

**ALLEGATO A****PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA****PREMESSA**

La recente proposta di Piano Socio-Sanitario regionale 2006-2010 si è sviluppata sulla base di alcuni principi fondamentali, ispiratori della visione politica con valenza strategica e valoriale e di alcune scelte progettuali più direttamente afferenti al governo del sistema sanitario e riguardanti l'articolazione dei servizi.

In questo contesto il tema "liste d'attesa" e la sua analisi, risultano tra gli elementi fondamentali che occorre tenere in considerazione per la progettazione della rete dei servizi, in quanto uno dei parametri sentinella della capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Negli ultimi anni una serie di indicazioni regionali e nazionali hanno preso in esame e prospettato indirizzi di comportamento nell'organizzazione delle liste d'attesa ambulatoriali e di ricovero.

Il recente Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008 si pone l'obiettivo di realizzare sinergie di intervento tra i vari soggetti istituzionali deputati a contrastare il fenomeno e condividere un percorso che tenga 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 Regione Piemonte già nel 2003 ha avviato un percorso organizzativo per graduare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sulla base di una preventiva valutazione di priorità clinica. Tale percorso è rinvenibile nella D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003, e successivi atti attuativi, che prevedeva, tra l'altro, l'adozione di un sistema di priorità cliniche inteso come strumento per affermare il carattere di equità nel trattamento sanitario, al fine di garantire all'utente l'accesso al servizio sanitario in base alla rilevanza clinica con standard specifici di riferimento.

Il sistema è stato poi aggiornato prevedendo modifiche alla tempistica utilizzata per il monitoraggio, ampliando le specialità monitorate ed estendendo il monitoraggio all'intero sistema degli erogatori (pubblici, equiparati ed accreditati con il SSN).

Gli accordi regionali, recepiti con D.G.R. n. 21-2746 del 2 maggio 2006, sottoscritti con le OO.SS. firmatarie del CCNL della dirigenza Medica e Veterinaria e della dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ai sensi dell'art. 9 dei rispettivi contratti di lavoro, per una corretta attuazione del medesimo articolo, individuano i criteri generali per sviluppare a livello aziendale un sistema di standard per l'individuazione dei volumi prestazionali, riferiti all'impegno anche temporale richiesto ai dirigenti, finalizzati ad un miglioramento dell'organizzazione e della qualità del servizio.

In questo contesto va calata l'attuazione dell'intesa tra Stato-Regioni del 28 marzo 2006 sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

Al fine inoltre di assicurare una omogeneità di base da parte delle Regioni nel definire il proprio Piano, l'Atto di Intesa del 28 marzo 2006 individua le linee generali di intervento che le Regioni devono garantire per un approccio strategico al problema del contenimento dei tempi di attesa.

Ciò premesso è fondamentale richiamare alcuni principi che costituiscono pregiudiziale per una adeguata definizione del Piano Attuativo Regionale.

Uno degli aspetti che costituisce pregiudiziale per un efficace piano di contenimento delle liste d'attesa è quello del **governo della domanda**, tenuto conto dei LEA e delle condizioni di appropriatezza di utilizzo dei servizi e di erogazione delle prestazioni. L'azione di governo coinvolge l'organizzazione delle attività sanitarie, in quanto deve ricercare l'aumento dell'efficienza dell'uso delle risorse disponibili, e la maggiore responsabilizzazione di tutti gli attori del sistema:

- gli utenti, per evitare fenomeni di consumismo sanitario e di inappropriato ricorso alle prestazioni,
- i medici prescrittori, di base e specialisti, che traducono il bisogno in domanda e che devono rispondere al principio dell'appropriatezza,
- i soggetti erogatori che devono sviluppare una capacità produttiva in linea con una domanda appropriata.

Risulta evidente quindi che appropriatezza e necessità di servizi in rapporto alle caratteristiche cliniche ed assistenziali dei pazienti sono i due elementi essenziali dei livelli di assistenza e la loro combinazione è il frutto sia di una attenta distribuzione quantitativa della offerta, sia dell'appropriatezza della produzione che della utilizzazione dei servizi.

La proposta di Piano Socio-Sanitario approvata dalla Giunta Regionale ad aprile 2006 individua le aree prioritarie che richiedono azioni particolari di intervento integrato ed intersettoriale, in ragione della rilevanza dei problemi di salute sottesi e/o della complessità delle risposte socio-sanitarie conseguenti. Per queste aree prioritarie la Giunta Regionale ha ritenuto necessaria la tempestiva predisposizione di proposte di programmazione attuativa ed a tal fine, con D.G.R. n. 43-2860 del 15.05.2006, ha predisposto la costituzione di specifici gruppi di lavoro. All'interno dei lavori che saranno portati avanti in questo contesto organizzativo saranno affrontate le questioni tecniche ed organizzative per garantire interventi sanitari appropriati, la continuità dei percorsi di cura e la razionalità nell'uso delle risorse.

## **AZIONI IN CORSO**

E' in fase di attuazione il progetto regionale per la graduale realizzazione del **Centro Unificato Prenotazione Regionale** (D.G.R. n. 15-608 del 1° agosto 2005).

Tale progetto si pone l'obiettivo di facilitare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche attraverso l'informatizzazione e lo snellimento dei sistemi di accesso ai servizi sanitari.

A tal fine il progetto di realizzazione passa attraverso la creazione di un CUP sperimentale finalizzato a realizzare un CUP regionale per assicurare al cittadino nell'ambito della libera scelta di cura il maggior numero di punti di servizio a cui poter accedere, nonché ridurre drasticamente i tempi di prenotazione e di attesa.

Il progetto si articola su due filoni principali rappresentati dall'informatizzazione dei medici di medicina generale con i pediatri di libera scelta e dalla realizzazione dell'integrazione

logica, organizzativa e di processo con i Sistemi Informativi delle prenotazioni attraverso SovraCup e coinvolge la Regione, l'A.Re.S.S., il C.S.I. e le Aziende Sanitarie Regionali .

E' chiaro che la realizzazione del progetto deve tenere conto di tutte le indicazioni già definite a livello regionale di cui la D.G.R. N. 14-10073 del 28 luglio 2003, che detta le linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, e che rappresenta l'atto regolamentare generale più significativo in quanto fornisce indicazioni vincolanti sull'applicazione del sistema delle priorità cliniche e sulla corretta gestione delle liste, quale strumento per migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'intervento sanitario.

Non solo, ma una gestione del sistema degli accessi, anche tramite CUP, deve compiere lo sforzo di prevedere al proprio interno anche attività/prestazioni che possono essere specifiche di percorsi assistenziali predeterminati o, quanto meno, prevedere interrelazioni tra eventuali sistemi paralleli.

L'Atto di Intesa del 28 marzo 2006 individua prestazioni da sottoporre a monitoraggio e per le quali individuare standard di riferimento, suddivise per area. La Regione Piemonte intende sottoporre a monitoraggio tutte le prestazioni individuate - elencate nell'Allegato B -, indipendentemente dall'area cui sono state attribuite.

Si rende necessario precisare, però, che in campo oncologico e riabilitativo ambulatoriale sono in fase di attuazione **specifici percorsi diagnostico-terapeutici** già definiti a livello regionale, che prevedono al proprio interno tempi di attesa per le varie fasi e relativi standard di riferimento, peraltro più contenuti rispetto a quanto previsto dalla normativa generale in materia:

#### area oncologica

Con D.G.R. n. 48-9824 del 30.6.2003 è stato approvato il progetto organizzativo delle Rete Oncologia del Piemonte e della Valle d'Aosta che si articola in poli oncologici dislocati sul territorio regionale. Con lo stesso provvedimento sono stati approvati i regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica per una adeguata programmazione delle attività oncologiche. In particolare il regolamento del Polo oncologico prevede l'istituzione del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) quali nuove forme organizzative con compiti di informazione ed accoglienza dei nuovi pazienti oncologici, nonché con compiti amministrativo-gestionali e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico di tutti i pazienti oncologici. Con specifico provvedimento regionale (D.G.R. N. 26-10193 dell'1.08.2003) sono state approvate le linee guida metodologico-organizzative delle predette strutture organizzative al fine di garantire l'organicità delle attività che coinvolgono il paziente e che vanno dallo screening alla diagnosi, alla degenza, al follow-up, alle cure domiciliari.

Le suddette modalità operative rispondono all'esigenza di garantire le cure appropriate al momento giusto per il paziente e con la forma organizzativa più idonea.

Successivamente nel 2004 (D.G.R. n. 28.12507 del 18.05.2004) è stata stipulata una convenzione tra la regione Piemonte e la regione Valle d'Aosta con la Fondazione CRT di Torino per l'attuazione del progetto di:

- ridurre, ad un massimo di sette giorni, in tutto il territorio delle due Regioni, il tempo di attesa per l'accesso al primo esame diagnostico ed a ridurre

significativamente i tempi di attesa della diagnosi e della stadiazione, attraverso l'effettuazione degli esami diagnostici di TAC, ecografia ed endoscopia (broncoscopia, cistoscopia, isteroscopia, ecc..) di tutte le sedi sospette di possibile neoplasia, mammografia e, per alcune sedi particolari, RM e MN e prestazioni diagnostiche dell'Anatomia Patologica (citologico su ago aspirato, istologico su biopsia).

- Integrare, per quanto attiene ai Servizi di Anatomia Patologica, la Rete di Telepatologia, già in atto in Piemonte, attivata nel 1999 e finanziata con fondi regionali, all'interno del programma di Screening dei tumori femminili "Prevenzione Serena", con tecnologie di telepatologia dinamica.

Per la realizzazione degli obiettivi che si pone il progetto, il provvedimento regionale istitutivo del medesimo contiene un documento di linee programmatiche che individua precise linee di intervento:

1. razionalizzazione degli esami diagnostici e di stadiazione per la riduzione complessiva delle attuali liste d'attesa
2. istituzione della scheda Sintetica Oncologica (SSO), all'interno dei centri di Accoglienza e Servizi (CAS) della rete Oncologica, dedicate ai pazienti oncologici o sospetti tali, per realizzare percorsi diagnostici preferenziali e prioritari
3. organizzazione di corsi di formazione per i Medici e per il personale Sanitario dei centri di Accoglienza e Servizi (CAS)
4. azioni per la diffusione e la conoscenza delle linee guida, approvate dalla Commissione Oncologica Regionale (COR), per tutti gli operatori di rete
5. implementazione della Rete di telepatologia tra i servizi di Anatomia Patologica per l'interfaccialità ed il collegamento nella lettura delle immagini radiologiche
6. organizzazione corsi di formazione

Risulta quindi evidente che l'attuazione di tale progetto, avviato nel 2005, si integra con le altre attività della rete oncologica di cui agli specifici atti regionali.

#### attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale

Nell'ambito delle attività svolte in attuazione del provvedimento regionale di recepimento del DPCM 29.11.2001 sui LEA, la Giunta Regionale ha adottato in data 1° luglio 2002 linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale da adottarsi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e private provvisoriamente o definitivamente accreditate con il SSR per attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale.

Le linee guida individuate hanno consentito, per la prima volta, di definire le priorità riabilitative e le specificità degli interventi attraverso un approccio metodologico che ha preso in considerazione

1. criteri di appropriatezza clinica (garanzia dell'appropriatezza della prestazione in relazione alla tipologia di disabilità, in quella particolare fase clinica),
2. criteri di appropriatezza organizzativo-gestionale (coerenza con le funzioni esercitate dai singoli servizi, adeguati tempi di erogazione delle prestazioni)
3. criteri di garanzia del percorso complessivo del paziente per una corretta presa in carico riabilitativa,

4. individuazione e utilizzo di indicatori per monitorare l'applicazione delle predette linee guida, anche al fine di migliorarne i contenuti.

Tra gli strumenti individuati per l'attuazione, un ruolo determinante è svolto dal "progetto riabilitativo" in quanto contiene tutti quegli elementi che permettono la presa in carico del paziente, attraverso il coinvolgimento di tutte le figure professionali (équipe riabilitativa) che sono chiamate ad interagire per assicurare il risultato riabilitativo atteso.

Le suddette linee guida, monitorate informaticamente, considerato il già significativo periodo di attuazione, avranno nel corso del 2006 ulteriori approfondimenti ed analisi, che vedranno coinvolti i vari attori del percorso, compresi i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, al fine di migliorarne la qualità e l'appropriatezza.

Al di fuori dei suddetti percorsi peraltro si rende comunque necessario creare momenti tecnici di approfondimento, utilizzando anche modalità organizzative che vedono coinvolti operatori della realtà ospedaliera e di quella territoriale, per una analisi e valutazione della realtà prescrittiva in rapporto alle indicazioni regionali e aziendali fornite in materia.

In particolare dovranno essere sviluppate le analisi riguardanti **l'appropriatezza prescrittiva** e, quindi, l'utilizzo delle classi di priorità, e l'appropriatezza della struttura dell'offerta in rapporto a mission, livelli di assistenza e livelli organizzativi utilizzati.

E' chiaro che una attenta analisi può contribuire a definire in modo più specifico il **ruolo dell'ospedale ed il ruolo del territorio** promuovendo tutte le azioni finalizzate alla condivisione multidisciplinare ed individuando le responsabilità rispetto al raggiungimento degli obiettivi e degli esiti.

In questo contesto i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri rivestono un ruolo fondamentale, in quanto contribuiscono in modo significativo alla pratica del governo clinico.

Il recente Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006 (D.G.R. n. 28-2690 del 24 aprile 2006), tra i principali obiettivi generali, individua quello relativo alla massima integrazione tra medicina territoriale e quella ospedaliera, mediante l'individuazione di un linguaggio comune e di percorsi diagnostici e terapeutici condivisi, e quello dello sviluppo di un sistema informatico tecnologicamente avanzato ed efficiente, finalizzato a supportare complessità organizzative maggiori ed a facilitare la comunicazione tra tutti gli operatori del SSR e tra questi ed il cittadino.

Il Piano attuativo regionale promuove **l'informazione e la comunicazione** sulle liste di attesa, che, si ribadisce, rappresentano un diritto fondamentale del cittadino ed una risorsa strategica per l'azienda per il miglioramento della qualità del servizio, attraverso un costante monitoraggio delle prestazioni.

Come già descritto nella premessa al provvedimento di cui il presente Allegato costituisce parte integrante e sostanziale, già nel 2003 era stato avviato un percorso organizzativo per gradualizzare l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sulla base di una preventiva valutazione di priorità clinica.

In prima battuta furono coinvolti i medici di medicina generale che da allora in poi sono stati chiamati ad annotare sulle loro richieste di indagini specialistiche se si tratta di prime visite o accertamenti diagnostici e indicare la relativa classe di priorità.



Il progetto si sostanziò nella D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003, avente ad oggetto: "Riduzione delle liste d'attesa: linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo ed alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", che prevede l'adozione di un sistema di priorità cliniche inteso come strumento per affermare il carattere di equità nel trattamento sanitario al fine di garantire all'utente l'accesso al servizio sanitario in base alla rilevanza clinica.

Il provvedimento introdusse standards di riferimento per le prestazioni oggetto di monitoraggio.

Elemento fondamentale in questo processo è la **costituzione di liste di attesa che tengono in considerazione criteri di priorità** e una chiara distinzione tra le prestazioni (in esame) identificabili come "prima visita" o "primo accertamento diagnostico", e quelle che invece si riferiscono alla continuità diagnostico terapeutica (viste specialistiche, prestazioni o accertamenti diagnostici successivi alla prima visita).

A partire dal luglio 2004 si è proceduto a riconsiderare complessivamente il sistema di rilevazione dei tempi di attesa relativamente alle prime visite e primi accertamenti diagnostici, avendo proprio a riferimento la classe di priorità "3" o classe "D", che si riferisce a prestazioni programmabili.

Le Aziende Sanitarie Regionali possono assicurare la prestazione entro il tempo massimo di esecuzione previsto (tempo standard) anche attraverso la collaborazione di strutture private accreditate a cui esse stesse si possono rivolgere per garantire il servizio al cittadino.

**Le prestazioni che la Regione Piemonte attualmente sottopone a monitoraggio sono:**

- visite specialistiche:

Allergologia (Cod. 89.7), Cardiologia (Cod. 89.7), Chirurgia Generale (Cod. 89.7), Chirurgia Plastica (Cod. 89.7), Dermosifilopatia (Cod. 89.7), Endocrinologia (Cod. 89.7), Gastroenterologia (Cod. 89.7), Neurochirurgia (Cod. 89.7), Neurologia (Cod. 89.13), Oculistica (Cod. 95.02), Odontostomatologia (Cod. 89.7), Ortopedia e traumatologia (Cod. 89.7), Ostetricia e Ginecologia (Cod. 89.26), Otorinolaringoiatria (Cod. 89.7), Pneumologia (Cod. 89.7), RRF stabilizzati (Cod. 89.7), RRF post acuti (Cod. 89.7).

- prestazioni di diagnostica :

Colposcopia (cod.70.21), Ecocardiografia (cod. 88.72.1, 88.72.2, 88.72.6, 88.72.7 ): media dei quattro codici, Ecodoppler arti (88.77.2), Ecodoppler tronchi sovraortici (cod. 88.73.5), Ecografia addome (cod. 88.74.1, 88.75.1, 88.76.1): media dei tre codici, Elettromiografia semplice (cod. 93.08.1), Esofagogastroduodenoscopia (cod. 45.13), Inizio trattamento terapeutico riabilitativo (suddiviso per classi di disabilità), Mammografia (cod. 87.37.1 e 87.37.2): media dei due codici, RMN colonna (cod. 88.93.1), RMN encefalo (cod. 88.91.1, 88.91.2): media dei due codici, Scintigrafia ossea (cod. 92.18.2), Scintigrafia tiroidea ( cod. 92.01.3), TAC capo (cod. 87.03.1), TAC rachide (cod. 88.38.1), TAC torace (cod. 87.41.1).

Il sistema a tutt'oggi utilizzato rileva in tutte le strutture del SSR in un determinato giorno (il giorno indice determinato di volta in volta per ciascun mese) il tempo di attesa reale, registrato in base alle prenotazioni richieste dagli utenti.

Il tempo di attesa è rilevato in giorni effettivi (giorni di calendario), considerando anche i giorni festivi e indipendentemente dai giorni effettivamente destinati al servizio.

Per alcune **prestazioni**, quali gli esami comuni di laboratorio analisi, elettrocardiogramma e RX torace le aziende dovranno continuare ad assicurare **l'accesso diretto**, come per altro già disposto dalla DGR n.14-10073 del 28/7/2003 più volte richiamata.

Altro elemento qualificante per un efficiente sistema è senz'altro quello relativo ai tempi utilizzati per la **consegna referti**.

Sempre la DGR n.14-10073 del 28/7/2003 prevede che i referti debbano essere consegnati non appena eseguito l'accertamento o al massimo entro i due giorni lavorativi successivi, fatte salve le procedure che necessitano di tempi tecnici per la loro esecuzione.

La Regione Piemonte attua un monitoraggio trimestrale per la consegna dei referti di laboratorio.

Viene rilevato nel giorno indice (una volta era il primo lunedì lavorativo dei mesi di gennaio, aprile, luglio ed ottobre, ora varia a seconda del mese di rilevazione) per ciascun punto di prelievo aziendale relativamente agli esami di base (con esclusione degli esami culturali).

Per quanto concerne il tempo di attesa di consegna referti radiologici è intendimento della Regione procedere ad una specifica rilevazione trimestrale.

Per quanto riguarda le **attività di ricovero programmato** al paziente deve essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo come riferimento classi definite di priorità in relazione allo stato clinico presente.

Le classi di priorità per i ricoveri sono quelle già individuate con il precedente provvedimento di cui alla D.G.R. N. 14- 10073 del 28 luglio 2003.

Lo stesso provvedimento definisce altresì criteri e modalità di gestione delle liste d'attesa, compresa la tenuta del registro delle prenotazioni. Tali criteri e modalità sono confermati e costituiscono riferimento per le relative verifiche di attuazione.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni di ricovero ordinario ed in day hospital/day surgery sono quelli di cui all'Allegato B al presente provvedimento, del quale costituisce parte integrante e sostanziale.

L'attività di ricovero attualmente viene monitorata semestralmente con due distinti monitoraggi: il primo rileva i tempi di attesa previsti in tutti i reparti delle strutture del Piemonte, mentre il secondo si riferisce ai tempi di attesa di nove interventi chirurgici: cataratta, meniscectomia, artroprotesi dell'anca, by pass aortocoronarico, coronarografia, asportazione tumore maligno della mammella, asportazione tumore maligno della vescica, asportazione tumore maligno del colon retto, ernia inguinale e crurale.

Le registrazioni riguardano tutti i codici di priorità.

Tali informazioni sono poi elaborate e valutate a livello regionale attraverso l'utilizzo della fonte dati fornita dall'archivio SDO che prevede la compilazione obbligatoria da parte delle strutture sanitarie della data di prenotazione del ricovero e della classe di priorità clinica.

Considerate le modalità testè descritte che risultano in linea con le indicazioni emergenti dall'Atto di Intesa Stato-Regione del marzo 2006 si ritiene di confermare l'attuale sistema

per il 2006 provvedendo, in un secondo tempo, ad estendere il monitoraggio alle prestazioni individuate dall'Atto di Intesa ed attualmente non esaminate.

Il nuovo elenco delle prestazioni traccianti e dei relativi standards regionali, di cui all'Allegato B, sostituirà integralmente l'attuale elenco di prestazioni e sarà applicato per il monitoraggio mensile regionale relativamente alle prestazioni specialistico-ambulatoriali a decorrere dall' 01.09.2006, con la rilevazione effettuata nel primo giorno indice del mese di settembre, e a decorrere dall'1.01.2007 per le attività di ricovero programmato.

La D.G.R. 14-10073 del 28 luglio 2003 stabilisce che le Aziende devono prevedere la **revisione periodica delle liste di attesa per i ricoveri**, da effettuarsi quando la lista è relativamente lunga e obbligatoriamente per quelle che presentano attese oltre 120 giorni. In quest'ultimo caso gli utenti in attesa da 60 giorni debbono essere contattati al fine di avere conferma del loro mantenimento in lista.

La D.G.R. sopra citata contiene inoltre indicazioni in merito alla **sospensione delle attività di prenotazione delle prestazioni in regime ambulatoriale e di ricovero**. La medesima definisce cosa si intende per "lista chiusa", dispone che le Aziende emanino direttive al proprio interno per l'eliminazione delle stesse e individua i criteri da seguire per la gestione di particolari situazioni di disservizio non preventivabili.

La legge finanziaria 2006 vieta alle Aziende Sanitarie Regionali di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni.

Al fine di tutelare il diritto del cittadino all'accesso delle prestazioni, ma considerato che possono verificarsi situazioni contingenti che impediscono la continuità del servizio (es. : guasto macchina), si deve considerare l'interruzione delle attività di prenotazione come evento eccezionale e devono essere rispettate le seguenti regole:

- la regolamentazione della sospensione delle attività di prenotazione di un servizio deve essere esplicitamente prevista in specifici documenti aziendali, che contengano anche le modalità di superamento del disservizio e le procedure formalmente approvate dalle Direzioni Aziendali
- le sospensioni non possono avvenire senza l'approvazione del Direttore Sanitario di presidio, che deve a sua volta informare la Direzione aziendale.
- la Direzione aziendale deve informare la Regione di ogni chiusura avvenuta e tali informazioni dovranno essere inviate con cadenza trimestrale attraverso la compilazione di uno specifico modello definito a livello regionale. La Regione, con cadenza semestrale, informerà il Ministero della Salute di tutte le sospensioni intervenute.

Anche se l'erogazione delle prestazioni è stata interrotta, il servizio deve proseguire le prenotazioni, calcolando i nuovi tempi in funzione della stima del tempo di interruzione.

Particolare attenzione va posta al tema **dell'informazione e comunicazione**.

L'accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono condizionati in buona parte dalle conoscenze che i cittadini hanno sulle loro caratteristiche e sul loro funzionamento.

Il tema dell'informazione e comunicazione che interessa l'accessibilità e la trasparenza dei servizi sanitari, viene attuato attraverso modalità appropriate e differenziate di comunicazione a seconda del destinatario ( cittadino, utente, associazioni di utenti, medici



di medicina generale e pediatri di libera scelta, specialisti ospedalieri ed ambulatoriali interni, altri operatori sanitari).

Il miglioramento di molti processi assistenziali e di molte situazioni di rischio è legato al diretto **coinvolgimento dei malati e dei cittadini**, sia nella individuazione dei punti critici che nella gestione delle soluzioni. In molti casi il solo intervento dei servizi non è adeguato e richiede l'integrazione con forme di supporto agli individui ed alle loro famiglie a cui altri soggetti (associazione di malati o di familiari, ecc...) possono utilmente concorrere. Sviluppare il coinvolgimento dei malati e della popolazione nelle scelte relative alla loro assistenza ed ai servizi sanitari e fornire le informazioni necessarie per promuovere la responsabilità individuale e collettiva nei confronti della salute rappresenta l'essenza del patto per la salute. In quest'ottica è opportuno e necessario prevedere a livello regionale contatti sistematici con le Associazioni a difesa dei consumatori e degli utenti, operanti sul territorio regionale e presenti nell'elenco previsto dall'art.137 del Codice del Consumo e con le Associazioni di volontariato al fine di attivare un confronto per il miglioramento dei servizi.

A tal fine è fondamentale sviluppare all'interno delle Aziende Sanitarie un "**sistema comunicazione**" a cui, in una logica integrata, concorrano gli esperti delle diverse tecniche di comunicazione e le strutture dedicate (Ufficio relazioni con il Pubblico, Servizio di Educazione alla Salute, ecc..) quali articolazioni con competenze specialistiche finalizzate al miglioramento della comunicazione interna ed esterna.

Da parte regionale, al fine di migliorare l'informazione e la comunicazione del sistema, la Regione Piemonte prevede la diffusione periodica dei tempi di attesa rilevati.

In particolare viene pubblicato mensilmente nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità, l'elenco dei tempi di attesa rilevati presso tutte le strutture sanitarie pubbliche, equiparate e private accreditate, raggruppate per Azienda, relativamente alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio.

Ciò consente all'utenza di confrontarsi con il sistema allargato di erogazione delle prestazioni, così da avere una visione completa della situazione esistente e poter scegliere la struttura più congeniale o il tempo più favorevole.

I tempi di attesa che vengono pubblicati si riferiscono al bimestre precedente a quello in esame.

Accanto all'elenco dei tempi di attesa per ogni prestazione viene pubblicato anche l'elenco delle strutture erogatrici con indirizzo e numero telefonico.

A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di attesa ( es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

Le Aziende attraverso gli URP sono tenute poi alla **rilevazione periodica dei livelli di soddisfazione dell'utenza (customer satisfaction)** anche utilizzando gli strumenti di ricerca più adeguati.

Inoltre la Regione con DGR. 31-13615 dell'11 ottobre 2004 avente per oggetto : "Art. 3 bis, comma 5, d.lgs. n. 502/1992 e smi . Determinazione dei criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali e degli obiettivi ai fini dell'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico per l'anno 2004", aveva previsto la possibilità di consultazione delle informazioni e dei dati relativi ai tempi di attesa anche in tutti i punti di erogazione delle prestazioni, comprese le strutture private accreditate. Le aziende, per il raggiungimento dell'obiettivo, si sono attivate per una capillare diffusione dei dati relativi ai tempi di attesa non solo della propria azienda o quadrante di appartenenza, ma di tutte le strutture presenti nella Regione e in tutti i punti di erogazione delle prestazioni, comprese le strutture private accreditate.

A livello territoriale inoltre le Aziende sanitarie sono tenute a pubblicare mensilmente nel proprio sito aziendale i dati relativi ai tempi di attesa per le prestazioni da loro effettuate e per quelle relative a tutte le aziende sanitarie della Regione.

La Regione si fa carico di fornire alle Aziende stesse uno strumento univoco di informatizzazione attraverso l'invio di uno schema tipo di pagina web aziendale e linee guida per l'utilizzo uniforme di questo strumento di informazione presso tutte le Aziende. A tal fine è attivo a livello regionale, un gruppo di lavoro costituito da personale appartenente all'Ufficio di Comunicazione dell'Assessore e da personale delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Inoltre attraverso la carta dei servizi prevista dal Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella legge 11 luglio 1995, n. 273, vengono date informazioni oltre ai servizi effettuati dall'Azienda in merito alle prestazioni monitorate anche informazioni più generiche sull'articolazione delle liste di attesa ed altre informazioni circa le sedi dove vengono effettuati tali servizi.

Gli U.R.P sono invece gli uffici preposti alla verifica della soddisfazione degli utenti, anche attraverso indagini a campione e attraverso l'analisi dei reclami.

In questa ottica la tecnica dell'audit , correttamente utilizzata (audit generici, quality Assurance audit, audit di processo), permette un esame ufficiale e sistematico del funzionamento dei servizi, utilizzando adeguate fonti informative .

## **AZIONI PROGRAMMATE**

Tutte le azioni programmate saranno oggetto, per la loro attuazione, di specifiche direttive regionali in merito.

### Governo della domanda in relazione al fabbisogno:

#### **1. Prestazioni di ricovero**

Azioni regionali da intraprendere anche in relazione al nuovo assetto organizzativo gestionale emergente dalla proposta di Piano socio-sanitario regionale 2006-2010:

- analisi della domanda
- analisi delle attività di ricovero erogate
- analisi dei tempi di attesa
- analisi dell'utilizzo delle classi di priorità attualmente in essere
- individuazione delle criticità

*Da effettuarsi entro il 30.09.2006*

- Individuazione standard per classi di priorità ed eventuale revisione standards tempi massimi di attesa

*Da effettuarsi entro fine anno 2006*

- Definizione dei criteri per l'identificazione dei punti di erogazione aziendali che garantiscono i tempi massimi d'attesa

*Da effettuarsi entro luglio 2006*

- Analisi, approfondimenti sulle aree che presentano criticità, eventualmente attraverso l'utilizzo di specifici gruppi di lavoro, al fine della definizione di linee guida che prevedano anche i tempi massimi di attesa per ogni classe di priorità

*Da effettuarsi entro marzo 2007*

- Attività di formazione ed informazione sull'applicazione delle linee guida

*Da effettuarsi entro l'anno 2007*

Nelle more dell'espletamento delle suddette azioni continuano ad essere valide le disposizioni di cui alla D.G.R. 14-10073 del 28.07.2003. In particolare, per quanto riguarda le attività di ricovero programmato, al paziente dovrà essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa avendo riferimento alle attuali classi di priorità in relazione a:

1. severità del quadro clinico presente (incluso il sospetto diagnostico);
2. prognosi (quoad vitam o quoad valetudinem);
3. tendenza al peggioramento a breve;
4. presenza di dolore e/o deficit funzionale;
5. implicazioni sulla qualità della vita;
6. casi particolari che richiedono di essere trattati in un tempo prefissato;
7. speciali caratteristiche del paziente che possono configurare delle eccezioni, purché esplicitamente motivate dal medico prescrittore.

Per l'individuazione delle classi di priorità sono confermati i seguenti criteri:

CLASSE A	casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE B	casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi

CLASSE C	casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
CLASSE D	casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità.

Lo stesso provvedimento definisce altresì criteri e modalità di gestione delle liste d'attesa, compresa la tenuta del registro delle prenotazioni. Tali criteri e modalità sono confermati e costituiscono riferimento per le relative verifiche di attuazione.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni di ricovero ordinario ed in day hospital/day surgery sono quelli indicati all'Allegato B.

Si precisa che i tempi riportati nell'Allegato sono tempi massimi e sono indipendenti dalle classi di priorità ad eccezione dell'intervento di protesi d'anca per il quale il tempo massimo di 180 giorni deve essere garantito per la classe B. Per le restanti casistiche si rinvia all'analisi delle criticità ed alle conseguenti azioni di cui sopra.

I tempi indicati nell'allegato B sono tempi massimi individuati per qualsiasi modalità di ricovero (ricovero ordinario, day hospital, day surgery).

## 2. Prestazioni ambulatoriali

Azioni regionali da intraprendere anche in relazione al nuovo assetto organizzativo-gestionale emergente dalla proposta di Piano socio-sanitario regionale 2006/2010:

- Analisi della domanda
- Analisi delle prestazioni specialistiche erogate
- Analisi dei tempi di attesa
- Analisi dell'utilizzo delle classi di priorità attualmente in essere
- Individuazione delle criticità

*Da effettuarsi entro il 30.09.2006*

- Individuazione standard per classi di priorità ed eventuale revisione standards tempi massimi di attesa.

*Da effettuarsi entro fine anno 2006.*

- Definizione dei criteri per l'identificazione dei punti di erogazione aziendali che garantiscono i tempi massimi d'attesa

*Da effettuarsi entro luglio 2006*

- Analisi, approfondimenti sulle aree che presentano criticità, anche attraverso l'utilizzo di specifici gruppi di lavoro, al fine della definizione di specifiche linee guida e/o percorsi clinico-assistenziali finalizzati all'appropriatezza clinica e gestionale, nonché al miglioramento dell'accessibilità ai servizi.

Da effettuarsi entro il 31 marzo 2007

- Attività di formazione ed informazione sull'applicazione delle linee guida /percorsi assistenziali.

Da effettuarsi entro l'anno 2007

- Attuazione di sperimentazione regionale su alcuni percorsi identificati tra quelli di cui sopra.

Da effettuarsi nel corso del 2° semestre 2007

Nelle more dell'espletamento delle suddette azioni continuano ad essere valide le disposizioni di cui alla D.G.R. 14-10073 del 28.07.2003 e successive circolari applicative.

A tal fine si ribadisce che le classi di priorità sono le seguenti:

<b>Classe U</b> 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 (*)
<b>Classe B</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 (**)
<b>Classe D</b> 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 CUP.  Prenotazione con richiesta del MMG o del PdLS, dello specialista ospedaliero o convenzionato interno	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali entro 60 giorni (***)



<b>Classe P</b> 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 e accertamenti diagnostici e strumentali entro 180 giorni (****)
----------------------------------	--	---	---

(\*) Atteso quanto previsto dalla DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002, in riabilitazione la casistica "prestazioni urgenti" non è assolutamente significativa e pertanto non è da considerarsi applicabile.

(\*\*) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- 1° visita fisiatrica – entro 7 giorni – destinata a pazienti con evento traumatico o chirurgico dell'apparato locomotore recente o in caso di insorgenza di linfedema post chirurgico come primo episodio;
- prestazioni riabilitative individuate dal progetto riabilitativo e correlate alle disabilità 2 e 4 – inizio trattamento entro 10 giorni dalla prescrizione;

(\*\*\*) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- 1° visita fisiatrica – entro 30 giorni – destinata a pazienti stabilizzati o affetti da patologie degenerative;
- prestazioni riabilitative individuate dal progetto riabilitativo e correlate alle disabilità 5 e 6 – inizio trattamento entro 40 giorni dalla prescrizione;

(\*\*\*\*) Tale classe in riabilitazione, ai sensi della DGR N. 49-6478 del 1 luglio 2002 è utilizzata nei seguenti casi:

- tutte le prestazioni riabilitative (ad eccezione della visita fisiatrica), individuate dal progetto riabilitativo correlato alla disabilità 3 – inizio trattamento massimo entro 180 giorni.

I suddetti atti definiscono altresì criteri e modalità per la gestione dei tempi di attesa. Tali criteri e modalità sono confermati e costituiscono riferimento per le relative verifiche di attuazione.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni ambulatoriali sono quelli indicati all'Allegato B e si riferiscono alle prestazioni individuate dall'Atto di Intesa del 28 marzo 2006 ed a quelle già oggetto di monitoraggio regionale.

Come già indicato in premessa al provvedimento le prestazioni ambulatoriali individuate sono oggetto di monitoraggio indipendentemente dall'area cui sono state attribuite dall'Atto di Intesa Stato-Regioni.

**Si ribadisce che i tempi di attesa decorrono dal giorno di effettiva prenotazione della prestazione ed i tempi massimi indicati nell'allegato B si riferiscono alle prestazioni con classi di priorità D e P.**

I tempi massimi di attesa per le prime visite si riferiscono a tutte le prime visite ed a tutte le prestazioni individuate ad eccezione delle urgenze, le visite di controllo e le prestazioni di screening.

### Riorganizzazione del sistema prenotazioni

Il progetto regionale di riorganizzazione del sistema prenotazione CUP, di cui descritto in premessa, prevede lo sviluppo delle azioni seguenti:

- definizione della tipologia e quantità delle prestazioni da inserire a SovraCup Città di Torino

*Da effettuarsi entro 15 luglio 2006*

- messa in linea di tutte le agende e test di funzionamento operativo  
*Da effettuarsi entro 30 luglio 2006*
- formazione del personale CUP delle Aziende Sanitarie della Città di Torino –  
*Da effettuarsi entro settembre 2006*
- funzionamento ed avvio del SovraCup per la Città di Torino  
*Da effettuarsi entro ottobre 2006*
- verifica del sistema , eventuale perfezionamento ed estensione dello stesso all'area metropolitana ed all'intera Regione  
*Da effettuarsi nel corso del 2006/2007*

### Sospensione dell'attività di prenotazione

I criteri per la sospensione dell'attività di prenotazione attualmente in vigore restano quelli già individuati con la D.G.R. n. 14-10073 del 28.07.2003.

Azioni regionali da sviluppare ad integrazione di quanto già disposto:

- definizione modello di comunicazione da parte delle Aziende Sanitarie Regionali interessate della sospensione delle prenotazioni con specifica su data inizio e fine della sospensione, motivo di sospensione ed azioni volte a superare il disservizio all'utenza.
- definizione delle modalità di raccolta e trasmissione dell'informazione al Ministero della Salute.

*Entrambe le azioni troveranno completamento entro il 30.09.2006.*

- revisione delle disposizioni che regolano la sospensione, sentite le associazioni a difesa dei consumatori

*Da effettuarsi entro ottobre 2006*

### Consegna referti

Nelle more della definizione di quanto sotto esplicitato si riconfermano le indicazioni di cui alla D.G.R. N 14 -10073 del 28.07.2003.

- Revisione delle prestazioni di base per l'area di laboratorio ed individuazione di quelle di radiologia per le quali saranno stabiliti i tempi massimi per la consegna dei referti.

*Da effettuarsi entro l'anno 2006*

- Istituzione nel mese di settembre 2006 di specifici gruppi di lavoro che entro il mese di novembre 2006 individueranno per l'area di laboratorio e di radiologia le prestazioni di base, i tempi di refertazione e le modalità di controllo e verifica del rispetto dei tempi.

*Da effettuarsi entro novembre 2006*

### Revisione periodica attività prescrittiva

L'analisi periodica dell'attività prescrittiva è demandata alle Aziende Sanitarie Regionali al fine di prevenire comportamenti opportunistici e superare le inapproprietezze prescrittive. A tal fine a livello regionale saranno :

- individuati indicatori per l'analisi dell'attività prescrittiva e definiti report periodici

*Da effettuarsi entro ottobre 2006*

- organizzati momenti di formazione ed informazione per omogeneizzare i comportamenti prescrittivi

*Da effettuarsi entro novembre 2006*

### Monitoraggio.

Si riconferma quanto già indicato in premessa.

Azioni regionali:

- estensione del monitoraggio delle attese dei ricoveri

*Da effettuarsi dal 1° gennaio 2007*

- attivazione del monitoraggio di tutte le prestazioni ambulatoriali previste dall'Accordo Stato Regioni del 28 marzo 2006

*Da effettuarsi a partire da settembre 2006*

### Informazione e comunicazione

In materia di informazione e comunicazione le azioni regionali che saranno intraprese sono:

- avvio pubblicazione mensile sul portale regionale del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali

*attività già avviata*

- avvio pubblicazione semestrale sul portale regionale del monitoraggio dei tempi di attesa per le attività di ricovero

*Da effettuarsi entro il secondo semestre 2006*

- definizione sul portale regionale di un'area dedicata contenente le regole generali di funzionamento del sistema relativo ai tempi di attesa (normativa nazionale e regionale, modalità di accesso alle prestazioni, modalità di utilizzo del Sovracup regionale, modalità di segnalazione dei disservizi, indicazioni sui punti di ascolto).

*Da effettuarsi entro giugno 2007*

- definizione di un punto di ascolto degli utenti, delle loro organizzazioni rappresentative per l'analisi della qualità percepita sulle attese

*Da effettuarsi entro l'anno 2006*

- organizzazione di incontri con le associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti

*Da realizzare due volte all'anno*

- diffusione delle informazioni tramite siti Web aziendali, le Carte dei Servizi, gli Uffici URP e campagne informative specifiche

*I tempi per la realizzazione sono definiti nei piani aziendali*

- attivazione della rilevazione della soddisfazione degli utenti sulle liste d'attesa.

*I tempi per la realizzazione sono definiti nei piani aziendali*

### Piani attuativi aziendali.

Le Aziende Sanitarie Regionali dovranno adottare un programma attuativo aziendale entro 90 giorni dall'adozione del Piano attuativo regionale.

Entro il 30 luglio 2006 verrà predisposta a livello regionale apposita modulistica differenziata per ASL e per ASO.

### Monitoraggio e valutazione dei Piani attuativi.

Le azioni previste sono le seguenti:

- recepimento delle Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali
- definizione delle modalità di monitoraggio del Piano attuativo regionale
- definizione di criteri e di indicatori per la valutazione dei Piani attuativi aziendali
- definizione dei criteri per il riparto delle risorse vincolate per il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa.

**NORMATIVA ed ATTI REGOLAMENTARI**

- D.P.C.M. 29.11.2001 “ Definizione dei livelli essenziali di assistenza”
- D.G.R. n. 55-4769 del 10.12.2001 “Prestazioni specialistiche ambulatoriali. Determinazione degli standard per l'erogazione delle prestazioni, principi per la gestione delle liste di attesa e informazione all'utenza”
- Accordo Stato-Regioni del 14.02.2002 sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- D.P.C.M. 16.04.2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”
- Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002 sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato-Regioni del 14.02.2002 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- D.G.R. n. 49-6478 del 1 luglio 2002 “Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale per pazienti stabilizzati secondo quanto stabilito dalle classi di disabilità”
- D.G.R. n. 48-9824 del 30 giugno 2003 “Approvazione del progetto organizzativo della rete oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e dei nuovi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica”
- D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003 “Riduzione delle liste d'attesa: linee guida per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali”
- D.G.R. n. 26-10193 del 1 agosto 2003 “Approvazione linee guida metodologico-organizzative del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS) e del Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)”
- D.G.R. n. 28-12507 del 18.05.2004 “ Approvazione della convenzione e dei documenti di linee programmatiche (A,B,C) tra Regione Piemonte, Regione Autonoma Valle d'Aosta e Fondazione CRT di Torino per l'attuazione del progetto di riduzione dei tempi di attesa e di stadiazione per la diagnostica oncologica e l'implementazione della Rete di Telepatologia tra i Servizi di Anatomia Patologica”
- D.G.R. n. 31-13615 dell'11.10.2004 “Art. 3 bis, comma 5, D.lgs. n. 502/1992 e s.m.i.. Determinazione dei criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie regionali e degli obiettivi ai fini dell'attribuzione della quota incentivante del trattamento economico per l'anno 2004”
- D.G.R. n. 15-608 del 1° agosto 2005 “Progetto regionale per la graduale realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione Regionale “;
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)”
- Accordo Stato-Regioni del 28 marzo 2006 “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 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”
- D.G.R. 59-2531 del 3 aprile 2006 “Proposta di Piano Socio-Sanitario Regionale 2006-2010”
- D.P.R. 7 aprile 2006 “ Piano Sanitario Nazionale triennio 2006-2008”
- D.G.R. n. 28-2690 del 24 aprile 2006 “Approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale 2006: allegato 1 e allegato 2”
- D.G.R. n. 21-2746 del 2 maggio 2006 “Recepimento degli accordi regionali sottoscritti con le OO.SS. firmatarie del CCNL della dirigenza medica veterinaria e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa ai sensi dell'art. 9 dei rispettivi contratti di lavoro”
- D.G.R. n. 43-2860 del 15 maggio 2006 “Definizione dei principi, criteri e modalità per l'attivazione e la gestione di gruppi di lavoro finalizzati all'elaborazione di linee di indirizzo progettuale e programmatico in ambito sanitario”.



**ALLEGATO B**

<b>PRIME VISITE SPECIALISTICHE (*)</b>		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>1</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 01 ALLERGOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>2</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 08 CARDIOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>3</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 09 CHIRURGIA GENERALE</b>	<b>30</b>
<b>4</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 12 CHIRURGIA PLASTICA</b>	<b>30</b>
<b>5</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 14 CHIRURGIA VASCOLARE</b>	<b>30</b>
<b>6</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 19 ENDOCRINOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>7</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 68 PNEUMOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>89.13 VISITA GENERALE 30 NEUROCHIRURGIA</b>	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>89.13 VISITA GENERALE 32 NEUROLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>10</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 34 OCULISTICA</b>	<b>30</b>
<b>11</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 35 ODONTOSTOMATOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>12</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>13</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>14</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 38 OTORINOLARINGOIATRIA</b>	<b>30</b>
<b>15</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 58 GASTROENTEROLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>16</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE ONCOLOGICA</b>	<b>30</b>
<b>17</b>	<b>89.03 VISITA GENERALE RADIOTERAPICA PRETRATTAMENTO</b>	<b>30</b>
<b>18</b>	<b>94.19 COLLOQUIO PSICHIATRICO 40 PSICHIATRIA</b>	<b>30</b>
<b>19</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 43 UROLOGIA</b>	<b>30</b>
<b>20</b>	<b>89.7 VISITA GENERALE 52 DERMOSIFILOPATIA</b>	<b>30</b>
<b>21</b>	<b>89.7 1° visita RRF Riabilitativa Post acuti</b>	<b>7</b>
<b>22</b>	<b>89.7 1° visita RRF Riabilitativa Stabilizzati</b>	<b>30</b>

**(\*) Le prestazioni evidenziate sono quelle già monitorate mensilmente.**

<b>PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI (*)</b>		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>1</b>	<b>33.22 BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE -</b> Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	<b>60</b>
<b>2</b>	<b>45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] -</b> Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	<b>60</b>
<b>3</b>	<b>45.16 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA -</b> Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	<b>60</b>
<b>4</b>	<b>45.23 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE -</b> Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino cr	<b>60</b>
<b>5</b>	<b>45.24 SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE -</b> Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>57.32 CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] -</b> Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	<b>60</b>
<b>7</b>	<b>60.11.1 BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA</b> Agobiopsia Eco-guidata della prostata	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>68.12.1 Isteroscopia -</b> Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale (Ostetricia e ginecologia)	<b>60</b>
<b>9</b>	<b>70.21 COLPOSCOPIA</b>	<b>60</b>
<b>10</b>	<b>87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO</b> Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	<b>60</b>
<b>11</b>	<b>87.03.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE</b> TC del massiccio facciale [massellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	<b>60</b>
<b>12</b>	<b>87.03.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO</b> TC del massiccio facciale [massellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	<b>60</b>
<b>13</b>	<b>87.03.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]</b> TC dei denti (arcata superiore o inferiore)	<b>60</b>
<b>14</b>	<b>87.03.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO</b> TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	<b>60</b>
<b>15</b>	<b>87.03.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO</b> TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	<b>60</b>

<b>(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b>		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>16</b>	87.03.8 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	<b>60</b>
<b>17</b>	87.03.8 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	<b>60</b>
<b>18</b>	87.03.9 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialo-TC	<b>60</b>
<b>19</b>	87.17.1 RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni	<b>60</b>
<b>20</b>	87.22 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	<b>60</b>
<b>21</b>	87.23 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	<b>60</b>
<b>22</b>	87.24 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale.	<b>60</b>
<b>23</b>	87.29 RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni). Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	<b>60</b>
<b>24</b>	87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	<b>60</b>
<b>25</b>	87.37.2 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	<b>60</b>
<b>26</b>	87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	<b>60</b>
<b>27</b>	87.44.1 RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	<b>60</b>
<b>28</b>	87.61 RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 proiezioni o radiogrammi) Incluso: Radiografia dell'esofago	<b>60</b>
<b>29</b>	87.65.1 CLISMA OPACO SEMPLICE	<b>60</b>
<b>30</b>	87.65.2 CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	<b>60</b>

<b>(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI</b>		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>31</b>	<b>87.71 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI</b> Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO	<b>60</b>
<b>32</b>	<b>87.71.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO</b> Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	<b>60</b>
<b>33</b>	<b>87.73 UROGRAFIA ENDOVENOSA</b> Incluso: esame diretto	<b>60</b>
<b>34</b>	<b>88.01.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE</b> Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	<b>60</b>
<b>35</b>	<b>88.01.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO</b> Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	<b>60</b>
<b>36</b>	<b>88.01.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE</b> Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	<b>60</b>
<b>37</b>	<b>88.01.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO</b> Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	<b>60</b>
<b>38</b>	<b>88.01.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO</b>	<b>60</b>
<b>39</b>	<b>88.01.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO</b>	<b>60</b>
<b>40</b>	<b>88.19 RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)</b>	<b>60</b>
<b>41</b>	<b>88.21 RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE</b> Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	<b>60</b>
<b>42</b>	<b>88.22 RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO</b> Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio	<b>60</b>
<b>43</b>	<b>88.23 RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO</b> Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	<b>60</b>
<b>44</b>	<b>88.26 RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA</b> Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	<b>60</b>
<b>45</b>	<b>88.27 RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA</b> Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	<b>60</b>
<b>46</b>	<b>88.28 RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA</b> Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	<b>60</b>
<b>47</b>	<b>88.29.1 RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO</b>	<b>60</b>
<b>48</b>	<b>88.29.2 RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)</b>	<b>60</b>

**(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
AMBULATORIALI****TEMPI  
MASSIMI**

<b>49</b>	<b>88.31 RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO</b> [Scheletro per patologia sistemica]	<b>60</b>
<b>50</b>	<b>88.38.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE</b>	<b>60</b>
<b>51</b>	<b>88.38.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE</b> TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	<b>60</b>
<b>52</b>	<b>88.38.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO</b> TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].	<b>60</b>
<b>53</b>	<b>88.38.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO</b> TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	<b>60</b>
<b>54</b>	<b>88.38.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE</b> TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]	<b>60</b>
<b>55</b>	<b>88.38.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO</b> TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].	<b>60</b>
<b>56</b>	<b>88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO</b> Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	<b>60</b>
<b>57</b>	<b>88.72.3 ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA</b> - Ecocardiografia transesofagea	<b>60</b>
<b>58</b>	<b>88.72 ECOCARDIOGRAFIA</b> (88.72.1, 88.72.2, 88.72.6, 88.72.7 )	<b>60</b>
<b>59</b>	<b>88.73.2 ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA</b> Monolaterale	<b>60</b>
<b>60</b>	<b>88.73.3 ECOGRAFIA TORACICA</b>	<b>60</b>
<b>61</b>	<b>88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI</b> A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	<b>60</b>
<b>62</b>	<b>88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE</b> Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	<b>60</b>
<b>63</b>	<b>88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE</b> Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	<b>60</b>
<b>64</b>	<b>88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO</b>	<b>60</b>



**(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
AMBULATORIALI**

		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>65</b>	<b>88.77.2 ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica</b>	<b>60</b>
<b>66</b>	<b>88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA</b>	<b>60</b>
<b>67</b>	<b>88.91.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO</b>	<b>60</b>
<b>68</b>	<b>88.91.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare</b>	<b>60</b>
<b>69</b>	<b>88.92 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare</b>	<b>60</b>
<b>70</b>	<b>88.92.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare</b>	<b>60</b>
<b>71</b>	<b>88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale</b>	<b>60</b>
<b>72</b>	<b>88.93.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale</b>	<b>60</b>
<b>73</b>	<b>88.94.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino- RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]</b>	<b>60</b>
<b>74</b>	<b>88.94.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino-RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]</b>	<b>60</b>
<b>75</b>	<b>88.95.4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare</b>	<b>60</b>
<b>76</b>	<b>88.95.5 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare</b>	<b>60</b>
<b>77</b>	<b>89.14.0 ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17) (Neurologia)</b>	<b>60</b>
<b>78</b>	<b>89.15.01 POTENZIALI EVOCATI (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>79</b>	<b>89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE</b>	<b>60</b>
<b>80</b>	<b>89.41 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE . Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)</b>	<b>60</b>
<b>81</b>	<b>89.43 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)</b>	<b>60</b>
<b>82</b>	<b>89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)</b>	<b>60</b>

**(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
AMBULATORIALI**

		<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>83</b>	<b>89.52 ELETTRCARDIOGRAMMA</b>	<b>accesso diretto</b>
<b>84</b>	<b>89.61.1 MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -</b>	<b>60</b>
<b>85</b>	<b>92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA</b>	<b>60</b>
<b>86</b>	<b>92.01.3 SCINTIGRAFIA TIROIDEA</b>	<b>60</b>
<b>87</b>	<b>93.08.01 ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)(Neurologia)</b>	<b>60</b>
<b>88</b>	<b>93.36 RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA</b>	<b>30</b>
<b>89</b>	<b>95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI</b>	<b>60</b>
<b>90</b>	<b>95.12 ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE - (oculistica)</b>	<b>60</b>
<b>91</b>	<b>95.41.1 ESAME AUDIOMETRICO TONALE</b>	<b>60</b>
<b>92</b>	<b>95.42 IMPEDENZOMETRIA (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>93</b>	<b>95.44.1 TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>94</b>	<b>95.44.2 ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>95</b>	<b>95.45 STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>96</b>	<b>95.46 ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari (Otorino)</b>	<b>60</b>
<b>97</b>	<b>95.5 STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica (oculistica)</b>	<b>60</b>
<b>98</b>	<b>91.90 Test allergologici Dermatologia</b>	<b>30</b>

**(SEGUE) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE  
AMBULATORIALI**

	<b>TEMPI MASSIMI</b>
<b>99</b> Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 2	<b>10</b>
<b>100</b> Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 3	<b>40</b>
<b>101</b> Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 4	<b>10</b>
<b>102</b> Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 5	<b>40</b>
<b>103</b> Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 6	<b>30</b>

Per alcune prestazioni , quali gli esami comuni di laboratorio analisi, elettrocardiogramma, RX torace le Aziende sanitarie dovranno continuare ad assicurare l'accesso diretto, come per altro già disposto dalla DGR n.14-10073 del 28/7/2003.

## PRESTAZIONI DI RICOVERO (\*)

Numero Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi	TEMPO MASSIMO
<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
1	4	85. 174	30
2	5	60. 185	30
3	7	45. 48.5 15 48.6 3 154	30
4	Da 68.3 68.9	a 182	30
<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY</b>			
5	5	99.2 V58.1	vedere percorso specifico
<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO</b>			
6	36.10		30
7	36.0		30
8	38.12		30
9	88.55 - 88.56 - 88.57	classe di priorità B	30
10	1 - 81.52 - 81.53	81.5 classe di priorità B	180
<b>PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY</b>			
11	13.0		180
12	80.6		180
13	80.2		180

**PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO**

<b>14</b>	<b>Interventi chirurgici Polmone</b>	<b>32 - 33</b>	<b>30</b>
<b>15</b>	<b>Interventi chirurgici Colon</b>	<b>46</b>	<b>30</b>
<b>16</b>	<b>Tonsillectomia</b>	<b>28.2 - 28.3</b>	<b>180</b>

**PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY**

<b>17</b>	<b>Biopsia percutanea del fegato</b>	<b>50.11</b>	<b>30</b>
<b>18</b>	<b>Legatura e stripping di vene</b>	<b>38.5</b>	<b>180</b>
<b>19</b>	<b>Emorroidectomia</b>	<b>49.46</b>	<b>180</b>
<b>20</b>	<b>Riparazione ernia inguinale</b>	<b>53.00 - 53.10</b>	<b>180</b>
<b>21</b>	<b>Decompressione tunnel carpale</b>	<b>4.43</b>	<b>180</b>

**(\*) Le prestazioni evidenziate sono quelle già monitorate semestralmente**

**I tempi massimi di attesa sono indipendenti dai criteri di priorità.**

## ALLEGATO C

**INDICAZIONE PER LA FORMULAZIONE DEL PIANO AZIENDALE DA PARTE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

L'Atto di Intesa Stato-Regioni del 28 marzo 2006 prevede che le Aziende Sanitarie entro 90 giorni dall'adozione del Piano attuativo regionale adottino un Programma aziendale che, fermo restando il principio di libera scelta da parte del cittadino, provveda a recepire i tempi massimi di attesa – in attuazione della normativa regionale in materia ed in coerenza con i tempi massimi stabiliti a livello nazionale.

Pertanto i Direttori Generali/Commissari delle Aziende Sanitarie regionali, in attuazione di quanto previsto dalla presente deliberazione devono procedere alla definizione di un piano aziendale che tenga conto dei principi, criteri e modalità operative di cui alla presente D.G.R. di recepimento dell'atto di intesa Stato Regioni sopra citato e relativi allegati A e B.

La definizione del Piano aziendale dovrà altresì tenere conto di:

1. risultati dell'analisi dello stato di funzionamento dei propri servizi, in rapporto a: volumi e tipologie di prestazioni, relativi tempi di attesa,
2. individuazione delle criticità,
3. formulazione di proposte di superamento delle criticità e di miglioramento dei servizi, avvalendosi anche delle organizzazioni sindacali del comparto e della dirigenza medica ed i rappresentanti delle associazioni dei pazienti e dei consumatori,
4. formulazione di un piano globale previa analisi dettagliata della capacità di saturazione delle apparecchiature e degli orari di disponibilità dei propri specialisti, nonché dell'uso delle camere operatorie e delle modalità di accesso per ricoveri al fine di attuare le opportune iniziative, anche con specifici accordi sindacali (che interessino eventualmente anche una riorganizzazione della libera professione o altri progetti finalizzati) la cui attuazione porti all'aumento della capacità "produttiva" per il contenimento dei tempi e delle liste di attesa senza oneri a carico degli assistiti se non quelli dovuti come partecipazione alla spesa in base alla normativa vigente.

Il piano aziendale deve inoltre:

- individuare per ciascuna delle prestazioni di cui all'allegato B uno o più punti di erogazione che garantiscano il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti, anche attraverso individuazione di accordi funzionali con le strutture sanitarie operanti sul proprio territorio o in quelli vicini, pubblici o privati accreditati,
- indicare le modalità con le quali è garantita la diffusione dell'elenco delle strutture di cui al punto precedente, gli strumenti di comunicazione utilizzati e altre modalità quale la diffusione delle informazioni presso strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ecc.),



- indicare le modalità operative che saranno osservate per la gestione di particolari situazioni contingenti che impediscono la continuità del servizio e quali sono gli interventi da attuare per ripristinare la situazione originaria,
- indicare le iniziative volte ad ottimizzare l'attività prescrittiva (intesa come governo della domanda) individuando anche modalità specifiche di accesso alle prestazioni per le quali vi siano particolari difficoltà di erogazione, attraverso il coinvolgimento dei medici prescrittori sia territoriali che ospedalieri.

Come già indicato nel punto **“Piani attuativi aziendali”** dell' Allegato A, la Regione provvederà, entro luglio 2006, a predisporre apposita modulistica per la redazione del Piano attuativo aziendale, differenziato per le diverse tipologie aziendali. (ASL/ASO).