del paziente è valutata sulla base delle seguenti classi di priorità:

- U - Urgenza immediata: corrisponde alla necessità di interventi immediati verso i quali la risposta deve essere fornita da parte dei servizi a ciò deputati (pronto soccorso ospedaliero, punti di primo intervento territoriale, U.O. 118).

- A - Urgenza differibile: pur non esistendo la condizione di intervento immediato, corrisponde alla necessità di interventi indilazionabili da espletarsi nel più breve tempo possibile in quanto il ritardo, al di là di ogni appropriato tempo di attesa, potrebbe condurre a un rischio di compromissione rapida e severa dello stato di salute del paziente.
Tali prestazioni devono essere richieste in modo esplicito e motivato dal medico responsabile del caso ed erogate entro 72 ore dalla data di prenotazione seguendo percorsi di accesso preferenziali.

- B - Prestazioni di primo accesso: sono prestazioni la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità. Devono essere erogate in tempi massimi non superiori a 30 giorni per le prime visite e entro 60 giorni per le prestazioni strumentali.

- P - Prestazioni programmabili: sono visite/esami di controllo, intesi come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente o prestazioni inserite in programmi di prevenzione o accertamenti disposti a fini certificativi.

2. Criteri per la definizione dei percorsi per le prestazioni di tipo diagnostico-terapeutico. L'Azienda USL si impegna a garantire che il completamento di un "pacchetto" di prestazioni diagnostiche ambulatoriali, per la definizione di un quesito richiesto successivamente ad una prima visita, venga erogato, nel suo insieme, entro 60 giorni dalla data della richiesta.

Per verificare in tempo reale i tempi d'attesa si può consultare il sito della AUSL di Aosta: www.ausl.vda.it o tramite il numero verde del **C.U.P.** 848 80 90.

Il servizio è operativo dal **lunedì** al **venerdì** dalle **8: 00** alle **16: 30**. **Attenzione:** non è possibile prenotare tutte le prestazioni telefonicamente. Alcune, per la loro particolarità, continueranno ad essere prenotate agli sportelli dislocati sul territorio o direttamente dall'ambulatorio (come la maggior parte delle prestazioni radiologiche e cardiologiche).

La presente tabella riporta i dati estratti dal sistema informatico regionale per la prenotazione delle prestazioni in data 7 aprile 2008, per le strutture ospedaliere di Aosta e Chatillon.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	1 gg
Egc	1 gg
Moc	77 gg
Ecografia addominale completa	13 gg
Visita oculistica	29 gg
Visita oncologica	11 gg
Visita cardiologica	3 gg
Visita neurologica	14 gg
Visita urologica	15 gg
Visita ortopedica	7 gg
Visita geriatrica	21 gg

Umbria

La Regione Umbria già con il DGR 195 del 10/02/2005 ha costituito in via sperimentale presso l'USL 4 di Terni un centro interaziendale per la sperimentazione di sistemi innovativi per la gestione delle liste d'attesa. Successivamente la giunta regionale ha approvato il piano di contenimento delle liste d'attesa per il triennio 2006-2008 con la delibera del 28.06.06 n. 1106.

In nuovo piano prevede 8 punti fondamentali:

1. Governare la domanda di prestazioni, in particolare garantendo un ricorso appropriato alle attività del SSR, anche attraverso il sistema di priorità nell'accesso.
2. Razionalizzare/ottimizzare l'offerta da parte delle aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità sanitarie del territorio sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni.
3. Gestire razionalmente il sistema degli accessi tramite una riorganizzazione del sistema di prenotazione (CUP), che consenta di interfacciare la domanda con l'offerta e che permetta di differenziare l'offerta per tipologia e criticità.
4. Garantire revisioni periodiche dell'attività prescrittiva.
5. Velocizzare la refertazione e la messa a disposizione dei risultati degli esami diagnostici e differenziare il ruolo degli ospedali e del territorio.
6. Utilizzare le opportunità di un'adeguata organizzazione della libera professione.
7. Garantire la fissazione dei tempi massimi regionali per le prestazioni.
8. Promuovere l'informazione e la comunicazione delle liste d'attesa.

Il piano prevede 4 classi di priorità di urgenza:

classe A 30 gg; classe B 60 gg; classe C 180 gg; classe D entro 12 mesi;

Per l'area oncologica il piano prevede che la prima visita avvenga almeno entro i primi 30 gg dalla domanda. Qui di seguito sono riportati i tempi per le prestazioni erogate dall'azienda Ospedaliera di Perugia (dati del 4 aprile 2008).

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	31 gg
Egc	7 gg
Moc	non prevista
Ecografia addominale completa	56 gg
Visita oculistica	60 gg
Visita oncologica	3 gg
Visita cardiologica	20 gg
Visita neurologica	35 gg
Visita urologica	47 gg
Visita ortopedica	35 gg
Visita geriatrica	Non prevista

Provincia autonoma di Trento

Le Province autonome di Trento e Bolzano hanno di recente approvato il piano provinciale per l'abbattimento delle liste d'attesa.

A Trento, La provincia, prima con la DGR 1758 del 1 settembre 2006, e poi con un nuovo Piano sanitario 2008-2010, ha approvato e aggiornato il proprio Piano per l'abbattimento dei tempi d'attesa, mettendo in piedi un servizio telematico molto funzionale che permette al singolo utente di poter verificare in tempo reale la tempistica e la struttura presso la quale effettuare la visita specialistica. Per verificare le disponibilità su internet basta andare sul sito <http://www.apss.tn.it>. Con l'aggiornamento del nuovo piano, la Giunta ha previsto i tempi massimi di attesa di 114 prestazioni ambulatoriali e di ricovero. L'aggiornamento prevede trenta nuove prestazioni, che vanno dall'ortopanoramica delle arcate dentarie all'ecografia della mammella, dalla visita chirurgica all'esame parziale dell'occhio, dall'ecografia ovarica alla visita proctologica, dall'ecografia della cute alla teleradiografia del cranio.

In Trentino vengono utilizzati i Raggruppamenti omogenei di diagnosi (Rao) che rappresentano l'espressione di una valutazione delle condizioni cliniche di un paziente fatta da un professionista sulla base di criteri clinici espliciti e definiti con gli specialisti di riferimento. Ciò significa che le prestazioni richieste con codice di priorità Rao sono comunque garantite. In questo modo è definito un tempo massimo entro il quale l'Azienda assicura la prestazione coerentemente con le condizioni cliniche del paziente, anche in sovrannumero rispetto alle attività programmate. I tempi di attesa definiti dalle priorità di accesso alle prestazioni dei pazienti con codice Rao sono attualmente:

- per il Rao A - la prestazione deve essere erogata entro 3 giorni;
- per il Rao B - la prestazione deve essere erogata entro 10 giorni;
- per il Rao C - la prestazione deve essere erogata entro 30 giorni;
- per il Rao P (controlli) - prestazione fissata dallo specialista.

Ricordiamo che le prestazioni non ancora prenotabili via internet sono prenotabili, al numero verde **848 816 816** dalle ore **8** alle **16.30** con orario continuato e dal lunedì al venerdì, festivi esclusi;

- Al fax **0461 821807**, 24 ore su 24;
- Agli sportelli distrettuali dell'Azienda sanitaria;
- Prenotando una richiamata da parte del call center.

I dati presi in esame riguardano la Provincia Autonoma di Trento e in particolar modo le seguenti strutture: ospedale di Trento, centri convenzionati, ospedale di Rovereto.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	150 gg
Egc	3 gg
Moc	Dato non rilevato
Ecografia addominale completa	30 gg
Visita oculistica	31 gg
Visita oncologica	14 gg
Visita cardiologica	78 gg
Visita neurologica	50 gg
Visita urologica	21 gg
Visita ortopedica	17 gg
Visita geriatrica	2 gg

Provincia autonoma di Bolzano

A Bolzano, già dal 1997, opera il Centro unico di prenotazione CUP che adotta un sistema computerizzato. Quest'ultimo consente un'omogenea e trasparente gestione delle prenotazioni, l'introduzione delle liste d'attesa, la razionalizzazione dell'offerta e della domanda e l'elaborazione dei tempi medi di attesa aggiornati.

Per accedere agli ambulatori specialistici è necessaria la prenotazione. Attualmente si possono prenotare prestazioni tramite il numero verde **0471 457 457** erogabili presso l'Ospedale di Bolzano, i Poliambulatorii in Via Amba Alagi 20 e i Distretti Sanitari di Don Bosco, Oltrisarco, Piani di Bolzano - Rencio, Europa, Val Gardena, Val d'Ega-Sciliar, Salto-Sarentino-Renon, Oltradige, Laives-Bronzolo-Vadena e Bassa Atesina. Non tutte le prestazioni vengono prenotate dal CUP. Una parte di esse viene infatti gestita dai vari reparti e servizi ospedalieri, servizi presenti anche sul territorio e nei distretti sanitari.

Per le prestazioni ambulatoriali sono stati fissati tre livelli: **1.** Livello “prestazione urgente”, **2.** livello “prestazione prioritaria”, **3.** Livello “prestazione differibile”.

1. Livello “prestazione urgente”: Rientrano in questa categoria le prestazioni che devono essere erogate nel più breve tempo possibile e comunque entro il giorno stesso della richiesta. Modalità di accesso e criteri per il servizio: Il paziente accede al servizio ospedaliero (tramite Pronto Soccorso o direttamente) previa prescrizione di un medico (di medicina generale o specialista), ma senza il coinvolgimento del Centro Unico di Prenotazione.

Il sanitario deve riportare sulla richiesta medica il quesito o il sospetto diagnostico che ha comportato l'invio del paziente per l'erogazione di una prestazione urgente e la dicitura "URGENTE".

2. Livello “prestazioni prioritarie”: Rientrano in questa categoria le prestazioni da erogare nel tempo massimo di 8 giorni. Il paziente che accede alla struttura ospedaliera o distrettuale per una prestazione prioritaria deve presentare una richiesta medica riportante la dicitura “PRIOR”. La prenotazione avviene esclusivamente tramite Centro unico di prenotazione (quando disponibile). I Comprensori sanitari sono tenuti a gestire le prestazioni prioritarie tenendo conto delle diverse criticità locali.

Indicativamente i quadri clinici di riferimento per le varie tipologie si riferiscono ad uno stadio non “urgente”, ma comunque clinicamente rilevante, da trattare entro tempi ristretti, al massimo 8 giorni. L'elenco delle visite attualmente in vigore comprende: visita oncologica, visita cardiologia, visita ortopedica, visita neurochirurgia, visita fisiatria, visita ginecologica, visita neurologica,

visita chirurgia vascolare, visita dermatologica, visita diabetologica, visita dietologica, visita ematologica, visita gastroenterologica, visita internistica, visita infettivologica, visita endocrinologica, visita nefrologica, visita pneumologica, visita oculistica, visita urologica, visita ORL, visita chirurgica, TAC encefalo, RM colonna lombare, mammografia, ecografia addome, EGDscopia, ecocolordoppler TSA, ecocolordoppler arterioso arti inferiori e superiori, elettromiografia.

Tale elenco verrà aggiornato, aggiungendo nuovi quadri clinici e/o riducendo i tempi di attesa per specifiche discipline.

3. Livello “prestazioni differibili”: In questa categoria sono comprese le prestazioni per le quali a priori non viene stabilito il tempo massimo di attesa, ma che di norma devono essere erogate entro 180 giorni dalla richiesta. Rientrano in quest’ultima tutte le prestazioni ambulatoriali contenute nell'apposito tariffario provinciale, comprese quelle del 2. Livello “prestazioni prioritarie”, ove non motivate da stadi clinicamente rilevanti, che devono essere effettuate in tempi ristretti. Nel programma di priorità clinica per l’accesso alle prestazioni specialistiche in regime di ricovero ospedaliero devono essere presi in considerazione i ricoveri in ospedale per acuti con ricovero programmato (non urgenti).

Nel primo periodo di rilevamento (1 anno) sono stati fissati dei limiti massimi di 180 giorni per l’artroprotesi d'anca, di 90 giorni per l’artroscopia, di 30 giorni per l’asportazione di neoplasie del polmone, della mammella, del colon retto, di 90 giorni per intervento alla cataratta, di 30 giorni per la chemioterapia, di 60 giorni per la coronarografia, di 90 giorni per la colecistectomia. Tra le prestazioni terapeutiche, particolare rilevanza hanno quelle di chemioterapia e radioterapia per il potenziale impatto sull’esito clinico determinato dall’attesa.

Tutte le liste vengono periodicamente monitorate. Per tutte le liste che superano i 60 giorni di attesa (con l’eccezione di tutte quelle a nominativo) si avviano specifici progetti allo scopo del contenimento delle liste di attesa. Per l’aumento della qualità delle prestazioni ed anche per una razionalizzazione delle liste di attesa i Comprensori sanitari sono autorizzate ad intraprendere i seguenti provvedimenti:

1. Riorganizzazione delle prestazioni nei reparti mediante l’aumento del contingente delle ore lavorative per l’attività ambulatoriale;
2. Acquisto di prestazioni specialistiche, anche mediante la stipulazione di convenzioni con esterni accreditati;

3. Qualora i limiti temporali fissati con il provvedimento non vengano rispettati, il cittadino ha il diritto di rivolgersi a strutture private (dandone avviso al Comprensorio sanitario precedentemente contattato) e a richiedere il rimborso delle relative spese in base alle tariffe stabilite dalla Giunta provinciale per l'assistenza ospedaliera indiretta è prevista una penale per il cittadino che non si presenta il giorno dell'appuntamento fissato.

Anche per i ricoveri programmati sono stati fissati tempi massimi di attesa, che non devono essere superati. Così il tempo d'attesa per una artroprotesi d'anca non deve superare il tempo massimo di 180 giorni, per l'artroscopia di 90 giorni e per la chemioterapia di 30 giorni.

Sulla base del tipo di richiesta, il cliente riceve un appuntamento con le necessarie informazioni oppure ove ciò non fosse possibile, per mancanza ad esempio di un'immediata disponibilità, il cliente viene inserito in una lista d'attesa. Successivamente il CUP contatterà il cliente, rispettando l'ordine cronologico, per comunicargli i dati relativi all'appuntamento. La lista d'attesa offre inoltre la possibilità di gestire visite programmate nel tempo.

Dai dati provenienti dal CUP di Bolzano risultano particolarmente elevati i tempi d'attesa in ortopedia, infatti per un visita ortopedica per una rottura di femore si attendono sino a 110 giorni. Nella media invece i tempi d'attesa per le altre prestazioni.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	14 gg
Egc	1 gg
Moc	41 gg
Ecografia addominale completa	Direttamente in reparto
Visita oculistica	20 gg
Visita oncologica	Direttamente in reparto
Visita cardiologica	45 gg
Visita neurologica	60 gg
Visita urologica	1 gg
Visita ortopedica	110 gg
Visita geriatrica	5 gg

Toscana

La Regione Toscana, con la delibera n. 81 del 5 febbraio 2007, ha avviato un percorso per abbattere i tempi d'attesa promuovendo il progetto speciale "**Visite specialistiche: un obiettivo di qualità**".

Con tale progetto, la regione si è conformata a quanto era stato previsto dalle "Linee generali di intervento di cui al punto 2 del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008" al fine di miglioramento dei servizi secondo le linee guida indicate nel Piano sanitario regionale 2006-2008 che individuano per le Aziende unità sanitarie locali l'obiettivo di erogare alcune prime visite specialistiche, da quella cardiologica alla ginecologica, dall'oculistica alla neurologica, dalla dermatologica all'ortopedica, con un tempo massimo di attesa di 15 giorni, assumendo contestualmente l'impegno, al fine di rendere cogente il raggiungimento del risultato atteso, di prevedere, in caso di inosservanza da parte della Azienda del dovere di effettuare le visite ricordate entro i tempi previsti, un risarcimento economico corrispondente all'importo medio regionale necessario per ottenere la prestazione in regime di libera professione intra-moenia.

Ogni Ausl ha un ufficio relazioni con il pubblico con un proprio numero verde come evidenziato nella schermata:

Siena	0577 - 586047
Prato	800 017835
Pistoia	800 861213
Pisa	800 221290
Massa Carrara	800 565509
Lucca	800 869143
Livorno	800 016009
Grosseto	800 320651
Firenze	840 003003
Empoli	800 833302
Arezzo	0575 - 254000

Toscana	DGR	Classi priorità	Individuazione dei Tempi massimi (classi di priorità)	
			Ambulatoriali	Ricovero
numero data	81 05.02.07	33 prestazioni	urgenza: immediato attenzione: 10gg di routine: 30gg dilazionabile: 30-120gg Prestazioni individuate: n. 26 prest. 30 gg n. 7 visite spec. max 15gg	intervento ca mammella 30gg intervento ca prostata 30gg intervento ca colon retto 30gg intervento ca utero 30gg interventi polmone interventi colon bypass aortocoronarico 60gg angioplastica coronaria 60gg endoartrectomia carotidea 90gg intervento protesi anca 90gg

Qui di seguito riportiamo i dati estratti da rilevazioni effettuate presso le Aziende ospedaliere della Toscana con i tempi minimi di attesa:

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	13 gg
Egc	7 gg
Moc	7 gg
Ecografia addominale completa	11 gg
Visita oculistica	14 gg
Visita oncologica	1 gg
Visita cardiologica	5 gg
Visita neurologica	8 gg
Visita urologica	2 gg
Visita ortopedica	2 gg
Visita geriatrica	74 gg

Sicilia

La regione ha approvato con la delibera n. 8268 del 30 giugno 2006 il piano regionale per il contenimento delle liste d'attesa.

Tuttavia allo stato attuale non esiste un numero unico di prenotazione e chi deve prenotare una mammografia, una risonanza magnetica o un'ecografia deve prima districarsi tra i molteplici numeri di telefono e centralini degli ospedali.

Nella città di Palermo la tempistica è molto variabile da prestazione a prestazione. In particolare, si hanno tempi lunghi per le visite oculistiche (minimo 3 mesi) e per quelle geriatriche (sei mesi) che spesso sono erogate solo in regime di ADI.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	Liste mirate progetto Penelope
Egc	7 gg
Moc	7 gg
Ecografia addominale completa	10 gg
Visita oculistica	90 gg
Visita oncologica	In reparto
Visita cardiologica	7 gg
Visita neurologica	7 gg
Visita urologica	1 gg
Visita ortopedica	10 gg
Visita geriatrica	180 gg

Sardegna

La Regione, con delibera D.G.R. n. 4/7 del 30.1.2007 allegato 1, ha approvato il piano di contenimento dei tempi d'attesa per accedere alle prestazioni specialistiche e diagnostiche stanziando 4 milioni e 237 mila euro per il triennio 2006-2008 e 1 milione e 412 mila euro per la riorganizzazione dei Cup (centri unici di prenotazione).

Alla Asl 1 sono stati assegnati 899 mila euro più una quota per il Cup e 123 mila euro all'Azienda ospedaliero-universitaria.

La Regione, nelle sue linee direttive, indica alle Asl le strade da seguire per ottenere risultati apprezzabili: possono assegnare obiettivi al personale per ampliare l'orario di utilizzo delle macchine, acquisire prestazioni in regime di libera professione intramuraria istituzionale.

Inoltre la Regione ha autorizzato le aziende sanitarie ad «acquisire dai privati prestazioni ulteriori rispetto a quelle già contrattate con le stesse Asl».

Sono state prese a campione le strutture sanitarie di Cagliari e Carbonia. Evidenti sono i ritardi per le visite oculistiche e urologiche.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	3 gg
Egc	1 gg
Moc	42 gg
Ecografia addominale completa	7 gg
Visita oculistica	80 gg
Visita oncologica	Chiedere in reparto
Visita cardiologica	4 gg
Visita neurologica	1 gg
Visita urologica	53 gg
Visita ortopedica	12 gg
Visita geriatrica	21 gg

Puglia

La Giunta regionale ha approvato, con la delibera n. 1200/2006, il Piano regionale per il contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006 – 2008, da adottare da parte delle Aziende sanitarie e delle strutture pubbliche e private accreditate.

Piano Regionale si propone di garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, in coerenza con quello Nazionale, attraverso un percorso sinergico di intervento tra i diversi livelli istituzionali per il governo delle liste di attesa, che tenga conto di criteri rigorosi di “appropriatezza” e di “urgenza” delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli. Il Piano, dunque, stabilisce il tempo massimo che si dovrà attendere per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che sono state suddivise in cinque diverse aree caratterizzate da differenti tempi, entro cui dovrà essere garantita la prestazione.

Le aree sono:

- A) Area Oncologica
- B) Area Cardiovascolare
- C) Area Materno infantile
- D) Area Geriatria
- E) Visite specialistiche di maggior impatto
- F) Altre prestazioni

Le prestazioni cui il Piano fa riferimento sono le prestazioni di “primo accesso”, quelle cioè utili alla formulazione di una diagnosi nell’ambito di ciascuna delle suddette aree. Inoltre, il Piano ha previsto, nel caso gli accessi alle prestazioni vengano organizzati dalle aziende ospedaliere secondo criteri di priorità, tre Classi con tempi differenziati in relazione alla gravità del problema:

- Classe A: Entro 10 giorni per tutte le prestazioni. Il Piano specifica che si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi.

Del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione, la disabilità.

- Classe B: Prestazioni la cui tempestiva esecuzione non condiziona la prognosi a breve del paziente, ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o disfunzione o disabilità. Da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali

- Classe D: La prestazione può essere programmata in un arco di tempo maggiore in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. Da eseguirsi entro 180 giorni.

In sostanza, il Piano ha stabilito i tempi massimi di attesa per ciascuna delle aree prima indicate, che le aziende ospedaliere dovranno recepire e che dovranno essere garantiti al 90 per cento dei pazienti:

- per l'area A (oncologica): 15 giorni per la visita oncologia e 60 per le prestazioni ambulatoriali a fini diagnostici, ricorrendo, in ogni caso, alla classe A di priorità (massimo 10 giorni) in casi di sospetto "consistente".
- per l'area B (cardiovascolare), D (geriatria) e area E (visite a maggior impatto): 30 giorni
- per le visite e 60 per le altre prestazioni;
- per l'area materna infantile 30 giorni per le visite.

Entro 90 giorni dall'approvazione di tale Piano le aziende Usl, le strutture pubbliche e private accreditate, devono adottare un piano attuativo aziendale o, comunque, recepire le linee guida tracciate dal Piano. Nei piani attuativi le aziende ospedaliere dovranno definire le politiche complessive di intervento con cui recepiranno i tempi massimi di attesa stabiliti dalla Regione ed indicare le strutture dove verranno garantiti tali tempi e per quali tipi di prestazione.

Infine, nel caso in cui i tempi non dovessero essere rispettati, la Regione stabilisce che le aziende dovrebbero offrire servizi alternativi aggiuntivi, come l'accompagnamento dell'utente presso strutture in condizione di erogare la prestazione garantita; attività di prevalutazione clinica circa l'appropriatezza della prestazione richiesta; la proposta ad utente e medico curante di protocolli alternativi per la diagnosi, in base a considerazioni di appropriatezza d'uso delle risorse tecnologiche e di evidenze scientifiche o la rivalutazione di eventuali indagini già effettuate che consentano la diagnosi.

Il Piano, infine, propone le linee guida alle aziende ospedaliere nel caso di sospensione delle attività di erogazione delle prestazioni, per le agende di prenotazione di ricoveri ospedalieri programmabili, per la gestione dell'accesso ed il monitoraggio dei tempi di attesa e per il monitoraggio dei percorsi assistenziale complessi, con riferimento al percorso oncologico.

Per conoscere nel dettaglio il Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa si può leggere il Bur n. 106 del 22-8-2006, consultabile online sul sito www.regione.puglia.it. I dati riportati in tabella evidenziano che per una visita di controllo per la mammografia si arriva a circa un anno e mezzo e ci vogliono 2 mesi per una visita neurologia. Sono stati oggetto di campione le strutture sanitarie di Bari e in particolare Bari Policlinico, strutture convenzionate; ospedale Di Venere, e Mater Dei.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	550 gg
Egc	38 gg
Moc	25 gg
Ecografia addominale completa	49 gg
Visita oculistica	17 gg
Visita oncologica	4 gg
Visita cardiologica	38 gg
Visita neurologica	59 gg
Visita Urologica	15 gg
Visita ortopedica	32 gg
Visita geriatrica	3 gg

Piemonte

La Regione Piemonte con la delibera n. 14-10073 del 28 luglio 2003, aveva avviato un percorso organizzativo per graduare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sulla base di una preventiva valutazione di priorità clinica.

L'accordo Stato – Regioni è stato recepito con la delibera n. 21-2746 del 2 maggio 2006 e con le successive D.G.R, 56/3332 del 3 luglio 2006 e DGR 3775180 del 29 gennaio 2007 individua i criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di standard per l'identificazione dei volumi prestazionali, riferiti all'impegno anche temporale richiesto ai dirigenti, finalizzati ad un miglioramento dell'organizzazione e della qualità del servizio. Vengono definite le classi di priorità con il seguente schema:

Classe U URGENTE	Prestazione relativa a una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 48 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico.	Accesso diretto con richiesta motivata del medico prescrittore negli ambulatori specialistici territoriali o ospedalieri che devono definire sede, calendari orari in cui sono possibili tali prestazioni urgenti e consegna immediata o entro la giornata successiva dell'esito.	Prestazione da effettuarsi entro 48 ore dalla richiesta.
Classe B BREVE	Prestazione relativa ad una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve/medio periodo (15 gg) possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del quadro terapeutico nel breve/medio periodo.	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Accesso diretto per un numero ristretto di agende dedicate presso le sedi individuate Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno.	Prestazione da effettuarsi entro 15gg dalla richiesta. (**)
Classe D DIFFERIBILE	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significativamente la prognosi a breve.	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali

		CUP. Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno.	entro 60 giorni (***)).
Classe P PROGRAMMABILE	Prestazione la cui esecuzione non è necessario sia tempestiva.	Prenotazione tramite CUP o altri sistemi di prenotazione coerenti con la normativa vigente, resi comunque visibili attraverso il CUP. Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno.	Visite specialistiche accertamenti diagnostici e strumentali entro 180 giorni. (****)

Ricordiamo che per la prenotazione telefonica delle visite specialistiche si può utilizzare il sovracup (tel. 8407050079).

Qui di seguito riportiamo dati estratti da rilevazioni effettuate presso gli Ospedali e le Ausl Piemontesi ad oggi. Vi ricordiamo che per verificare i tempi d'attesa medi si può anche consultare il sito internet:

[Http: //www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/link_asl/visite.htm](http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/link_asl/visite.htm). Per la nostra analisi abbiamo utilizzato i dati forniti dal CUP di Torino su seguenti ospedali: Poliambulatorii, Ospedale Valdese e ospedale Molinette. I tempi rilevati in data 8 aprile 2008 sono ottimi come evidenziato in tabella.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	90 gg
Egc	1 gg
Moc	1 gg
Ecografia addominale completa	60 gg
Visita oculistica	30 gg
Visita oncologica	1 gg
Visita cardiologica	3 gg
Visita neurologica	1 gg
Visita Urologica	1 gg
Visita ortopedica	2 gg
Visita geriatrica	1 gg

Molise

La giunta ha deliberato la D.G.R. del Piano Regionale di Contenimento dei Tempi di Attesa n. 184 del 6/3/2007 e il Piano Attuativo Aziendale della ASREM di contenimento dei tempi di attesa. La Delibera di Giunta Regionale ha sancito l'approvazione del Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) in cui sono contenuti in maniera organica iniziative ed adempimenti volti all'obiettivo di monitorare gli effettivi tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni nonché norme certe atte a stabilire indicatori di risposta del sistema d'offerta regionale alla domanda di servizi sanitari. Il report è stato suddiviso per Zone sanitarie:

- Zona Asrem di Termoli: solo tre prestazioni ambulatoriali, su 54, superano i tempi prestabiliti;
- Zona Asrem di Isernia: i tempi di attesa superano quelli stabiliti solo per due prestazioni;
- Zona Asrem di Campobasso: solo per una visita urologica si superano i tempi previsti;
- Zona Asrem di Agnone: tutte le prestazioni vengono fornite entro i tempi programmati.

CUP della Regione Molise è contattabile al numero telefonico: **800 329500**.

Il servizio è attivo **dal Lunedì al Venerdì Ore 8.00- 18.00; Sabato Ore 8.00-12.00**.

I dati sono sostanzialmente in regola con la tempistica richiesta dall'accordo nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	10 gg
Egc	14 gg
Moc	Non rilevato
Ecografia addominale completa	27 gg
Visita oculistica	30 gg
Visita oncologica	7 gg
Visita cardiologica	14 gg
Visita neurologica	10 gg
Visita Urologica	16 gg
Visita ortopedica	15 gg
Visita geriatrica	10 gg

Marche

La regione ha emanato la DGR 21.5.07,n. 494 -Integrazione alla DGR 843/2006 “Recepimento ed attuazione delle indicazioni contenute nell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 28 marzo 2006, in merito al recepimento del piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all’art. 1 comma 280 della L. n. 266/2005 in relazione alle linee guida per la certificazione degli adempimenti dei piani regionali emanate dal comitato nazionale LEA”.

Il documento definisce i criteri di attuazione del Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa (PRCTA) per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, in coerenza con le linee-guida elaborate dal Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei livelli essenziali di assistenza – LEA - (Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005). La delibera stabilisce che entro 60 giorni dall’adozione del Piano regionale, le Aziende della regione devono adottare il Programma Attuativo Aziendale e recepire i tempi massimi di attesa definiti; le aziende devono inoltre stabilire le misure in caso di superamento dei tempi stabiliti. Il Programma Aziendale recepisce i tempi massimi definiti a livello regionale e prevede la specificazione delle strutture nell’ambito delle quali i tempi massimi di attesa sono garantiti e le modalità di diffusione e informazione ai cittadini dell’elenco di queste liste di attesa, utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (carta dei servizi, farmacie, ambulatori di medicina generale. . .). Viene inoltre stabilito che Il Piano Aziendale dell’ASUR preveda una dimensione di riferimento di vasta area per coordinare gli interventi, orientando la produzione, definendo la struttura di base, gli accordi con i privati e il controllo del progetto, integrando anche i piani attuativi delle Aziende ospedaliere e dell’INRCA. Si precisa infine che i finanziamenti del piano sono realizzati attraverso il recupero della mobilità passiva extraregionale, il riorientamento dei sistemi di incentivazione alla produzione, la riqualificazione della funzione di committenza nei confronti di produttori passivi, il riorientamento dei modelli di individuazione delle priorità nelle componenti a produzione diretta e l’aumento dell’efficienza produttiva nei sistemi critici a produzione diretta.

Dall’analisi dei risultati del monitoraggio regionale dei tempi di attesa si evidenzia che per alcuni settori della specialistica ambulatoriale sono rispettati tempi e le performance indicate dall’accordo Stato-Regioni del 11-07-2002. Si nota un’attesa di poche settimane per alcune prestazioni ambulatoriali (quali visita oncologica, TAC, gastroscopia) e per alcune tipologie di ricoveri ospedalieri (quali interventi per patologia neoplastica e cardiovascolare). Nella Regione vi è la garanzia diffusa di accesso alle prestazioni urgenti attraverso una rete capillare di punti di primo intervento e Servizi di Pronto Soccorso.

È presente tuttavia una parte consistente di attese che si protraggono oltre i tempi massimi e frequentemente le performance negative sono amplificate da alcuni limiti organizzativi che ancora caratterizzano il sistema (carenza nei processi di informazione e comunicazione). Per effettuare la prenotazione delle visite specialistiche si può utilizzare il numero verde gratuito 800 772 400 dalle 8.00 alle 20.00 nei giorni dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle 13 del sabato.

Per la regione Marche abbiamo utilizzato, come campione, i dati provenienti dalle strutture sanitarie di Ascoli, clinica San Marco, Amendola e Mazzoni. I dati mostrano ritardi nell'erogazione di alcune visite specialistiche quali: oculistica e urologica.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	10 gg
Egc	1 gg
Moc	24 gg
Ecografia addominale completa	30 gg
Visita oculistica	40 gg
Visita oncologica	Non prenotabile
Visita cardiologica	20 gg
Visita neurologica	8 gg
Visita Urologica	72 gg
Visita ortopedica	1 gg
Visita geriatrica	Non prevista

Lombardia

La regione con la delibera VIII/2828 del 27/6/2006 ha introdotto significative novità, tra cui si sottolineano la valutazione complessiva della conformazione e delle esigenze del territorio e non più della singola struttura, e la definizione di tempistiche particolari per aree tipiche della cronicità quali quelle oncologica e cardiovascolare e riguardanti periodi della vita degni di particolare attenzione sanitaria quali quello materno infantile e geriatrico. Per abbattere le liste di attesa la Lombardia ha siglato ultimamente l'Atto integrativo dell'Accordo di programma tra ministero della Salute e Regione, che prevede il finanziamento di 340,9 milioni di euro per l'ammodernamento dei servizi sanitari della Lombardia. Inoltre secondo la regolamentazione regionale (delibere n. 38571 del 25 settembre 1998, n. 47675 del 29 dicembre 1999 e n. 2859 del 22 dicembre 2000) le ASL, in accordo con tutte le strutture sanitarie regionali, pubbliche e private accreditate, sono tenute a fissare e a comunicare adeguatamente ai cittadini i tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di primo accesso.

E' stabilito inoltre che:

- Le strutture sanitarie devono effettuare gli esami di laboratorio senza prenotazione, quindi con l'accesso diretto;
- 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. Le ricette contenenti tali prescrizioni sono riconoscibili per la presenza di un bollino verde, ad eccezione delle prestazioni soggette alle classi di priorità. La prestazione è definita "urgente differibile

Attualmente telefonando al numero verde (800030606) si possono prenotare esclusivamente visite specialistiche nelle strutture pubbliche e private convenzionate delle province di Como, Cremona, Lodi, Mantova, Milano, Pavia e Varese. Il C.U.P. di Monza risulta essere a pagamento. Se si sceglie una struttura non convenzionata con il C.U.P. i tempi di attesa si allungano sensibilmente fino a due anni per una ecografia al seno in un centro tumori.

Lombardia	DGR VIII	DGR VIII	Individuazione dei Tempi massimi (classi di priorità).	
			Ambulatoriali	Ricovero
Numero data	002888 27.06.06	3776 13.12.06	Area Oncologica Visita, diagnostica 16gg Area Cardiovascolare e Geriatria visita 16gg e diagnostica 40 Area materno infantile come da DM 10.09.98 + 16gg visita /40gg diagnostica Visite maggior impatto 30-40gg	Oncologia 30gg Cardiovascolare / Riab. 30gg Geriatria 180gg Area materno infantile D.M. 10.9.98 Ricoveri classi di priorità per chemio/radioterapia

Qui di seguito riportiamo i dati estratti dalle rilevazioni effettuate presso le Aziende ospedaliere della Provincia di Milano con i tempi minimi attesi che risultano nel complesso rispettosi dei tempi previsti dalla normativa nazionale:

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	15 gg
Egc	7 gg
Moc	7 gg
Ecografia addominale completa	40 gg
Visita oculistica	7 gg
Visita oncologica	7 gg
Visita cardiologica	7 gg
Visita neurologica	7 gg
Visita Urologica	7 gg
Visita ortopedica	7 gg
Visita geriatrica	30 gg

Liguria

La regione Liguria, con la dgr 129 del 2007, ha approvato Piano regionale di contenimento dei tempi di attesa. Scopo del presente piano è quello di garantire tempi di attesa congrui agli assistiti liguri, mediante una maggiore appropriatezza della domanda e una migliore organizzazione dell'apparato di offerta, coniugando il diritto di accesso del cittadino con adeguate strategie di governo della domanda, improntate all'applicazione di criteri di appropriatezza e di prioritizzazione clinica.

Liguria	DGR	DGR	Individuazione dei Tempi massimi (classi di priorità)	
			Ambulatoriali	Ricovero
data	624	129	Stato Regioni 11/1/02	CLASSI DI PRIORITA'
Numero	23.06.2006	09.02.07	Classe A 10 gg	
			Classe B visite 30gg- diagnostica 60gg	
			Classe C 180gg	
			Aree Intesa 2006	
			prestazioni 10-30-60gg	

Sul sito della regione è possibile accedere ad un sistema di informazione on line www.liguriainformasalute.it per conoscere i tempi di attesa medi suddivisi per ospedale e per tipo di visita specialistica.

Dai dati rilevati nei primi giorni di aprile (4 aprile) presso gli ospedali Ospedale USL Genova 3, San Martino, Ospedale Galliera, Ospedale Evangelico internazionale. Si evince un complessivo rispetto della tempistica nell'erogazione delle prestazioni con l'unica nota dolente riguardante le visite urologiche.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	10 gg
Egc	1 gg
Moc	1 gg
Ecografia addominale completa	2 gg
Visita oculistica	1 gg
Visita oncologica	3 gg
Visita cardiologica	16 gg
Visita neurologica	1 gg
Visita Urologica	79 gg
Visita ortopedica	4 gg
Visita geriatrica	Non rilevato

Lazio

La regione Lazio ha recepito l'Accordo Stato –Regioni del 2006 prima con la delibera 431 del 14 luglio 2006 e successivamente con delibera 843/2006, ha approvato il progetto per l'abbattimento delle liste di attesa in attuazione dell'art. 12 della L.R.28 dicembre 2006 n. 27 prevedendo la redistribuzione di risorse tra le AUSL per un totale di circa 3 milioni di euro.

Il Piano per il contenimento delle liste d'attesa ha predisposto un servizio di monitoraggio che permette a tutti i cittadini di controllare la tempistica delle visite attraverso il sito internet

<http://www.regione.lazio.it/web2/contents/tempiattesa/tq.php>.

Per la prenotazione di visite, esami diagnostici e specialistici nelle varie Aziende Ospedaliere e negli ambulatori delle ASL di Roma e della Regione Lazio il **numero verde gratuito è: 80 33 33**, il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 19.30 ed il sabato dalle 7.30 alle 13.00.

Lazio	DGR	Individuazione dei Tempi massimi (classi di priorità)	
		Ambulatoriali	Ricovero
numero data	431 14.07.06	Classe A 10gg Classe B (visite +diagnostica 60gg) Classe D 180gg Area oncologica	Vedi classi di priorità

Qui di seguito riportiamo i dati estratti da rilevazioni effettuate in data 4 aprile 2008 presso le Aziende ospedaliere di Roma USL A, USL B, USL C, USL D, USL E, con i tempi minimi di attesa. Come si nota dalla tabella le visite specialistiche dove sono maggiori i tempi di attesa sono la Densitometria ossea (MOC), l'ecografia addominale e la visita geriatrica.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	16 gg
Egc	4 gg
Moc	58 gg
Ecografia addominale completa	68 gg
Visita oculistica	10 gg
Visita oncologica	1 gg
Visita cardiologica	18 gg
Visita neurologica	9 gg
Visita Urologica	3 gg
Visita ortopedica	7 gg
Visita geriatrica	60 gg

Friuli Venezia Giulia

La regione con la delibera n. 288 dd. 16.2.2007 ha dato attuazione alla delibera della Giunta del 30 giugno 2006, n. 1509, approvando il “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006 – 2008. Con la successiva DGR 288 dd. 16.2.2007.

Il presente documento recepisce il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2006–2008 di cui all’articolo 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266, intesa 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 del 28 marzo 2006 (PNCTA).

Il Piano aggiorna i contenuti della DGR 1509 del 30 Giugno 2006 sulla base delle indicazioni del “Documento di linee guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali di contenimento dei tempi di attesa, approvato dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il 22 Dicembre 2006”. Nella DGR 1509 / 2006 era, infatti, previsto che il Piano sarebbe stato rivisto sulla base delle indicazioni del Comitato LEA. Il Piano è articolato secondo i temi e i capitoli contenuti nel citato documento, opportunamente integrati con i provvedimenti e le iniziative già in atto o programmati dalla Regione Friuli Venezia Giulia.

Il Piano:

- definisce gli obiettivi e le azioni per ogni area considerata.
- definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni previste.
- si riferisce al periodo temporale 2006-2008.
- definisce compiti e ruoli dell’Agenzia Regionale della Sanità, delle Aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, delle Aziende Sanitarie e degli IRCCS.

Attività svolte in regione

La definizione dei tempi massimi di attesa è stata determinata all’interno della DGR “Linee guida per la gestione del servizio sanitario regionale”. Attualmente sono in vigore quelli previsti dalla DGR 3234 DD. 29.11.2004 (Linee per la Gestione del Sistema Sanitario Regionale nel 2005).

La scelta dei tempi massimi è basata sui seguenti criteri (DGR 3234 DD.29.11.2004): “Si ritiene vi siano due tipologie di prestazioni rilevanti per le liste di attesa:

1. prestazioni il cui ritardo può essere condizionante per l’esito sulla salute della popolazione;
2. prestazioni in cui le liste di attesa sono molto lunghe ma in cui è più difficile misurare l’effetto sulla salute e in cui esistono probabilmente problemi di appropriatezza dell’indicazione.

Sono escluse dal tema “liste d’attesa” le prestazioni di urgenza, ossia i quadri sintomatologici di alto rischio di compromissione della vita o di inabilità permanente che necessitano di valutazione e

trattamento rapido (0-24 ore).” Sono esclusi dal computo dei tempi di attesa i controlli programmati in particolare quelli relativi a patologie croniche. Il Piano considera i seguenti tempi di attesa:

- il tempo che trascorre tra la prenotazione e la data fissata per l'appuntamento;
- il tempo che trascorre tra la prenotazione e l'effettiva erogazione della prestazione;
- il tempo che trascorre tra l'esecuzione dell'esame e la messa a disposizione del referto;
- il tempo che trascorre tra l'indicazione ad un esame e/o di un intervento terapeutico e l'effettuazione dell'intervento all'interno di un "pacchetto di cura".

Definizione dei sistemi di monitoraggio

Obiettivo del monitoraggio è la verifica nel corso del tempo del rispetto dei parametri previsti e l'identificazione tempestiva di eventuali punti critici.

- con cadenza trimestrale viene monitorata la percentuale di prestazioni ambulatoriali che vengono erogate a 30 , 60 , 90 e 180 gg. dalla prenotazione;
- la Regione partecipa alla rilevazione nazionale coordinata dal Ministero della salute e dall'ASSR secondo le modalità di volta in volta definite;
- è attivato il monitoraggio delle prestazioni erogate in libera professione;
- sono stati attivati monitoraggi ad hoc quali: referti di anatomia patologica, pazienti non presentati agli esami, impiego di apparecchiature radiologiche;
- sono state effettuate indagini ad hoc quali quella sulla funzionalità dei CUP / call center.

Per visualizzare i tempi minimi e massimi d'attesa per struttura sanitaria potete consultare il sito

http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/progetti/fr_liste.htm.

Il campione preso a riferimento è quello dell'Ospedale di Pordenone e il Santa Maria della Misericordia di Udine e quello Universitario in data 4 aprile. I tempi più allarmanti come evidenziato dalla tabella sono quelli per la mammografia e per la densitometria ossea (MOC) e per la visita oculistica.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	455 gg
Egc	1 gg
Moc	140 gg
Ecografia addominale completa	143 gg
Visita oculistica	183 gg
Visita oncologica	34 gg
Visita cardiologica	3 gg
Visita neurologica	91 gg
Visita Urologica	60 gg
Visita ortopedica	14 gg
Visita geriatrica	24 gg

Emilia Romagna

La Giunta regionale, (prot . BAS/06/23719/06) con le delibere n.1532 del 2006 e n. 7329 del 29 gennaio 2007, ha approvato il piano regionale per la riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (visite ed esami) e dei ricoveri (in alcune aree specifiche come l'oncologia e la cardiologia) in attuazione di quanto previsto dalla intesa Stato Regioni del 28 marzo scorso, stanziando un importo pari a 10.600 milioni che è stato ripartito tra le diverse AUSL regionali.

Le aree di intervento del piano sono relative alla specialistica ambulatoriale (cinque aree, per 54 prestazioni: oncologica, cardiovascolare, materno-infantile, geriatrica e l'area di visite specialistiche di grande impatto) e ai ricoveri, ordinari e in day hospital/day service, per alcune aree di intervento, tra le quali l'area oncologica (interventi chirurgici, chemioterapia), cardiologica (bypass aortocoronarico, angioplastica coronarica, endoarteriectomia carotidea, coronarografia), e per specifiche prestazioni, come l'intervento per la cataratta, la protesi d'anca, la decompressione tunnel carpale, la tonsillectomia.

La Giunta regionale, fin dal 1998, ha avviato un percorso di riorganizzazione dei servizi sanitari per la riduzione dei tempi di attesa confermando i limiti temporali massimi entro i quali le prestazioni debbono essere erogate:

- 30 giorni per le visite specialistiche e
- 60 giorni per gli esami.
- Esclusi visite ed esami urgenti, da garantire entro le 24 ore, o urgenti differibili da garantire entro 7 giorni.

La novità più importante introdotta dal piano è stata rappresentata dal fatto che, qualora si profilasse la mancata osservanza dei tempi indicati, le Aziende sanitarie devono assumere decisioni legate all'incremento dell'offerta al fine di rispettare i tempi massimi indicati. Questo incremento si realizza con la revisione del piano dell'offerta delle prestazioni, anche con il ricorso alla libera professione e alle strutture private.

Sui ricoveri, per ciascuna area interessata dal piano, sono descritti i tempi di attesa indicati come massimi, in mancanza del rispetto dei quali sono richiesti interventi correttivi al fine di rientrare rapidamente nei tempi definiti. Ad esempio, per le prestazioni oncologiche è previsto il 100% di soddisfacimento della domanda nell'arco di 30 giorni, e per le prestazioni di area cardiovascolare il 90% della richiesta entro 60 giorni. Per le protesi d'anca, per le cataratte e per altre prestazioni singolarmente individuate, è stato indicato il tempo massimo di risposta da garantire nel 90% dei casi entro i 180 giorni e nel 50% entro i 90 giorni.

Il campione è relativo alle liste d'attesa nel mese di marzo per gli ospedali della Provincia di Bologna, Policlinico Sant'Orsola, Malpighi. Nonostante il buon funzionamento del sistema sanitario regionale i tempi di attesa rilevati sono al di sopra di quelli medi nazionali con punte negative in alcuni esami quali la mammografia, la visita neurologica, la visita oncologica e quella geriatrica.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	160 gg
Egc	8 gg
Moc	7 gg
Ecografia addominale completa	91 gg
Visita oculistica	2 gg
Visita oncologica	40 gg
Visita cardiologica	56 gg
Visita neurologica	149 gg
Visita Urologica	15 gg
Visita ortopedica	8 gg
Visita geriatrica	96 gg

Campania

La Giunta regionale ha iniziato da molti anni un percorso per il contenimento delle liste d'attesa come attestano le numerose delibere emanate tra cui ricordiamo.

- D.G.R. n. 1018 del 02.03.2001, con la quale viene regolamentata una corretta prescrizione farmaceutica e le contestazioni nelle attività di controllo sui prescrittori (Legge 425/96);
- D.G.R. n. 3513 del 20.07.01, con la quale la Regione Campania, in applicazione dell'articolo 3, del D.Lgs n. 124/98, ha adottato provvedimenti urgenti per il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e il contenimento della spesa sanitaria;
- D.G.R. n. 4061 del 07.09.2001, con la quale la Regione Campania ha emanato una prima direttiva sulla disciplina delle liste di attesa. Tale delibera, infatti, oltre alla rimodulazione dell'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera e territoriale, ha definito i criteri per la determinazione del tempo massimo di attesa sia per le prestazioni in costanza di ricovero che ambulatoriale, nonché regolamentato l'attività libero professionale, la comunicazione, l'informazione e il monitoraggio;
- D.G.R. n. 1082 del 15.03.2002, con la quale vengono dettate disposizioni attuative del DPCM 29.11.2001 concernente I Livelli Essenziali di Assistenza;
- D.G.R. n. 2079 del 13.06.2003, con la quale sono stati adottati provvedimenti concernente la legge 405 del 16.11.2001;
- D.G.R.C. n. 3142/03, con la quale la Regione ha approvato "Il Piano per lo sviluppo di sistemi informativi di supporto alla gestione di servizi sanitari", con specifico riferimento al Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale. Con tale progetto, che è in fase di attuazione, le Aziende Sanitarie hanno sottoscritto un protocollo di intesa con il quale hanno dichiarato la propria disponibilità ad adeguare i CUP aziendali alle indicazioni contenute nei documenti tecnici.
- Circolare n. 1 del 19/07/2005 "Liste di Attesa" con cui vengono suggeriti criteri e modalità per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e attività libero professionale intramuraria;
- Nota circolare assessorile prot. n. 216050 del 28.03.06, che in attuazione della D.G.R.C. n. 512 del 15.04.05, l'A.G.C. Piano Sanitario Regionale ha fornito alle ASL delle regole relativamente alla corretta modalità di compilazione della variabile "data di prenotazione da compilare sulle SDO. - Legge n. 1 del 02/03/06 recante " Disposizioni per l'effettivo esercizio del diritto alla salute", nella quale sono state previste ulteriori interventi per ridurre ed eliminare progressivamente i tempi e le liste di attesa.

- Con la D.G.R. 170, la Regione ha approvato il 10 febbraio 2007 il Piano regionale finalizzato al contenimento dei tempi di attesa per ricoveri, visite specialistiche ed esami.

Si tratta di un provvedimento che, in conformità con la legislazione nazionale, definisce le scadenze entro cui devono essere evase le richieste presentate dai cittadini alle strutture sanitarie della regione, per ogni branca medica, le strutture che devono applicarlo e quelle che devono svolgere la relativa attività di controllo.

Per quanto riguarda le scadenze, in particolare, si stabilisce che:

- 10 giorni massimo per: visite oncologiche e radioterapiche devono essere effettuate entro;
- 15 giorni massimo per: mammografie, tomografia assiale computerizzata con o senza contrasto (addome superiore ed inferiore o addome completo), risonanza magnetica (cervello, tronco encefalico, pelvi, prostata e vescica), ecografia (addome e mammella), colonscopia e sigmoidoscopia con endoscopia.
- 30 giorni massimo per: visite specialistiche a maggior impatto: ortopedia, dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia e neurologia.
- 30 giorni per una visita al cuore anche se, per tutta la branca cardiologia,
- 10 giorni massimo per: inizio alle chemioterapie e per la prima visita quanto emerge un sospetto di neoplasia.
- 20 giorni massimo per: interventi chirurgici per alcune tumori (mammella, colon, prostata, utero) sempre che, chiaramente, gli stessi non rivestano carattere d'urgenza.
- 60 giorni massimo per: i ricoveri ordinari che non rivestono carattere prioritario, cosiddetti ricoveri programmabili, e per interventi di day-surgery.

Destinatario del provvedimento sono le aziende sanitarie locali, cui spetta il compito di dare concreta attuazione ai criteri individuati per raggiungere l'obiettivo dell'abbattimento delle liste di attesa.

Ogni Asl ha un referente aziendale, individuato dalla direzione generale, cui viene affidato il coordinamento di tutte le attività connesse alla gestione delle liste. Il referente è affiancato da un'apposita Commissione di esperti, che controlla l'attuazione del provvedimento e comunica i dati all'Assessorato regionale, per un monitoraggio continuo.

Il tempo massimo di attesa, così come previsto dalla normativa nazionale, dovrà essere garantito al 90% degli assistiti con possibilità per le singole aziende sanitarie di definire tempi inferiori rispetto a quelli individuati a livello nazionale e regionale. Per ogni tipo d'informazione per la prenotazione di esami o visite specialistiche si può utilizzare il numero verde: **800 187514**.

Qui di seguito riportiamo i dati estratti da rilevazioni effettuate presso le Aziende ospedaliere della Provincia di Napoli nel mese di aprile 2008 indicando i tempi minimi di attesa:

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	330 gg
Egc	3 gg
Moc	7 gg
Ecografia addominale completa	3 gg
Visita oculistica	22 gg
Visita oncologica	7 gg
Visita cardiologica	14 gg
Visita neurologica	10 gg
Visita Urologica	26 gg
Visita ortopedica	10 gg
Visita geriatrica	3 gg

Calabria

La Giunta regionale, ha approvato con la D.G.R. n.502/2006 "intesa Stato-Regione 28 marzo 2006 di cui all'art. 1 comma 280 della legge 23 dicembre 2005 n. 266" un proprio piano aziendale di contenimento dei tempi d'attesa". Il piano interviene su tre direttrici:

1. Governare la domanda delle prestazioni
2. Razionalizzare / ottimizzare l'offerta
3. Riorganizzazione del sistema CUP

La delibera prevede che:

- Prima visita avvenga entro 20 giorni
- La Diagnostica entro 60 giorni
- Le Visite oncologiche entro 15 giorni

Rilevazione effettuata nel mese di febbraio nelle USL di Cosenza, Catanzaro. Sono generalizzati i ritardi con punte nelle visite cardiologiche, nelle mammografie e in quelle ortopediche.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	67 gg
Egc	107 gg
Moc	25 gg
Ecografia addominale completa	50 gg
Visita oculistica	30 gg
Visita oncologica	15 gg
Visita cardiologica	107 gg
Visita neurologica	81 gg
Visita Urologica	44 gg
Visita ortopedica	107 gg
Visita geriatrica	40 gg

Basilicata

La regione ha provveduto ad adeguarsi al piano nazionale per il contenimento dei tempi d'attesa con la delibera del 19 giugno 2006 n. 907. Il sito regionale mette a disposizione degli utenti la possibilità di verificare la tempistica delle visite nelle USL territoriali di Potenza, Matera, Venosa, Lagonegro, Montealbano Jonico, Rionero e Ospedale San Carlo. Dai dati emergono lunghe liste d'attesa per la Mammografia per la visita Urologia.

Ricordiamo che verificare le liste d'attesa basta andare sul sito

<https://prenotazionisanitarie.basilicatanet.it> o si può contattare il numero del cup regionale

848.821.821

Sono state prese a campione la USL di Potenza, Matera e di Lagonegro, e Venosa in data 8 aprile 2008.

Come si evince dai dati sono superiori ai tempi d'attesa gli esami per la Densitometria Ossea (MOC), l'ecografia addominale e la visita neurologia (a Matera) e soprattutto la visita urologica.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	20 gg
Egc	21 gg
Moc	70 gg
Ecografia addominale completa	85 gg
Visita oculistica	2 gg
Visita oncologica	1 gg
Visita cardiologica	1 gg
Visita neurologica	3 gg
Visita Urologica	256 gg
Visita ortopedica	12 gg
Visita geriatrica	1 gg

Abruzzo

La giunta ha di recente pubblicato il nuovo piano Sanitario Regionale che recepisce in toto il piano per il contenimento dei tempi d'attesa (PRCTA) approvato con la delibera 710 il 26 giugno 2006 e integrata dalla delibera 102 del 5 febbraio 2007.

Nel PRCTA sono rappresentate 4 aree di screening:

- Oncologica;
- Cardiovascolare;
- Materno infantile;
- Geriatrica;

In queste branche l'impegno per il rispetto dei tempi dovrà essere massimo.

Già con l'avvento del Cup si sono visti notevoli benefici in tal senso, infatti, attraverso questo sistema informatizzato delle per la gestione delle liste il cittadino oggi riesce a prenotare le prestazioni prescritte dal proprio medico curante direttamente presso gli sportelli (dal Lunedì al Sabato dalle 8.00 alle 13.00 ed i pomeriggi dal lunedì al venerdì dalle 15.30 alle 18.00) o utilizzando il numero 0862-312838 (dalle ore 8.00 alle ore 13.30).

Secondo il piano i tempi di visita da rispettare sarebbero i seguenti:

Individuazione dei Tempi massimi	
ambulatoriali	ricovero
Visite specialistiche 30 gg. Prima visita oncologica 15 gg. Diagnostica 60 gg. Area oncologica 10-60 gg.	Intervento ca mammella 30 gg. Intervento ca prostata 30 gg. Intervento ca utero 30 gg. Intervento ca colon-retto 30 gg.
Area cardiovascolare 10-60 gg. Area materno infantile 10-60 gg. Area geriatria 10-60 gg. Visite maggior impatto 10-30 gg.	Intervento protesi anca 90-180gg. Intervento cataratta 90-180gg. Coronarografia 60-120gg. Chemioterapia 30 gg. Bypass aorta coronario /angioplastica 60gg. Endoarteriectomia carotidea 120 gg.

Abbiamo svolto la nostra rilevazione sul centro ospedaliero di Pescara -Penne- Pescara -Popoli in data 4 aprile 2008.

Gli unici dati che ci risultano superiore dei tempi medi previsti sono la Mammografia e Densitometria Ossea (MOC) a causa di alcuni guasti alla strumentazione.

Esami/visite	Giorni di attesa
Mammografia	53 gg
Egc	1 gg
Moc	120 gg
Ecografia addominale completa	23 gg
Visita oculistica	30 gg
Visita oncologica	5 gg
Visita cardiologica	3 gg
Visita neurologica	1 gg
Visita Urologica	1 gg
Visita ortopedica	14 gg
Visita geriatrica	4 gg