

Deliberazione della Giunta Regionale 29 luglio 2011, n. 2-2481

**Intesa, ai sensi dell'art. 8 - comma 6 - della L. 5 giugno 2003 n. 131, tra Governo, le Regioni e le Provincie Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'art. 1, comma 280, della L. 23.12.2005 n. 266. Approvazione Piano regionale. Indirizzi applicativi alle Aziende Sanitarie Regionali..**

A relazione del Presidente Cota:

Negli ultimi anni il tema dei tempi e delle liste d'attesa per le prestazioni sanitarie ha acquisito una rilevanza sempre crescente.

Il recente Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, che aggiorna la precedente Intesa del 28 marzo 2006, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica veda l'impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e metodi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, con particolare riferimento a quelli operanti sul versante prescrittivo avendo ben chiaro che l'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Le azioni da svolgere per la riduzione delle liste d'attesa devono prendere in considerazione molteplici aspetti di carattere organizzativo, legislativo e sanitario e devono prevedere il contributo alla loro soluzione di diverse figure professionali operanti in ambiti che dovrebbero essere complementari, condivise con gli operatori del settore e con gli stakeholder, portatori delle istanze della società civile.

Su questo tema sono da tempo in corso presso l'Assessorato molte azioni a partire dal 2003, successivamente sviluppate con la D.G.R. n. 56-3322 del 3.07.2006, anche in ottemperanza a vari provvedimenti definiti a livello nazionale per il triennio 2006-2009.

Le azioni hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale ed i relativi standard di riferimento.

Le azioni identificate hanno prodotto piani attuativi aziendali sui quali le singole ASR hanno definito le modalità organizzative di attuazione e le relative tempistiche; dall'analisi dei risultati è comunque emersa la necessità di sviluppare ulteriormente le attività in quanto il sistema presenta ancora diverse aree critiche in particolari ambiti specialistici.

Nei mesi scorsi è stato approvato a livello nazionale il nuovo Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2010-2012, la cui applicazione impegnerà la Regione Piemonte sia in termini di appropriatezza prescrittiva (rispetto classi di priorità di accesso, percorsi diagnostico-terapeutici cardiovascolare ed oncologico) che di organizzazione complessiva di tutto il sistema delle prenotazioni.

A tale proposito nel piano d'intesa citato si parla di “individuazione di strumenti e modi di collaborazione di tutti gli operatori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture...” ed anche che “la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prescrizioni”.

L'appropriatezza, nel caso delle prescrizioni mediche, è una delle chiavi di volta nella risoluzione del problema: un appropriato ricorso alle prestazioni comporta un corretto uso delle risorse (appropriatezza organizzativa) e consente di rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza (appropriatezza clinica), andando ad influire positivamente, quindi, anche sulle liste d'attesa e sull'economicità del sistema in genere.

Pertanto il principio dell'appropriatezza delle prestazioni è alla base della definizione dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29.11.2001. In particolare l'Allegato 4 dello stesso D.P.C.M. “Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia dei LEA” prevede che le Regioni intervengano sul tema dell'appropriatezza anche prevenendo e controllando fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello di assistenza, al fine altresì di non provocare una conseguente scopertura di altri livelli assistenziali.

L'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza permette al sistema sanitario, oltre al corretto utilizzo delle limitate risorse nel contesto di una maggiore efficacia-efficienza del sistema di offerta, anche una migliore performance dei tempi di attesa per le singole prestazioni.

Come è ormai assodato l'aumento dell'offerta genera spesso domanda inappropriata; va comunque detto che, una volta messe in atto tutte le azioni previste per la corretta utilizzazione delle risorse (pubbliche e private accreditate) integrate in uno solo CUP e la riutilizzazione delle disponibilità recuperate attraverso il sistema recall, alcune azioni di implementazione dell'offerta per le prestazioni con tempo d'attesa critico vadano previste.

A tale proposito lo strumento della libera professione a favore dell'ente, unito ad una maggiore programmazione con le strutture accreditate sulle prestazioni da erogare in via prioritaria, sarà parte integrante di questo potenziamento “selettivo” d'offerta.

Il Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i con la quale la Giunta Regionale ha adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi 93,94,95,96,97 della legge 23 dicembre 2009 n. 191, delinea gli obiettivi di intervento nelle diverse macro-aree per il periodo 2010-2012 ed individua tra le varie manovre previste nel programma attuativo per la realizzazione degli obiettivi stessi, anche azioni specifiche in tema di “appropriatezza prescrittiva”.

Per affrontare in maniera concreta la questione appropriatezza sicuramente una piena attuazione del sistema “RAO” (Raggruppamento Attesa Omogenei, sperimentato con successo in varie realtà del territorio nazionale e che prevede la stesura e l'applicazione di protocolli d'intesa condivisi tra prescrittori ed erogatori di prestazioni), assicurerebbe l'attribuzione corretta ai pazienti dei criteri di priorità di accesso alle prestazioni che devono effettuare.

In Regione Piemonte, a partire dal 2008, sono state poste le basi per lo sviluppo di tale sistema con progetti specifici, riguardanti alcuni gruppi di prestazioni, realizzati attraverso la stesura di protocolli condivisi tra specialisti e MMG/PLS e la relativa produzione di indirizzi operativi attuabili da tutti i soggetti interessati.

La limitata integrazione/condivisione tra le diverse figure professionali (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG/PLS) può provocare una ripetizione di visite ed esami, anche se

effettuati da poco tempo, in quanto non ritenuti attendibili o soddisfacenti dallo specialista che si trova a dover affrontare, in ultima analisi, il quesito diagnostico da cui si è partiti.

Sul tema “ripetizione di visite ed esami” e sul relativo impatto negativo rispetto alle liste d’attesa la Regione ritiene necessario implementare il sistema di verifica e controllo, già esistente, al fine di cogliere le incongruenze prescrittive rispetto a linee guida ed indirizzi operativi previsti. Tale intervento dovrà essere rivolto nei confronti dei prescrittori che non osservano la regolamentazione nazionale e regionale in materia di compilazione della prescrizione, con particolare riguardo all’indicazione del quesito diagnostico e della classe di priorità, imprescindibile per l’appropriato accesso ed erogazione della prestazione; per eventuali comportamenti prescrittivi anomali potranno essere valutate possibili azioni nei confronti dei medici prescrittori interessati.

Le classi di priorità sono così definite:

U (urgente) = da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (breve) = da eseguire entro 10 giorni;

D (differibile) = da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (programmabile).

Per le prestazioni oggetto di monitoraggio, con classe di priorità D, di cui allo specifico elenco allegato al presente provvedimento, si riconfermano gli standard regionali attualmente in vigore: gg. 30 per le prime visite specialistiche, gg. 60 per le prestazioni diagnostiche.

In questo contesto va perseguita una reale integrazione MMG-PLS/territorio/ospedale, non solo sotto il profilo organizzativo, ma anche rispetto all’aggiornamento professionale reciproco che deve essere continuo ed in grado di generare un circolo virtuoso tra i diversi professionisti.

Risulta del tutto evidente che il monitoraggio e la verifica della corretta erogazione delle prestazioni secondo le priorità richieste svolge anche un’opera di positivo coinvolgimento del paziente nel processo di prenotazione, facendo in modo che accetti più serenamente l’eventuale tempo d’attesa proposto, avendo la certezza che, in caso di maggiore urgenza, la sua richiesta di salute verrà tempestivamente presa in carico.

Il recente Atto di Intesa Stato – Regioni per il triennio 2010-2012 stabilisce che per tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa individuato dovrà essere garantito, presso le strutture erogatrici indicate dal Piano attuativo aziendale, al 90% degli utenti per i quali i medici prescrittori hanno redatto specifica prescrizione, anche attraverso la gestione razionale degli accessi dei cittadini al sistema CUP delle prenotazioni. Attualmente è in fase d’avvio il Sovracup web, che permetterà ai cittadini di effettuare le prenotazioni da casa per le prestazioni erogate dalle ASR di Torino e provincia e sono in fase di start up o di progettazione altri CUP provinciali.

Il Piano 2010-2012 tratta specificatamente l’integrazione dell’offerta pubblica con quella privata. In particolare stabilisce di “integrare in modo ottimale il complesso dell’offerta pubblica e privata accreditata, attraverso l’uso diffuso del sistema CUP”. In tal senso i rinnovi degli accordi contrattuali attualmente in fase di definizione con le strutture private accreditate prevedono una graduale estensione dei CUP aziendali delle ASL anche ai centri accreditati, in modo tale da avere un panorama dell’offerta complessiva per le prestazioni ambulatoriali e far sì che venga evitato il problema delle multiprenotazioni (pazienti che prenotano per più strutture senza poi disdire i posti che ritengono meno competitivi sia in termini di attesa che di valore intrinseco dei medici

erogatori), che falsa la percezione reale dei tempi d'attesa e rende meno omogeneo il tempo standard tra strutture pubbliche ed accreditate.

Con questa operazione i centri accreditati diventerebbero realmente uno strumento di supporto all'attività sanitaria pubblica ed al stesso tempo l'offerta delle prestazioni potrebbe essere monitorata dalla Regione ed indirizzata alle reali esigenze dei cittadini, senza inutili doppioni di prestazioni che le strutture pubbliche sono già in grado di erogare nei tempi stabiliti.

L'attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali ( e quindi sugli eventuali Sovracup o simili), unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, di cui alla D.D n. 101 del 24/04/2007, dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d'attesa.

Una innovazione tecnologica che sarà operativa su tutto il territorio regionale (D.G.R. n. 28-2027 del 17 maggio 2011 ) è il sistema Recall che, ricontattando il paziente alcuni giorni prima per ricordargli l'appuntamento ed eventualmente disdirlo, permetterà di liberare e riassegnare disponibilità che altrimenti andrebbero perdute e contribuirà ad abbattere l'odioso ed antieconomico fenomeno del drop out (cioè dei pazienti che si "dimenticano" di disdire); tale sistema dovrebbe essere in grado di incidere sensibilmente sulle liste d'attesa e sull'efficienza ed economicità del sistema complessivo.

E' da prevedersi l'introduzione del Contact Center, ovvero Il sistema per la richiesta di contatto per le prenotazioni on-line che si rivolge a tutti i cittadini che desiderano prenotare prestazioni sanitarie erogate dalle strutture aderenti al sistema sovracup e che non desiderano utilizzare gli sportelli di prenotazione o il telefono con cui chiamare il numero verde messo a disposizione dalla Regione Piemonte (in collaborazione con l' ASL TO1). Questo sistema di interfaccia web, che sta incontrando un successo crescente a livello del SOVRACUP di Torino e provincia (circa 60.000 contatti/anno), dovrà essere esteso a tutto il territorio regionale e diventerà il biglietto da visita per i cittadini di tutte le Aziende sanitarie.

I benefici di questo sistema per i cittadini saranno sostanziali ed eviteranno, soprattutto alle fasce più deboli o anziane delle popolazione, la necessità di sobbarcarsi trasferte ed attese inutili e potranno attendere tranquillamente a casa la chiamata di un operatore del servizio di prenotazione che fisserà l'appuntamento richiesto.

L'organizzazione sopra descritta interessa tutta la specialistica ambulatoriale erogabile sul territorio regionale, mentre le prestazioni oggetto di monitoraggio comprendono sia quelle previste dal Piano nazionale sia alcune ritenute di particolare criticità (per il dettaglio si rinvia allo specifico elenco allegato al presente provvedimento) e , quindi, oggetto di azioni finalizzate al contenimento dei tempi di attesa.

Per alcune di queste la Regione Piemonte con D.G.R. n. 22-615 del 15 settembre 2010, ha sviluppato una manovra straordinaria, accompagnandola con un intervento economico straordinario, affinché le ASR intervenissero ulteriormente sulla propria organizzazione aziendale per ricondurre le prestazioni di largo consumo, con pesanti criticità, dentro gli standard previsti dalla normativa vigente.

Tale manovra, peraltro, si aggiunge alle altre azioni previste dal Piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i, relativamente alla riorganizzazione della rete dei servizi di radiodiagnostica e di laboratorio analisi.

Ulteriori azioni individuate per un significativo miglioramento della qualità della risposta del SSR al bisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali da parte dell'utenza sono:

- l'effettuazione di alcune prestazioni in accesso diretto ( tutte le prestazioni di laboratorio analisi, elettrocardiogramma basale e le prestazioni di radiologia tradizionale dei segmenti ossei);

- l'attivazione del sistema Recall presso tutte le ASR (D.G.R. n. 28-2027 del 17 maggio 2011).  
Questi ultimi due interventi ( sistema recall ed accesso diretto ) saranno oggetto di verifica nei confronti dei Direttori Generali/Commissari al fine del riconoscimento della quota accessoria per l'anno 2011.

Anche l'attività di programmazione ed ottimizzazione delle risorse per il controllo e la riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri ha seguito un percorso parallelo a quello che ha riguardato l'attività specialistica ambulatoriale, che si è evidenziato in particolare con:

- monitoraggio dei tempi d'attesa per una definita tipologia di ricoveri;
- adozione di criteri uniformi per la definizione dei codici di priorità, con particolare riferimento ad alcuni interventi chirurgici con particolari criticità clinica o organizzativa;
- inserimento nel tracciato informatico delle SDO della data di prenotazione del ricovero ed identificazione dei codici di priorità;
- elaborazione di indirizzi operativi alle strutture di ricovero per la revisione periodica delle liste d'attesa con controllo della effettiva attuazione.

Nella programmazione delle attività di ricovero sono stati forniti indirizzi precisi sia alle ASR che ai produttori privati accreditati in merito alle tipologie di interventi chirurgici da privilegiare, per consentire la diminuzione delle liste d'attesa con criticità particolare.

La programmazione regionale definita con la D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 “ Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo “ prevede al punto 8.4.2 Progetto Tessera Sanitaria l'evoluzione della “Sperimentazione Ricetta Elettronica ” art 1, comma 810 LF 2007 e DPCM 26/3/2008 tramite l'introduzione della sperimentazione della ricetta elettronica ospedaliera specialistica in ambito regionale e aziendale.

La Regione Piemonte è attualmente pilota nel progetto Medici in Rete, pertanto, sta coordinando la realizzazione del collegamento in rete dei medici convenzionati per garantire la trasmissione delle ricette conformi al DM 18 maggio 2004 (ricette SSN) al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

La peculiarità del progetto “Sperimentazione Ricetta Elettronica Ospedaliera Specialistica” consiste nella erogazione di un servizio specifico atto alla fornitura di un numero di ricetta elettronica in grado di identificare univocamente le prescrizioni specialistiche effettuate dai medici ospedalieri su ricette non conformi a quelle di cui al DM 18 maggio 2004 (non SSN).

Ciò al fine di consentire al Servizio Sanitario regionale di tracciare univocamente l'intero percorso diagnostico terapeutico, dal momento della prescrizione all'atto dell'erogazione, anche al fine di cogliere l'appropriatezza del percorso, rilevarne eventuali aree critiche ed individuare le azioni di miglioramento in collaborazione con le figure professionali interessate.

L'assessorato a pianificherà entro l'anno 2011 specifici incontri con le Aziende Sanitarie Regionali e i medici per presentare il progetto e dare indicazioni sui modelli da adottare affinché le organizzazioni delle strutture sanitarie si integrino allo schema progettuale per favorire progressivamente l'estensione con modelli regionali e nazionali interconnessi

Inoltre la Regione, con atti di programmazione elaborati in tempi differenti, ha prodotto dei PDT ( percorsi di trattamento) in campo oncologico, cardiovascolare e riabilitativo ambulatoriale che sono in fase di attuazione con specifici percorsi diagnostico-terapeutici , 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.

### *Oncologia*

Con D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009, è stata approvata la bozza di convenzione tra la Regione Piemonte e la Regione Autonoma Valle d'Aosta per la prosecuzione delle attività di Rete

Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, istituita con D.G.R. n. 48-9824 del 30.6.2003. La convenzione in parola è stata siglata dalle parti in data 5 agosto 2009.

Con la medesima deliberazione sono stati approvati il nuovo assetto organizzativo della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta ed i relativi Regolamenti del Polo Oncologico e della Rete Oncologica, che prevedono lo stretto coordinamento tra le Aziende Sanitarie, Ospedaliere ed Ospedaliero Universitarie delle due regioni, al fine di concretizzare un'organizzazione dei percorsi oncologici che preluda all'individuazione di centri di riferimento per la cura delle singole tipologie di tumore.

Tale nuova regolamentazione si propone, in particolare, di garantire:

- il superamento delle disomogeneità territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari offerti ai pazienti;
- il raggiungimento di standard di trattamento sempre più elevati;
- la crescente semplificazione delle fasi di accesso ai servizi e dei percorsi di diagnosi e cura erogati ai pazienti;
- il graduale avvicinamento dell'offerta dei servizi sanitari al contesto di vita della persona bisognosa di cura.

Il percorso sinora svolto ha evidenziato le rilevanti potenzialità delle risorse presenti nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e, per contro, ha messo in luce la sempre maggiore complessità della gestione che tale organizzazione comporta, in un contesto di continua necessità di riduzione dei costi – quale è quello attuale – di un più strutturato modello organizzativo, al fine di ottenere maggiori efficienza ed efficacia di azione.

Tale modello è stato individuato nel Dipartimento funzionale interaziendale ed interregionale della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, approvato con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010.

Al Dipartimento competono la gestione ed il coordinamento delle attività di Rete Oncologica, così come dettagliate nell'Allegato C della citata D.G.R. n. 21-11511 del 03.06.2009 ed in particolare, relative ai seguenti ambiti:

- strumenti operativi per l'attuazione delle indicazioni della programmazione sanitaria dell'Assessorato Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria, Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia della Regione Piemonte e dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali della Regione Autonoma Valle d'Aosta, che riguardano direttamente l'ambito oncologico o lo coinvolgono con importanti implicazioni organizzative (cure palliative, terapia del dolore, etc.);
- promozione e verifica della qualità in oncologia;
- diffusione e controllo dell'applicazione delle linee guida clinico-organizzative;
- formazione continua degli operatori;
- ricerca clinica oncologica;
- percorsi di acquisizione delle nuove tecnologie;
- promozione del sistema informativo- informatico della Rete;
- funzionamento dei centri di riferimento per le cure delle singole tipologie di tumore, in ottemperanza a quanto disposto in merito dalla Giunta regionale della Regione Piemonte;
- partecipazione alla definizione di percorsi di accreditamento in ambito oncologico, con l'obiettivo di perseguire riconoscimenti di accreditamento all'eccellenza;
- rapporti di collaborazione con le associazioni di volontariato in ambito oncologico;

- promozione di progetti che favoriscano l'empowerment dei cittadini, dei pazienti, dei loro familiari e degli operatori, in merito alle patologie oncologiche;
- coordinamento delle iniziative di promozione della salute relative alla patologia oncologica.

Nell'ambito del secondo compito sopra individuato, "promozione e verifica della qualità in oncologia", sono da intendersi ricomprese tutte le iniziative inerenti al contenimento delle liste d'attesa per i primi esami diagnostici e per gli esami di follow up, con l'attuazione di percorsi assistenziali che concorrano al perseguimento del continuo miglioramento della risposta al fabbisogno.

### *Area cardiovascolare*

La Regione Piemonte ha adottato dei provvedimenti per ottimizzare il percorso diagnostico terapeutico per i pazienti colpiti da IMA; è stata avviata una rete interospedaliera che coinvolge le strutture con reparti di cardiologia, i PS e le strutture di emergenza territoriali.

Tale organizzazione permette, dal gennaio 2011, di effettuare ad un paziente con un sospetto IMA da parte degli operatori dei servizi di emergenza, un elettrocardiogramma che in tempo reale viene trasmesso alla cardiologia di riferimento in modo da indirizzare il paziente all'ospedale idoneo al trattamento del caso; questa modalità operativa permette di rendere tempestivo l'intervento con le cure del caso più appropriate.

Le modalità operative di questo percorso sono state codificate con nota assessorile prot. 37077 del 23 dicembre 2010, adottata ai sensi della D.G.R. n. 28-769 del 5/9/2005.

Per quanto riguarda gli interventi di by-pass aortocoronarico la Regione, a partire dall'anno 2000, al fine di garantire tempi d'attesa non superiori a 30 giorni (dalla diagnosi specialistica), ha formalizzato dei protocolli d'intesa con i centri cardiocirurgici pubblici e privati accreditati con individuazione del fabbisogno regionale d'interventi ed le relativa ottimizzazione delle risorse; la definizione dei requisiti strutturali ed organizzativi dei centri, la condivisione di protocolli operativi ed il rispetto delle tempistiche previste sono parte integrante di questo protocollo (D.G.R. n. 89-6716 del 3 agosto 2007).

### 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 sono state monitorate puntualmente nel tempo ed una attenta analisi della loro attuazione ha fatto emergere la necessità di un ulteriore aggiornamento nell'ottica di una sempre maggiore appropriatezza nell'erogazione del livello assistenziale, ma anche rispetto ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato in grado di assicurare equità d'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.

Le linee guida ed il loro miglioramento continuo rappresentano uno degli strumenti effettivi del governo clinico e dell'organizzazione del SSN che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini, valorizzando il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità.

La revisione delle linee guida per le prestazioni ambulatoriali di RRF (D.G.R. n. 49-12479 del 2 novembre 2009 e D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010) si è basata sulla necessità di garantire l'appropriatezza della prestazione in relazione alla disabilità del singolo paziente.

In questo contesto le prestazioni di rieducazione funzionale costituiscono il cardine dell'intervento riabilitativo, mentre il ricorso alle prestazioni di terapia strumentale è a completamento del progetto riabilitativo e non costituisce l'intervento prevalente.

Particolare attenzione è posta al tema dell'informazione e comunicazione agli utenti dei servizi sanitari.

L'accesso ai servizi e la loro utilizzazione ottimale sono condizionati in buona parte dalle conoscenze che i cittadini hanno sulle caratteristiche e sul loro funzionamento e vanno espresse con modalità di comunicazione appropriate e differenziate 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.

A tal fine è fondamentale sviluppare all'interno delle Aziende Sanitarie un "sistema comunicazione" a cui, in una logica integrata, concorrano gli esperti 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.

All'interno delle prospettive di implementazione dell'iniziativa di ICT, sono di notevole importanza tutte quelle che possono vedere una reale integrazione/interazione con il cittadino; sotto questo punto di vista i progetti del sovracup Web e del contact center vanno nella giusta direzione e vanno estesi su tutto il territorio regionale.

Da parte regionale, al fine di migliorare l'informazione e la comunicazione del sistema, la Regione Piemonte prevede la pubblicazione periodica sul proprio sito della capacità di risposta in termini di tempi d'attesa da parte dell'organizzazione sanitaria territoriale prevista.

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.

In particolare viene pubblicato semestralmente nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità, l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio, assicurate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai criteri di priorità U-B-D-P. Inoltre attraverso la carta dei servizi prevista dal Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella legge 11 luglio 1995, n. 273, sono garantite dalle singole Aziende sanitarie le informazioni utili ai cittadini utenti rispetto ai servizi effettuati dalle stesse Aziende per le prestazioni erogate, compresa l'articolazione delle liste di attesa.

Tutto ciò considerato, pare opportuno quindi dare applicazione a quanto previsto dal già citato Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 ed assicurare la continuità alle iniziative già in corso in materia di riduzione delle liste d'attesa, in quanto compatibili con lo stesso provvedimento.

Inoltre la Regione Piemonte si impegna a dare attuazione a quanto previsto nel suddetto atto, in particolare per quanto riguarda:

- aggiornamento delle tempistiche delle classi di priorità previste (U,B,D,P);
- aggiornamento dei PDT e del relativo sistema di rilevazione previsto;
- disposizione alle ASR per la realizzazione, entro 60 giorni, dei singoli piani attuativi coerenti con le disposizioni contenute nel presente provvedimento.

Quanto sopra premesso, la Giunta regionale condividendo le argomentazioni del relatore:

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29.11.2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza da garantire a tutti gli assistiti;

visto il D.P.C.M. 16 aprile 2002 "Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa";

visto l'accordo sancito dalla Conferenza Stato Regioni nella seduta del 14 febbraio 2002 sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;

visto l'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato;

visto l'art. 1 comma 279 e seguenti della legge 23 dicembre 2005, n. 266 " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)";

visto l'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"

visto il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 di cui al D.P.R. 7 aprile 2006;

visto il Decreto ministeriale 8 luglio 2010 n. 135 sul “Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380”;

vista l’Intesa siglata dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni nella seduta del 29 aprile 2010 sulle Linee guida nazionali del sistema CUP;

vista l’intesa del 28/10/2010 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul piano Nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012, di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266”

vista la 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”;

vista la D.G.R. n. 49-6478 del 1 luglio 2002 avente per oggetto: “Linee guida e percorsi terapeutici per attività ambulatoriale di recupero e riabilitazione funzionale per pazienti stabilizzati secondo quanto stabilito dalle classi di disabilità”;

vista la D.G.R. n. 14-10073 del 28 luglio 2003 avente per oggetto “ Riduzione delle liste di attesa: linee guida per la gestione dell’accesso alle prestazioni di ricovero elettivo e alle prestazioni specialistiche ambulatoriali “;

vista la DG.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”;

vista la 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)”;

vista la 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”

vista la D.G.R. n. 15-608 del 1° agosto 2005 “Progetto regionale per la graduale realizzazione del Centro Unificato di Prenotazione Regionale“;

vista la D.G.R. n. 21-2746 del 2 maggio 2006 avente per oggetto “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”;

viste le DD.G.R. n. 56-3322 del 3 luglio 2006 e la n. 37-5180 del 29 gennaio 2007 riguardanti indirizzi applicativi in materia di piano nazionale di contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2006-2008;

vista la D.G.R. n. 22-615 del 15/09/2010 in materia di intervento straordinario sulle liste d’attesa;

vista la D.G.R. n. 44- 1615 del 28 febbraio 2011 e s.m.i. avente come oggetto il Piano di rientro ed il Programma attuativo

viste le D.D. n. 101 del 24/04/2007 e la D.D. n. 43 del 4/02/2008 in materia di indirizzi applicativi per la gestione delle liste d'attesa;

vista la D.D. N. 375 del 10/7/2009 in materia di classi di priorità clinica per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali

a voti unanimi resi nelle forme di legge,

*delibera*

- di approvare il Piano regionale attuativo contenente i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, nonché i criteri per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza quali risultanti dal documento di cui all'Allegato A parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di individuare le prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'Amministrazione Regionale, i relativi standard di riferimento quali individuati nell'Allegato B parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Regionali adottino entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento il programma attuativo aziendale secondo i criteri di cui all'Allegato C parte integrante e sostanziale al presente provvedimento;

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

## PIANO ATTUATIVO REGIONALE PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

Il Piano Attuativo Regionale viene definito nel rispetto dei principi e dei criteri espressi nella premessa del provvedimento di recepimento del presente Allegato.

In particolare un efficace piano di contenimento delle liste d'attesa è conseguente ad un efficace **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.

Una adeguata razionalizzazione dei servizi deve garantire interventi sanitari appropriati e continuità dei percorsi di cura, nel contesto del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311., di cui alla D.G.R. N. n. 1-415 del 2 agosto 2010 con cui è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte.

Il Piano si pone come obiettivo generale l'esplicitazione dei percorsi di riorganizzazione del SSR in atto nella Regione Piemonte e che verranno sviluppati nel corso del triennio 2010-2012. In questo contesto saranno in particolare sviluppate le azioni necessarie al completo perseguimento dei LEA in modo omogeneo sul territorio regionale e mediante l'utilizzo appropriato ed efficiente dei servizi e delle prestazioni, mediante il processo di riordino delle risposte assistenziali ponendo particolare attenzione al riequilibrio tra i macro livelli assistenziali, mediante lo sviluppo dell'assistenza collettiva e distrettuale e il contenimento dell'assistenza ospedaliera.

Le azioni in corso sul tema liste d'attesa, indicate nella premessa del presente provvedimento, necessitano di un ulteriore, significativo sviluppo/aggiornamento in linea con quanto indicato e previsto dal recente Atto di intesa Stato- Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012 e dalla D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 e s.m.i..

Fino a nuovi successivi provvedimenti o direttive regionali in materia, valgono le disposizioni vigenti per la cui attuazione è previsto monitoraggio specifico regionale.

## Governo della domanda in relazione al fabbisogno:

### 1. Prestazioni di ricovero

Azioni regionali da intraprendere anche in relazione al nuovo assetto organizzativo gestionale emergente dai vari provvedimenti nazionali e regionali in materia:

a) da effettuarsi entro 1.06.2012.

- analisi della domanda
- analisi delle attività di ricovero erogate
- analisi dell'utilizzo delle classi di priorità attualmente in essere
- individuazione delle classi di priorità e relativi tempi massimi di attesa per interventi con criticità particolari

b) da effettuarsi entro 31.12.2011.

- Attività di formazione ed informazione sull'applicazione delle linee guida
- Integrazione delle linee guida di cui alla D.G.R. N. 14-10073 del 28 luglio 2003 sulle modalità di tenuta della Agenda di prenotazione dei ricoveri .

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 con le relative integrazioni:

CLASSE A	Casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 30 giorni salvo diverse disposizioni in materia
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, . Tali ricoveri devono essere effettuati entro 60 giorni salvo diverse disposizioni in materia
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. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 180 giorni salvo diverse disposizioni in materia
CLASSE D	Casi clinici che non causano dolore, disfunzione o disabilità. Tali ricoveri devono essere effettuati entro 12 mesi salvo diverse disposizioni in materia

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 B 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).

Restano confermate le indicazioni già in essere dal 2003 e di cui alla circolare regionale prot. n. 7026/ D28.5 del 21.05.2003 e successive modificazioni ed integrazioni relativamente all'obbligo dell'inserimento nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO) della data di prenotazione e della classe di priorità .

## 2. Prestazioni ambulatoriali

Azioni regionali da sviluppare e migliorare anche in attuazione di quanto disposto dalla già citata D.G.R. N. n. 1-415 del 2 agosto 2010 e s.m.i .con cui è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

- 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 settembre 2011 .*

Aggiornamento e sviluppo dei criteri di accesso per classi di priorità cliniche secondo il metodo RAO per le prestazioni specialistiche ambulatoriali particolarmente critiche, di largo consumo e di ampia diffusione .

A tal fine si ribadiscono le caratteristiche delle classi di priorità:

Classe U <i>urgente</i>	Prestazione relativa a una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nell'arco di 72 ore possa comportare un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico	Prestazione da effettuarsi entro 72 ore dalla richiesta
Classe B <i>breve</i>	Prestazione relativa ad una malattia in fase acuta o in riacutizzazione per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve periodo ( 10 gg) possa comportare un sensibile peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del quadro terapeutico nel breve periodo	Prestazione da effettuarsi entro 10 giorni dalla richiesta
Classe D <i>differibile</i>	Prestazione la cui esecuzione tempestiva non influenza significativamente la prognosi a breve.	Visita specialistica entro 30 giorni; accertamenti diagnostici e strumentali entro 60 giorni .
Classe P <i>programmabile</i>	Prestazione la cui esecuzione non è necessario sia tempestiva.	Prestazioni da effettuarsi di norma entro 180 giorni dalla prescrizione o altra indicazione del medico curante.

*Da effettuarsi entro marzo 2012 a livello regionale con l'apporto di specialisti (medici ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG/PLS e rappresentanti di Aziende Sanitarie che si occupano di organizzazione. Nel frattempo restano confermate le indicazioni di cui alle D.D. N. 43/2008, D.D. N. 375 /2009, D.G.R. . n. 42-941 del 3/11/2010 e D.G.R. 15-2091 del 24 maggio 2011.*

Aggiornamento delle indicazioni sulle diverse modalità organizzative per garantire l'accesso alle prestazioni .

*Da effettuarsi entro dicembre 2011. Nel frattempo restano confermate le indicazioni di cui alle D.D. N. 43/2008 e D.D. N. 375 /2009 .*

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 marzo 2012*

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

*Da effettuarsi negli anni 2011 e 2012*

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

*Da effettuarsi nel corso del 2° semestre 2012*

I suddetti atti , unitamente a quanto indicato in premessa al provvedimento di recepimento del presente allegato, 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 ottobre 2010 , nonché alle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale in quanto ritenute "particolarmente critiche" rispetto ai tempi di attesa osservati dalle strutture eroganti..

Si ribadisce che i tempi di attesa indicati nell'allegato B si riferiscono alle prestazioni con classi di priorità D e P.

I tempi massimi di attesa individuati si riferiscono a tutte le prime visite ed alle prestazioni individuate, con esclusione delle medesime prestazioni erogate nel percorso screening o delle visite di controllo.

### Riorganizzazione del sistema prenotazioni

Il progetto regionale di riorganizzazione del sistema prenotazione CUP su area regionale, di cui alla D.G.R. N. 15-608 del 1° agosto 2005 e s.m.i. ha visto lo sviluppo delle azioni seguenti:

- definizione della tipologia e quantità delle prestazioni da inserire a SovraCup Città di Torino e provincia,
- messa in linea di tutte le agende e test di funzionamento operativo ,
- formazione del personale CUP delle Aziende Sanitarie della Città di Torino e provincia –,
- funzionamento del SovraCup per la Città di Torino e per le ASR della provincia di Torino, nonché l'avvio di altre esperienze /progettazione di ulteriori CUP provinciali sul territorio piemontese.

Il progetto , oggi, necessita di ulteriori azioni finalizzate al miglioramento ed all'estensione del modello di prenotazione sperimentato:

- verifica del sistema , eventuale perfezionamento/aggiornamento /estensione dello stesso :

*Da effettuarsi nel corso del 2012*

- definizione delle modalità operative e relativi tempi per la gestione dell'intera offerta ambulatoriale a CUP prevedendo anche l'inserimento dell'attività in libera professione intra-moenia, nonché il coinvolgimento delle strutture sanitarie private accreditate per le prestazioni oggetto di contratto con il SSR.

*Da effettuarsi nel corso del 2011*



- realizzazione della funzione di Recall e di Contac center da parte di tutte le ASR

*Da effettuarsi nel corso del 2011*

### 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. In quest'ottica gli Accordi Integrativi Regionali per la Medicina Generale e per la Pediatria di libera scelta, di cui alla D.G.R. N. 28-2690 del 24 aprile 2006 e s.m.i. e D.G.R. N. 75-4317 del 13 novembre 2006 e s.m.i., hanno previsto un preciso impegno da parte dei professionisti convenzionati alla partecipazione attiva alle iniziative correlate agli obiettivi delle singole Aziende Sanitarie Locali relativi alla definizione, applicazione e valutazione per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, delle prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio. Per contro gli stessi Accordi prevedono che le Direzioni generali delle singole Aziende sanitarie Locali coinvolgano i medici convenzionati, insieme agli specialisti dipendenti, convenzionati ed accreditati nella definizione di specifiche linee guida/protocolli.

Sul tema a livello regionale saranno :

- individuati indicatori per l'analisi dell'attività prescrittiva e definiti report periodici relativamente all'utilizzo delle classi di priorità e/o la frequenza del ricorso a prestazioni ad alto rischio di inapproprietezza.

*Da effettuarsi entro dicembre 2011*

- individuazione dei criteri per l'organizzazione della formazione/ informazione per omogeneizzare i comportamenti prescrittivi

*Da effettuarsi entro ottobre 2011*

### Monitoraggio.

E' assicurato il monitoraggio nei termini previsti dall'Atto di Intesa del 28 ottobre 2010 e successive Linee guida sulle modalità di rilevazione e trasmissione dei flussi realizzate di concerto tra Ministero della Salute, Regioni e Province autonome ed AgeNas.

In particolare il monitoraggio del fenomeno dei tempi di attesa interesserà le prestazioni ambulatoriali e di ricovero di cui all'Allegato B al provvedimento di recepimento del presente Allegato, le sospensioni della attività di erogazione, il monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche, cardiovascolari e dei pazienti con progetti riabilitativi ambulatoriali.

### Informazione e comunicazione

In materia di informazione e comunicazione le azioni regionali sono state rivolte a:

- pubblicazione semestrale nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità -, dell'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio, assicurate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni erogate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai criteri di priorità U-B-D-P.
- pubblicazione semestrale sul portale regionale del monitoraggio dei tempi di attesa per le attività di ricovero
- realizzazione 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),
- definizione di un punto di ascolto degli utenti, delle loro organizzazioni rappresentative per l'analisi della qualità percepita sulle attese,
- diffusione delle informazioni tramite siti Web aziendali, le Carte dei Servizi, gli Uffici URP e campagne informative specifiche. Le informazioni hanno riguardato in particolare il sistema dell'offerta e la sua accessibilità, le innovazioni normative ed organizzative, le caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni, nonché le regole a tutela dell'equità e della trasparenza,
- attivazione da parte delle ASR della rilevazione della soddisfazione degli utenti sulle liste d'attesa.

### Piani attuativi aziendali.

Gli elementi caratterizzanti i Piani attuativi aziendali sono quelli enunciati nell'Allegato C al provvedimento di recepimento del presente Allegato.

La valutazione dei piani attuativi aziendali tiene conto :

- della rispondenza dei piani con i criteri previsti dall'Allegato C al provvedimento di recepimento del presente Allegato,
- dell'analisi dei progetti contenuti nei piani attuativi aziendali quali emergenti dai singoli Piani presentati .

L'approvazione dei progetti avverrà secondo i seguenti criteri:

- congruità del Piano aziendale con il Piano Regionale , tenendo in considerazione la rilevanza del problema e le iniziative volte a migliorare l'appropriatezza anche attraverso percorsi diagnostico-terapeutici condivisi (peso 30)
- efficacia gestionale: compatibilità del progetto con le risorse aziendali e pieno utilizzo risorse esistenti (peso 30)
- innovazione e grado di diffusibilità e replicabilità del progetto (peso 15)
- progetti integrati tra aziende sanitarie (peso 10)
- informazione e coinvolgimento dei cittadini (peso 15)

In merito al monitoraggio dei Piani attuativi aziendali l'azione regionale interesserà l'Identificazione dei criteri di monitoraggio sull'attuazione delle attività programmate ed approvate dalla Regione. Tale azione sarà completata entro *febbraio 2012*.

**ALLEGATO B PRESTAZIONI E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO**

<b>PRIME VISITE SPECIALISTICHE (*)</b>		<b>percorsi</b>	<b>TEMPI MASSIMI ATTESA</b>
1	89.7 VISITA GENERALE 01 ALLERGOLOGIA		30
2	89.7 VISITA GENERALE 08 CARDIOLOGIA		30
3	89.7 VISITA GENERALE 09 CHIRURGIA GENERALE		30
4	89.7 VISITA GENERALE 12 CHIRURGIA PLASTICA		30
5	89.7 VISITA GENERALE 14 CHIRURGIA VASCOLARE		30
6	89.7 VISITA GENERALE 19 ENDOCRINOLOGIA		30
7	89.7 VISITA GENERALE 68 PNEUMOLOGIA		30
8	89.13 VISITA GENERALE 30 NEUROCHIRURGIA		30
9	89.13 VISITA GENERALE 32 NEUROLOGIA		30
10	95.02 VISITA GENERALE 34 OCULISTICA		30
11	89.7 VISITA GENERALE 35 ODONTOSTOMATOLOGIA		30
12	89.7 VISITA GENERALE 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		30
13	89.26 VISITA GENERALE 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA		30
14	89.7 VISITA GENERALE 38 OTORINOLARINGOIATRIA		30
15	89.7 VISITA GENERALE 58 GASTROENTEROLOGIA		30
16	89.7 VISITA GENERALE ONCOLOGICA	PERCORSO ONCOLOGICO	30
17	89.03 VISITA GENERALE RADIOTERAPICA PRETRATTAMENTO		30
18	94.19.1 COLLOQUIO PSICHIATRICO 40 PSICHIATRIA		30
19	89.7 VISITA GENERALE 43 UROLOGIA		30
20	89.7 VISITA GENERALE 52 DERMOSIFILOPATIA		30
21	89.7 1° visita RRF Riabilitativa Post acuti	PERCORSO RIABILITATIVO	7
22	89.7 1° visita RRF Riabilitativa Stabilizzati	PERCORSO RIABILITATIVO	30
<b>PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI (*)</b>		<b>percorsi</b>	<b>TEMPI MASSIMI</b>
23	45.13 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] - Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
24	45.16 ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	PERCORSO ONCOLOGICO	60
25	45.23 COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE -Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell'intestino cr	PERCORSO ONCOLOGICO	60
26	45.24 SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
27	45.25 BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO		60
28	45.42 POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL'INTESTINO CRASSO		60
29	68.12.1 Isteroscopia - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale (Ostetricia e ginecologia)		60
30	70.21 COLPOSCOPIA		60
31	87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo		60
32	87.03.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA CON CONTRASTO. Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo		60
33	87.03.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)		60
34	87.03.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).		60
35	87.03.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]		60
36	87.03.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]		60
37	87.03.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		60
38	87.03.8 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		60

39	87.29 RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni). Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		60
40	87.37.1 MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
41	87.37.2 MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
42	87.41 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	PERCORSO ONCOLOGICO	60
43	87.41.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	PERCORSO ONCOLOGICO	60
44	87.71 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		60
45	87.71.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo		60
46	88.01.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	PERCORSO ONCOLOGICO	60
47	88.01.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	PERCORSO ONCOLOGICO	60
48	88.01.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	PERCORSO ONCOLOGICO	60
49	88.01.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	PERCORSO ONCOLOGICO	60
50	88.01.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	PERCORSO ONCOLOGICO	60
51	88.01.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	PERCORSO ONCOLOGICO	60
52	88.29.1 RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO		60
53	88.31 RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]		60
54	88.38.1 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE		60
55	88.38.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE SENZA E CON CONTRASTO		60
56	88.38.3 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]		60
57	88.38.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].		60
58	88.38.5 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		60
59	88.38.6 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]		60
60	88.38.7 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].		60
61	88.71.4 DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi		60
62	88.72 ECOCARDIOGRAFIA (88.72.1, 88.72.2, 88.72.3, 88.72.6, 88.72.7 )		60
63	88.73.1 ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA bilaterale	PERCORSO ONCOLOGICO	60
64	88.73.2 ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	PERCORSO ONCOLOGICO	60
65	88.73.3 ECOGRAFIA TORACICA		60
66	88.73.5 ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		60

67	88.74.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
68	88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	PERCORSO ONCOLOGICO	60
69	88.76.1 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	PERCORSO ONCOLOGICO	60
70	88.77.2 ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		60
71	88.78 ECOGRAFIA OSTETRICA		60
72	88.78.2 ECOGRAFIA GINECOLOGICA		60
73	88.91.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	PERCORSO ONCOLOGICO	60
74	88.91.2 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	PERCORSO ONCOLOGICO	60
75	88.92 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare		60
76	88.92.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare		60
77	88.93 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale		60
78	88.93.1 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale		60
79	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]		60
80	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]		60
81	88.95.4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare	PERCORSO ONCOLOGICO	60
82	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	PERCORSO ONCOLOGICO	60
83	89.14 ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnèa) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17) (Neurologia)		60
84	89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE		60
85	89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE		60
86	89.41 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)		60
87	89.43 TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)		60
88	89.50 ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)		60
89	89.52 ELETTROCARDIOGRAMMA		(*)
90	89.61.1 MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -		60
91	93.08.1 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)		60
92	95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI		60
93	95.12 ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE - (oculistica)		60
94	95.41.1 ESAME AUDIOMETRICO TONALE		60
95	95.42 IMPEDENZOMETRIA (Otorino)		60
96	95.05 STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica (oculistica)		60

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI (*)		percorsi	TEMPI MASSIMI
97	Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 2	PERCORSO RIABILITATIVO	10
98	Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 3	PERCORSO RIABILITATIVO	90
99	Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 4	PERCORSO RIABILITATIVO	15
100	Inizio Trattamento riabilitativo disabilità 5	PERCORSO RIABILITATIVO	120

(\*) Per alcune prestazioni , quali gli esami di laboratorio analisi, elettrocardiogramma basale , radiologia tradizionale ossea le

PRESTAZIONI DI RADIOLOGIA TRADIZIONALE AD ACCESSO DIRETTO			
1	87.17.1 RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		
2	87.22 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale		
3	87.23 RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		
4	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.		
5	88.19 RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)		
6	88.21 RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale		
7	88.22 RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio		
8	88.23 RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano		
9	88.26 RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca		
10	88.27 RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba		
11	88.28 RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede		
12	88.29.2 RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)		

PRESTAZIONI DI RICOVERO (*)			
Numero	Prestazione	Codice Intervento	Codice Diagnosi
	PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
1	Interventi chirurgici tumore Mammella	85.4	categoria 174
2	Interventi chirurgici tumore Prostata	60.5	185
3	Interventi chirurgici per tumori Colon retto	45.7x - 45.8 - 48.5 - 48.6	153 154
4	Interventi ginecologici (per tumori dell'utero)	Da 68.3 a 68.9	182
	PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY		
5	Chemioterapia	99.25	V58.1
9	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
	PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
7	Bypass aorto-coronarico	36.10	
8	Angioplastica Coronarica (PTCA)	36.0	
9	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
10	Intervento protesi d'anca	81.51 - 81.52 - 81.53	
	PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO		
11	Interventi chirurgici Polmone	32.3 - 32.4 - 32.5 32.9	
12	Tonsillectomia	28.2 - 28.3	
	PRESTAZIONI IN DAY HOSPITAL//DAY SURGERY		
13	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
14	Emorroidectomia	49.46	
15	Riparazione ernia inguinale	53.00 - 53.10	

(\*) I TEMPI MASSIMI SONO QUELLI PREVISTI PER LE DIVERSE CLASSI DI PRIORITA' E LE INDICAZIONI REGIONALI IN

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

L'Atto di Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010 prevede che le Aziende Sanitarie entro 60 giorni dall'adozione del Piano regionale di governo delle liste d'attesa adottino un Programma attuativo, in coerenza con quanto definito in ambito regionale.

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. l'esplicitazione delle misure che la singola Azienda intende adottare in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa, comprendenti azioni di miglioramento/revisione dei servizi e previo confronto con le 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,
5. l'indicazione dell'utilizzo dell'attività libero professionale ad integrazione dell'attività istituzionale per il contenimento dei tempi di attesa nel rispetto di quanto previsto dal Decreto legislativo 229/99 comma 3 art. 15 quinquies con particolare riferimento al rispetto del corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale. L'attività libero professionale non può e non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda quali il diritto all'accesso entro i tempi massimi previsti, fermo restando che la stessa attività libero professionale deve concorrere alla riduzione complessiva delle liste d'attesa.

Il piano aziendale deve inoltre:

- 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.) e di eventuali accordi con le strutture accreditate
- 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 e le modalità e di prenotazione per le diverse classi di priorità con l'esplicitazione dell'informatizzazione delle stesse.

La Regione provvederà a predisporre apposita modulistica per la redazione del Piano attuativo aziendale, differenziato per le diverse tipologie aziendali. (ASL/ASO).