



Regione Toscana



Servizio
Sanitario
della
Toscana

Allegato A

PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021





Sommario

PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	1
2019-2021.....	1
PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021.....	3
INTRODUZIONE.....	3
ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA.....	4
SEPARAZIONE DEI CANALI E DEI FLUSSI DI ACCESSO.....	4
GESTIONE DELLA DOMANDA.....	5
ATTENZIONE ALLA PROSSIMITÀ – AMBITI DI GARANZIA.....	7
TEMPI MASSIMI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	8
MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA	10
PRESTAZIONI AMBULATORIALI	10
Visite Specialistiche.....	10
Prestazioni Strumentali Diagnostica Per Immagini	11
Prestazioni Strumentali Diagnostica Strumentale.....	12
PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO.....	14
Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio.....	15
PERCORSI DI TUTELA.....	16
PRENOTAZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	16
CUP.....	18
GESTIONE MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (DROP OUT).....	20
MODELLI DI PRESA IN CARICO: I PDTA.....	21
TRASPARENZA E COMUNICAZIONE.....	21
SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ.....	22
DIRETTIVE ALLE ASL PER GOVERNARE L'OFFERTA (valutazione fabbisogno, valutazione capacità soddisfazione interna ed eventuale esternalizzazione a privato convenzionato, valutazione ottimizzazione turni e macchinari).....	23
GOVERNO DELL'INTRAMOENIA.....	24
MONITORAGGI.....	26
PIANI ATTUATIVI AZIENDALI.....	31
OSSERVATORIO REGIONALE SULLE LISTE DI ATTESA.....	32
COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI.....	34



Regione Toscana



SST
Servizio
Sanitario
della
Toscana

PIANO REGIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA 2019-2021

INTRODUZIONE

I livelli essenziali di assistenza rappresentano l'ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire in modo uniforme a tutti i cittadini sul territorio. La garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni passa tuttavia anche attraverso la realizzazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha l'obiettivo prioritario di individuare elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili. È chiaro infatti che l'equità di accesso si può ottenere soltanto attraverso l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Fondamentale diventa inoltre l'individuazione di strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori 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 delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il presente documento, in ottemperanza a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, siglato con l'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, esplicita e recepisce i punti in esso contenuti e definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera.

ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

L'offerta complessiva del sistema deve essere definita dalle aziende attraverso un Piano delle prestazioni erogabili, che provveda a definire elenco e volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca di attività, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sia nel pubblico che nel privato accreditato, in risposta ai fabbisogni previsti.

Per la definizione del fabbisogno diventa di fondamentale importanza la completezza e la fruibilità per le aziende dei dati di prescrizione elettronica, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo. Per facilitare le aziende nella lettura di tali dati saranno resi disponibili a livello regionale appositi report di monitoraggio e confronto fra i volumi prescritti, prenotati ed erogati in ciascun contesto aziendale.

SEPARAZIONE DEI CANALI E DEI FLUSSI DI ACCESSO

La possibilità per il sistema sanitario di garantire nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni è fortemente legata alla capacità dello stesso di definire, in termini di dimensionamento e tipologia, il fabbisogno dei propri assistiti, e dunque la domanda, unita ad un governo della propria offerta che sia in grado di differenziare i canali di accesso in misura tale da rispondere alle diverse espressioni della domanda.

In tal senso risulta fondamentale la separazione dei primi accessi dagli accessi successivi; in particolare per quanto riguarda l'attività clinica è fondamentale distinguere tra:

- **prima visita**: il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia.
- **visita di controllo**: un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica.

GESTIONE DELLA DOMANDA

Con il presente Piano si rimarca l'obbligo di indicare chiaramente sulle prescrizioni di specialistica ambulatoriale il quesito diagnostico, la tipologia di accesso e, per le prestazioni oggetto di monitoraggio, la classe di priorità.

Al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi in termini di completamento delle informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda, la Regione e le Aziende sanitarie devono fare il massimo sforzo per orientare tutti i professionisti verso la prescrizione dematerializzata. Oltre a garantire l'assolvimento di un obbligo previsto a livello nazionale, la modalità di prescrizione dematerializzata garantisce infatti la congruità prescrittiva di tutte le informazioni necessarie, prevedendo l'inserimento obbligatorio, al fine della conclusione e dell'emissione della ricetta, del tipo accesso, del quesito diagnostico e della classe priorità.

Quesito diagnostico

Il **quesito diagnostico**, che è sempre obbligatorio in fase di prescrizione, descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare la prestazione e deve essere riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Tipologia di accesso

Nelle prescrizioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale deve inoltre essere indicato obbligatoriamente se la prestazione richiesta rappresenta un primo accesso o una prestazione successiva al primo accesso.

In fase di prima applicazione tale obbligo è riferito alle prestazioni oggetto di monitoraggio, tuttavia è auspicabile l'indicazione su tutte le prescrizioni. In tal senso risulta fondamentale definire i criteri di delimitazione delle due casistiche.

Si considera **primo accesso**:

- il primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;
- la visita o prestazione di approfondimento di branca specialistica diversa rispetto a quella del primo osservatore a completamento del quadro clinico.
- nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Si considera **prestazione successiva al primo accesso**:

- la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista;
- la visita o prestazione di controllo (follow up);

Le prestazioni successive al primo accesso, così come già previsto dalla DGRT 1038/2005, devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, nello specifico, della “presa in carico” del paziente cronico, secondo precisi protocolli, si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche prestabilite dal protocollo di riferimento.

Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate in una stessa ricetta.

Codici di priorità

La classe di priorità si riferisce alle condizioni di salute e quindi alla gravità del quadro clinico dell'utente, deve essere presente in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio. È tuttavia auspicabile l'indicazione su tutte le prestazioni. Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica si forniscono le seguenti definizioni:

CLASSE U = Prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo brevissimo la prognosi del paziente (situazione di urgenza).

CLASSE B = Prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità (situazione di attenzione).

CLASSE D = Prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione o disabilità (situazione di routine).

CLASSE P = Prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, disfunzione, la disabilità (situazione dilazionabile).

Le prestazioni di presa in carico successive al primo accesso devono essere tracciate con il codice di priorità P (programmata), prevedendo l'implementazione nei sistemi di prescrizione della possibilità per il prescrittore di indicare in apposito campo la tempistica di

programmazione della prestazione di controllo (espressa in mesi a partire dalla prescrizione).

L'indicazione del valore da attribuire alla classe di priorità è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.

Strumenti a supporto della prescrizione

Al fine di implementare in maniera omogenea su tutto il territorio regionale l'utilizzo dei codici di priorità, per le prestazioni di primo accesso, saranno adottati strumenti di governo della domanda e a supporto della decisione prescrittiva basati sull'esplicitazione delle indicazioni di priorità cliniche per l'accesso alle prestazioni specialistiche. A tal fine il presente Piano promuove l'adozione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) sviluppato, in via sperimentale, da AGENAS. Tale modello individua categorie di attesa omogenee in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali; i contenuti clinici sono stati definiti in base ad accordi fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti.

Tenuto conto che il manuale nella sua versione attuale è in fase sperimentale ed è soggetto a progressiva integrazione, inoltre non contiene tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio previste dal PNGLA, si rimanda a successivo atto il recepimento della sua versione definitiva.

In alcune realtà aziendali della Toscana sono stati sviluppati, sperimentati ed adottati negli applicativi prescrittivi dei MMG e dei PLS modelli analoghi ai RAO nazionali, tali modelli possono essere confermati ed esplicitati nei Piani Attuativi Aziendali.

Modelli di gestione della domanda

Nel corso degli ultimi anni, in alcune realtà aziendali, sono stati sperimentati ed applicati modelli innovativi per la gestione delle liste di attesa che hanno portato ad un abbattimento significativo dei tempi di risposta alla domanda espressa. Le aziende possono confermare o prevedere nei Piani Attuativi aziendali modelli di gestione della domanda e conseguente modulazione dell'offerta, al fine di garantire l'accesso veloce alle prestazioni ambulatoriali (cd. "Open Access").

ATTENZIONE ALLA PROSSIMITÀ – AMBITI DI GARANZIA

La riorganizzazione delle aziende sanitarie comporta la necessità di rimarcare nel presente Piano quali siano gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento, per la programmazione e la valutazione de tempi di

attesa, per il rispetto degli standard del Servizio Sanitario Regionale (Zona distretto, AG, ASL, Area Vasta).

La programmazione di Area Vasta mira a soddisfare la domanda appropriata programmando una offerta di prestazioni di analoga consistenza. A tale scopo considera in ciascun ambito territoriale l'insieme unitario delle risorse disponibili territoriali, ospedaliere e del privato convenzionato. L'ambito territoriale entro il quale deve essere soddisfatta la domanda di prestazioni si identifica, di norma, con la Zona Distretto; tuttavia per alcune prestazioni, in considerazione dell'offerta disponibile, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assicurato attraverso la formalizzazione di reti cliniche dell'offerta specialistica, definite assumendo un bacino demografico di riferimento, per ciascuna disciplina, tenuto conto anche delle caratteristiche oro-geografiche territoriali e non superiore ai 400.000 abitanti. In tali ambiti i tempi massimi di attesa devono essere garantiti da ciascuna Azienda USL, in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera-Universitaria di riferimento.

Per le prestazioni con codice di priorità U (Urgente) l'ambito di garanzia è di norma individuato nel Presidio Ospedaliero di riferimento e assicurato attraverso un percorso gestionale di presa in carico definito da ogni singola Azienda da esplicitare nel Piano attuativo aziendale (es. numero verde dedicato, contatto diretto con il servizio specialistico, prenotazione su agenda dedicata e altre modalità previste nelle singole aziende).

TEMPI MASSIMI DI ATTESA PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione, in questo caso si parla di tempo di attesa ex post, poiché riferito al tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione. Tuttavia il tempo di attesa può essere calcolato anche ex ante, cioè con riferimento al tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione. Ai fini della valutazione della garanzia dei tempi di attesa si fa riferimento al tempo di attesa ex ante.

Ai fini della determinazione dei tempi di attesa, per data di erogazione si intende la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali (escluse le prestazioni classificate in Branca K "Laboratorio analisi"), anche se solo alcune prestazioni sono oggetto di specifico monitoraggio. In linea generale il tempo di attesa

massimo è definito per le prestazioni di primo accesso in base al codice di priorità espresso al momento della prescrizione, secondo la seguente tabella:

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 15/30 giorni per le visite o 30/60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

P (Programmata) da eseguire entro 120 giorni

Tuttavia per le prestazioni oggetto di monitoraggio si confermano, in riferimento alle prestazioni prescritte in classe di priorità D, i tempi massimi previsti da precedente normativa regionale, tali tempi sono esplicitati nel paragrafo successivo.

In assenza di indicazione, nella prescrizione, del codice di priorità i sistemi di prenotazione dovranno proporre l'offerta prevista per la classe di priorità D, ciò non comporta, in alcun caso, la modifica delle informazioni contenute nella ricetta.

Il tempo di attesa si intende soddisfatto quando l'Azienda sanitaria garantisce, direttamente o attraverso l'Azienda Ospedaliera che insiste nel proprio territorio o la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione dell'ambito di garanzia come definito nel paragrafo precedente.

Per le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, il tempo massimo di attesa deve essere garantito nell'ambito di riferimento, nel 95% dei casi per le classi di priorità D e P, e nel 100% dei casi per le classi U e B.

Indicazioni in merito all'utilizzo classe di priorità P

Il codice di priorità P si riferisce ordinariamente ad una specifica area della domanda di prestazioni di specialistica ambulatoriale, che può essere così definita:

1) prestazioni di controllo o di follow-up nell'ambito di una presa in carico di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi definiti.

2) prestazioni di primo accesso, quindi scaturite da un problema clinico emergente e legate ad un quesito diagnostico esplicitato, che devono essere appropriatamente programmate in un arco di tempo più ampio, ma definito, in conseguenza di una precisa valutazione clinica.

3) prestazioni diagnostico-strumentali anche di primo accesso, orientate al controllo dello stato di salute in un'ottica di cultura preventiva individuale, non organizzate in programmi di prevenzione, purché supportate da relative linee-guida.

Pertanto, per quanto sopra evidenziato, l'indicazione del codice di priorità P non è appropriato per le Visite di primo accesso, mentre per gli esami diagnostici è utilizzabile solo in riferimento alle casistiche elencate nei punti precedenti.

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Il [Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa \(PNGLA\) 2019-2021](#) ha rivisto l'elenco delle prestazioni da monitorare, il presente Piano adotta ed integra le prestazioni previste nel PNGLA, in particolare le prestazioni oggetto di monitoraggio sono riportate negli elenchi seguenti

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening.

Visite Specialistiche

N	Prestazione	Codice Catalogo	Codice Nomenclature	Disciplina	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
1	Visita Cardiologica	1089	89.7	008	15	Zona
2	Visita Chirurgia vascolare	1082	89.7	014	30	AV
3	Visita Endocrinologica	1064	89.7	019	30	AV
4	Visita Neurologica	1042	89.13	032	15	Zona
5	Visita Oculistica	1039	95.02	034	15	Zona
6	Visita Ortopedica	1035-2400	89.7	036	15	Zona
7	Visita Ginecologica	1056	89.26	037	15	Zona
8	Visita Otorinolaringoiatrica	1034	89.7	038	15	Zona
9	Visita Urologica	1001-2391	89.7	043	15	Zona
10	Visita Dermatologica	1080	89.7	052	15	Zona
11	Visita Fisiatrica	1062	89.7	056	30	AG

N	Prestazione	Codice Catalogo	Codice Nomenclatore	Disciplina	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
12	Visita Gastroenterologica	1060	89.7	058	30	AG
13	Visita Oncologica	1037	89.7	064	15	AG
14	Visita Pneumologica	1022	89.7	068	30	AG
15	Visita Chirurgia generale	1085-2389	89.7	009	15	AG
16	Visita Reumatologica	1012	89.7	071	30	AV
17	Visita Allergologica	1102	89.7	001	30	AV

Prestazioni Strumentali Diagnostica Per Immagini

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
18	Mammografia bilaterale	87.37.1	60	AG
19	Mammografia monolaterale	87.37.2	60	AG
20	TC del torace	87.41	60	AG
21	TC del torace senza e con MDC	87.41.1	60	AG
22	TC dell'addome superiore	88.01.1	60	AG
23	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	60	AG
24	TC dell'addome inferiore	88.01.3	60	AG
25	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	60	AG
26	TC dell'addome completo	88.01.5	60	AG
27	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	60	AG
28	TC del capo	87.03	60	AG
29	TC del capo senza e con MDC	87.03.1	60	AG
30	TC del rachide e dello speco vertebrale	88.38.1	60	AG
31	TC del rachide e dello speco vertebrale senza e con MDC	88.38.2	60	AG
32	TC di bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	60	AG
33	RM dell'encefalo e del tronco encefalico	88.91.1	60	AG
34	RM dell'encefalo e del tronco encefalico in età evolutiva anni 0-10	88.91.A	60	AG
35	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC	88.91.2	60	AG

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
3 6	RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC, o diffusione in età evolutiva anni 0-10	88.91.B	60	AG
3 7	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	60	AG
3 8	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	60	AG
3 9	RM della colonna	88.93	60	AG
4 0	RM della colonna senza e con MDC	88.93.1	60	AG
4 1	RM muscoloscheletrica	88.94.1	60	AG
4 2	RM muscoloscheletrica senza e con MDC	88.94.2	60	AG
4 3	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	30	Zona
4 4	Eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici	88.73.5	60	AG
4 5	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	30	AG
4 6	Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo)	88.74.1- 88.75.1 -88.76.1	30	Zona
4 7	Ecografia della mammella bilaterale	88.73.1	30	AG
4 8	Ecografia della mammella monolaterale	88.73.2	30	AG
4 9	Ecografia ostetrica	88.78	30	Zona
5 0	Ecografia ginecologica	88.78.2	30	Zona
5 1	Eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, fetoplacentare, arteriosa o venosa	88.77.2	60	AG

Prestazioni Strumentali Diagnostica Strumentale

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
52	Colonscopia	45.23 - 45.23.1 - 45.23.2 - 45.23.3 - 45.42.1 -45.25.1 -45.42	30	AG
53	Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) con endoscopio flessibile	45.24 - 45.24.1	30	AG
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16	30	AG
55	Elettrocardiogramma	89.52	30	Zona
56	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	30	Zona
57	Test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile o	89.41 - 89.43	60	AG

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Tempi massimi per priorità D	Ambiti di garanzia dei tempi massimi
	cicloergometro			
58	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	60	AG
59	Esame audiometrico tonale	95.41.1	60	AG
60	Spirometria semplice	89.37.1	60	AG
61	Spirometria globale	89.37.2	60	AG
62	Fotografia del fundus	95.11	30	Zona
63	Esame del fundus oculi	95.09.1	30	Zona
64	Elettromiografia semplice [EMG]	93.08.1	60	AG

Legenda: AV: Area Vasta; AG: Ambito Garanzia definito dalle aziende secondo quanto indicato nella presente delibera

Il Catalogo unico delle prestazioni specialistiche ambulatoriali della Regione Toscana, al fine di facilitare l'accesso degli utenti alle prestazioni, ha previsto la possibilità di prescrivere alcune prestazioni sotto forma di Pacchetto; nel caso in cui le prestazioni di cui alla tabella sopra riportata dovessero essere comprese in un Pacchetto, oltre alle singole prestazioni, saranno oggetto di monitoraggio anche i Pacchetti di cui fanno parte. A titolo esemplificativo si riporta la composizione del Pacchetto "consulenza cardiologica" che prevede la prescrizione, prenotazione ed erogazione contestuale delle seguenti prestazioni: Visita cardiologica, ECG, ecocolordopplegrafia cardiaca. In tal caso nel monitoraggio dei tempi massimi di attesa oltre alle singole prestazioni verrà considerato anche l'insieme delle tre prestazioni.

L'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio fa riferimento ai codici del Nomenclatore ambulatoriale regionale vigente. Con DPCM 12 gennaio 2017, allegato 4, sono stati definiti i nuovi livelli di assistenza per la specialistica ambulatoriale, subordinati tuttavia all'emanazione di un decreto interministeriale che individui le tariffe massime. Quando sarà disponibile il nomenclatore tariffario, verrà gestita informaticamente la transcodifica dei codici delle prestazioni oggetto di monitoraggio.

PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012. di cui alle tabelle sotto riportate.

CLASSE DI PRIORITÀ PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i 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
C	Ricovero entro 180 giorni per i 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
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione del Presidio Ospedaliero. Qualora si modificano le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Per l'attuazione delle indicazioni del PNGLA a livello aziendale dovranno essere pienamente adottate le indicazioni fornite con la DGR n.476/2018 e dalla DGR n.750 con le quali viene introdotta la funzione di Gestione Operativa quale sono previsti modello gestionale aziendale atto a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo degli asset produttivi ospedalieri e territoriali per la produzione chirurgica, gestione posti letto e attività ambulatoriale.

Per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento del paziente nel registro di prenotazione (agenda di prenotazione). Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede

contestualmente all'inserimento del paziente nella registro di prenotazione. La prenotazione avviene quindi con l'inserimento nella lista di attesa attraverso procedura informatizzata a livello di singola azienda/istituzione privata accreditata, con riferimento ai criteri di appropriatezza e di priorità clinica segnalati (aggiungere riferimento a gestione liste chirurgiche delibera regionale). Qualora inoltre si modificano le condizioni cliniche del paziente, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
N	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9x; 46.03; 46.04; 46.1x	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5x; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46-49.49	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
N	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

PERCORSI DI TUTELA

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, l'Azienda attiva "percorsi di tutela" per soddisfare la richiesta del cittadino, in particolare per le prestazioni ambulatoriali deve essere previsto l'inserimento della stessa in una pre-lista, per una successiva evasione nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti.

Il team di GO deve pertanto procedere alla ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito del SSR nel più breve tempo possibile, attraverso strumenti di riutilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico o con altre modalità individuate ad hoc. Al termine dell'iter l'azienda ricontatterà l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato in ricetta.

Nel caso in cui il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'azienda dovrà attivare percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche (presso un erogatore privato, in libera professione intramuraria, in attività aggiuntiva). In questo caso all'utente verrà richiesto solo il pagamento del ticket (ove dovuto).

Nel Piano attuativo aziendale dovranno essere specificate le modalità con cui l'Azienda intende attivare il percorso di tutela.

Il percorso di tutela è tra l'altro assicurato, sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle di ricovero, attraverso il numero verde regionale già attivo in applicazione della DGRT 694/2014.

PRENOTAZIONE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La data di contatto è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque canale di accesso al sistema di prenotazione (CUP, farmacie, prenotazione diretta da parte del medico prescrittore etc.). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle pre-liste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di

effettivo primo contatto, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista.

Al momento della prenotazione verrà indicata la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia. Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.

Al fine di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, è necessario che i sistemi di prenotazione CUP registrino correttamente tale informazione, già prevista nei flussi informativi.

Inoltre è fondamentale che nei sistemi di prenotazione siano tracciate le prenotazioni, ai fini di una successiva selezione della casistica, per le quali deve essere attuata la garanzia dei tempi massimi. Tale informazione indica infatti se ci troviamo di fronte ad un utente che accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.

La data di prenotazione è la data assegnata per effettuare la prestazione. Se l'utente accetta la prima disponibilità offerta, la data di prenotazione coincide con la data di prima disponibilità.

Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché costituisce il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. In tal senso è necessario che tale dato sia sempre rilevato correttamente negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi che a partire da essi vengono generati e trasmessi dalle Aziende sanitarie. L'agenda di prenotazione è uno strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni.

Se una prestazione non è disponibile in alcuna agenda dell'ambito di garanzia, così come definito in precedenza, l'attività di prenotazione si considera sospesa. Sospendere le attività di prenotazione (fenomeno delle cosiddette liste d'attesa bloccate, agende chiuse) è una pratica vietata dalla [Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282](#) (Finanziaria 2006). Le Direzioni aziendali devono vigilare sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione. In caso di violazione del divieto, la Regione, come da normativa vigente, applicherà le previste sanzioni amministrative.

A tal fine, per monitorare il fenomeno delle sospensioni delle prenotazioni, il sistema di prenotazione unico regionale CUP 2.0 sarà implementato per attivare messaggi di alert e relativa comunicazione alle strutture competenti, in caso di indisponibilità delle prestazioni.

Per le prenotazioni di prestazioni di controllo, le aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le stesse siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile). Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, è fondamentale consolidare il processo già avviato nella Aziende sanitarie della Toscana di prevedere apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, tali Agende ad uso riservato degli specialisti devono comunque essere integrate nel sistema CUP.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa.

CUP

Il CUP è definito come il sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie, deputato a gestire l'intera offerta (SSN, regime convenzionato, intramoenia, ecc.) con efficienza, strutturando in modo organizzato l'attività delle unità eroganti per ciò che attiene l'erogazione delle prestazioni, interfacciandosi a questo scopo con le diverse procedure di gestione dell'erogazione, degli accessi e delle relative informazioni, supportando modalità di programmazione dell'offerta e comunicazione ai cittadini. Tale Sistema consente di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie e di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso idonei strumenti di analisi, che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa.

Il presente Piano dà continuità al percorso di semplificazione e razionalizzazione dei processi sanitari portando avanti il progetto di "CUP unico regionale" nell'ambito delle misure avviate nel novembre 2016, per monitorare e migliorare le liste di attesa.

La piattaforma informatica del CUP unico regionale, il cosiddetto CUP2.0, è pienamente attivo e funzionante nelle zone di Massa Carrara, Lucca, Viareggio, Livorno e Grosseto.

Il CUP2.0 viene ad oggi utilizzato da oltre 450 operatori giornalieri contemporanei, espone oltre 2.900 agende prenotabili in ASL Toscana Nord Ovest ed oltre 1.100 agende prenotabili in ASL Toscana SE – Grosseto, ed ha consentito nel periodo gennaio-marzo 2019, oltre 483.500 operazioni (prenotazioni, disdette, annullamenti e cambi). Un importante lavoro svolto quotidianamente da tanti operatori aziendali sia agli sportelli, sia al telefono, che negli uffici che gestiscono le agende.

Il cronoprogramma prevede una copertura territoriale totale con le seguenti fasi :

1. Copertura totale delle Aree Vaste Sud Est e Nord Ovest entro il 2019
2. Copertura Area Vasta Centro entro il 2020.

Il presente Piano prevede, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti, che i sistemi CUP gestiscano in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate, sia per l'attività istituzionale, sia per l'attività erogata in regime libero professionale.

Nello specifico l'erogatore accreditato assume l'impegno "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della Regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).

Il CUP 2.0 è già in grado di intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple.

La piattaforma CUP 2.0 regionale consente già da ora la consultazione in tempo reale dei tempi di attesa relativi a visite o esami in attività istituzionale e in libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale sistema consente di visualizzare l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna classe di priorità (esclusa la "U"), di prenotare una prestazione potendo scegliere la prima

disponibilità prenotabile in relazione all'ambito territoriale di garanzia, così come di annullare una prenotazione precedentemente effettuata on line, ma anche allo sportello o al telefono. È inoltre possibile la visualizzazione degli appuntamenti già prenotati e la ristampa dei relativi promemoria.

Saranno inoltre attivate delle sperimentazioni atte alla valutazione dell'Out Bound, ossia la chiamata attiva da parte dell'operatore del CUP, che può essere usata, una volta rilevate con 24/48 ore di anticipo le slot non ancora prenotate in agenda, per effettuare lo scrolling (scorrimento) delle liste richiamando le persone prenotate per offrire un anticipo della data programmata. Ciò consente di liberare posti più avanti e di garantire il 100% di utilizzo dei posti disponibili.

Sull'utilizzo corretto dei sistemi di prenotazione e disdetta on line saranno ulteriormente promosse capillari campagne di informazione e sensibilizzazione dei cittadini, anche attraverso la collaborazione con le loro associazioni rappresentative.

GESTIONE MANCATA DISDETTA DELLA PRENOTAZIONE PER LE PRESTAZIONI AMBULATORIALI (DROP OUT)

Per drop out si intende la mancata presentazione del cittadino che doveva ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all'orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta.

È opportuno attuare ogni sforzo volto a sensibilizzare l'utenza e favorire la tempestiva comunicazione in caso di disdetta, per poter massimizzare l'utilizzo da parte degli utenti di tutta l'offerta disponibile. A tal fine è suggerita la massima estensione del recall automatizzato con servizi di messaggistica che coprano, a tendere e con adeguamento graduale, almeno l'80% delle prestazioni prenotate. Si precisa che tale funzionalità è già stata implementata nella piattaforma informatica del CUP unico regionale, il cosiddetto CUP2.0. Devono inoltre essere previsti servizi telematici (mail, sms, etc.) dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate.

Si confermano le disposizioni regionali previste per la mancata disdetta delle prestazioni, in particolare si conferma che l'utente che, dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non si presenti senza preannunciare la rinuncia o l'impossibilità di fruire la prestazione almeno 48 ore prima della data prenotata, è tenuto al versamento della quota di compartecipazione al costo della prestazione

MODELLI DI PRESA IN CARICO: I PDTA

Nell'ambito della presa in carico, una particolare attenzione è riservata alle malattie del sistema cardiocircolatorio ed ai tumori, che si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese.

In tali ambiti va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

Ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, la Regione ha individuato specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali per i quali deve essere organizzata l'erogazione anche attraverso il Day Service.

TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

Al fine di una corretta comunicazione e informazione sulle liste di attesa, nei siti aziendali devono essere presenti sezioni dedicate ed accessibili contenenti anche i monitoraggi periodici sui tempi di attesa per tutte le prestazioni previste dal presente Piano. I contenuti da rendere disponibili ai cittadini (dettaglio territoriale, metodologia di calcolo, indicatori specifici) verranno individuati dall'Osservatorio regionale sulle liste di attesa. Inoltre la comunicazione alla cittadinanza va sostenuta attraverso vari strumenti tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato.

Devono essere rese facilmente fruibili le informazioni e le comunicazioni sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, così come le indicazioni sui diritti e doveri, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.

I sistemi di prenotazione inoltre devono garantire la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture

pubbliche e private accreditate, nonché di quelle della libera professione intramuraria.

Per le prestazioni di ricovero, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione del Presidio Ospedaliero o agli uffici eventualmente preposti come indicato negli atti aziendali.

Anche per quanto riguarda i percorsi organizzativi di presa in carico (PDTA), devono essere previste specifiche modalità di comunicazione ed informazione per l'utente ed i familiari circa i percorsi attivi, le prestazioni di cui sono composti e le tempistiche di erogazione.

Infine, anche le eventuali sospensioni dell'erogazione delle prestazioni legate a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi devono essere oggetto di confronto ed individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute.

La trasparenza da parte della Regione Toscana è garantita attraverso la pubblicazione mensile sul proprio sito web degli esiti di verifica del rispetto dei tempi massimi previsti. In particolare all'indirizzo <http://www.regione.toscana.it/-/tempi-di-attesa-prestazioni-di-specialistica-ambulatoriale> sono già presenti dashboard per i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali che contengono analisi dettagliate sia per prestazione che per ambito territoriale di riferimento. Lo stesso cruscotto è corredato di tutte le informazioni metodologiche utilizzate ai fini del calcolo degli indicatori. È inoltre in via di sviluppo il cruscotto relativo alle attività di ricovero.

SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ

Il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.

Nei sistemi di valutazione delle performance delle Aziende Toscane sono già previsti indicatori per verificare che le Aziende garantiscano ai propri cittadini i tempi massimi previsti dalla normativa regionale. Tali indicatori fanno riferimento in via prioritaria alle prestazioni specialistiche ed

ospedaliera oggetto di monitoraggio, tuttavia se i sistemi di monitoraggio, messi in atto dalla Regione su tutte le prestazioni, dovessero evidenziare particolari aree di criticità, verranno concordati piani di rientro con i singoli Direttori e gli stessi costituiranno oggetto di valutazione.

DIRETTIVE ALLE ASL PER GOVERNARE L'OFFERTA (valutazione fabbisogno, valutazione capacità soddisfazione interna ed eventuale esternalizzazione a privato convenzionato, valutazione ottimizzazione turni e macchinari)

Al fine di assicurare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'utenza esterna, le aziende devono prevedere, tra i possibili interventi, anche l'apertura delle strutture nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipes, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale sarà sostenuto economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino la sola quota di partecipazione al costo (ove dovuto).

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Con riferimento all'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, le Aziende devono prevedere uno standard di riferimento pari ad almeno l'80% della capacità produttiva.

Ove necessario per adeguare la produttività a tale standard, le aziende dovranno provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di tecnologie e personale elaborando un piano dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete, anche evidenziando eventualmente le

motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale.

E' opportuno inoltre, allo scopo di migliorare la qualità del servizio, garantire la continuità assistenziale e ridurre i tempi di attesa, che le aziende promuovano l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali alle attività ambulatoriali e di ricovero, come il Day Service. Quest'ultima tipologia di erogazione rappresenta infatti una modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa (sia in senso clinico che organizzativo) e al fine di facilitare la deospedalizzazione. Si compone di percorsi ambulatoriali predefiniti e formalizzati a livello aziendale o sovra aziendale.

Per quanto riguarda i modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo delle sale operatorie e dei posti letto ospedalieri, nonché la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale, la Regione è già intervenuta con propri atti deliberativi. In tal senso si confermano le indicazioni contenute nelle DGR 476/2018 e DGR 750/2018.

GOVERNO DELL'INTRAMOENIA

Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, deve essere assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Le Aziende devono garantire in particolare adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale. Al fine di consentire una corretta tracciabilità di tale impegno, si provvede ad integrare il flusso della specialistica ambulatoriale (SPA) affinché possa accogliere, al pari del flusso SDO, le informazioni relative all'operatore che ha erogato la prestazione.

Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta

disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

Il Piano nazionale prevede che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attui il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate. Nel caso dunque le attività di monitoraggio evidenzino per una data specialità percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal presente piano, le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. Tale strategia deve essere attuata con riferimento ai volumi di produzione istituzionale e libero professionale dei singoli operatori così come già rilevati nel flusso sdo, con riferimento all'intera equipe e di prossima rilevazione anche nel flusso della specialistica ambulatoriale. A partire dai volumi dei singoli professionisti erogati sia in attività istituzionale che in attività libero professionale legati alla specialità con criticità di tempi di attesa, l'azienda potrà attivarsi, tenuto conto degli specifici ruoli rivestiti all'interno dell'organizzazione aziendale, per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale, fino al totale blocco dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata.

Al fine della eventuale attivazione delle citate azioni correttive, all'analisi dei volumi di attività dei singoli professionisti in libera professione su una determinata prestazione, che presenta criticità nei tempi di attesa in regime istituzionale, sarà aggiunta una verifica dei volumi di prestazioni libero professionali erogate dalla struttura in rapporto al totale delle prestazioni istituzionali erogate dalla struttura stessa in modo tenere in considerazione anche la percentuale di incidenza dell'attività libero professionale sul complessivo dell'attività erogata.

Le attività di verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale competono all'Organismo paritetico regionale, previsto dall'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3 e sottoposto a valutazione nell'ambito dei lavori del Comitato LEA.

MONITORAGGI

Il rispetto di quanto previsto nel presente Piano costituisce Adempimento LEA, ai fini della sua valutazione il Ministero della Salute ha previsto i seguenti monitoraggi

- a) Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- c) Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- d) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione e prenotazione;
- e) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- f) Monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente;
- g) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- h) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

- a) **Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale:** l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) in Sistema sanitario tramite i canali di prenotazione attivati (CUP, farmacie, web etc) e la data di effettiva erogazione della prestazione. E' effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa. Questo monitoraggio è inerente le prestazioni con Classi di priorità B D e P (dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie. Ai fini di tale monitoraggio ed a partire dall'01/06/2019 saranno obbligatori nel flusso di trasmissione i seguenti campi: data di prenotazione, data di erogazione della prestazione, tipo di accesso, classe di priorità, garanzia dei tempi massimi, codice struttura che ha evaso la prestazione (codice struttura erogante).

- b) **Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale**: consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato periodo indice, della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto. Riguarda le prestazioni con Classi di priorità B D e P (dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. Per il 2019 è stata definita la seguente modalità di Monitoraggio: una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il Piano Nazionale (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione. Sono escluse dai monitoraggi effettuati a livello nazionale sulla base di specifici flussi informativi, le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening oltre alle prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.
- c) **Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale**: utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO, completo obbligatoriamente, dal 2010, di data prenotazione e classe priorità. Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Per ciascuna prestazione viene monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa con riferimento, in via preliminare, alla Classe di priorità A. La soglia da raggiungere è pari al valore mediano osservato della distribuzione nell'anno 2016 (II quartile) nel primo anno di vigenza del piano (2019), ed al III quartile nel secondo anno (2020). A partire dal 2021, la soglia diventa pari al 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

N	Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 gg		
		I quartile	II quartile	III quartile
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	67,0	74,5	86,1
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	43,9	50,8	58,8
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	81,6	86,7	91,5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	64,7	77,8	83,3
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	76,8	83,5	87,2
6	Interventi chirurgici per melanoma	80,2	89,1	92,9
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	65,0	68,1	76,6
8	By pass aortocoronarico	79,7	84,9	91,8
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10	Endoarteriectomia carotidea	54,9	61,0	70,1
11	Intervento protesi d'anca	54,7	66,7	74,5
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	70,4	78,4	89,3
13	Colecistectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14	Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15	Biopsia percutanea del fegato	92,5	94,0	95,5
16	Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17	Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1

- d) **Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione e prenotazione:** Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il Monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Oggetto del Monitoraggio sono gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti. La rilevazione delle sospensioni prevede la trasmissione, da parte della Regione, di apposito modello di rilevazione. Nel corso del 2019 sarà disponibile

un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS. Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Anche la Regione deve monitorare le sospensioni ed osservarne l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti. La Regione e le aziende devono inoltre prevedere un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

- e) **Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche:** il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.
- f) **Monitoraggio dell'attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente:** il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas. Agenas, su indicazione dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa. Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale ed aziendale.
- g) **Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa:** verifica la presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN. Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.

Sono oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni, ASL, AOU, IRCCS, Policlinici Universitari. Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online. I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

h) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

Ai fini del monitoraggio è prevista la trasmissione sistematica dei flussi informativi relativi a liste e tempi d'attesa secondo le specifiche tecniche riportate nelle "Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" previste dal PNGLA.

I dati risultanti da tali analisi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

Il Piano nazionale ed i monitoraggi in esso previsti rappresentano inoltre il riferimento per la definizione di indicatori e criteri di valutazione utilizzabili dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui di cui all'articolo 9 della Intesa Stato- Regioni del 23 marzo 2005.

Oltre ai monitoraggi previsti a livello nazionale, sono previste specifiche analisi periodiche volte ad evidenziare:

- L'adesione dei medici alla prescrizione dematerializzata, che, come ribadito, costituisce elemento di garanzia per la congruità di espressione della domanda e quindi di attivazione del processo del paziente;
- La composizione della domanda in termini di tipologie di accesso e classi priorità ai fini di una valutazione di appropriatezza.

E' previsto inoltre a livello regionale ed aziendale uno specifico monitoraggio volto ad evidenziare il rispetto dei tempi delle prestazioni di controllo. Una presa in carico coerente con il percorso ed i bisogni del paziente deve infatti garantire che gli accessi siano previsti in linea con le tempistiche individuate dai protocolli diagnostici o clinici di riferimento. Al fine di rendere tracciabili e quindi valutabili le tempistiche di erogazione effettiva dei controlli rispetto al fabbisogno, è necessario che in fase di prescrizione, dove la tipologia di accesso è la presa in carico, sia prevista la compilazione di un campo che segnali indicativamente il mese in cui la prestazione deve essere erogata.

PIANI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del presente Piano Regionale, le Aziende Sanitarie aggiornano gli atti già adottati in attuazione della DGR n. 476/2018 e della DGR n.750/2018 per rispondere agli adempimenti previsti dal PRGLA e assicurano, mediante gli strumenti di pianificazione definiti dalle suddette delibere per la produzione chirurgica, ricoveri programmati e produzione ambulatoriale, il rispetto dei tempi di attesa previsti dal PNGLA.

Gli atti aggiornati con i quali viene recepito il Piano regionale sono resi disponibili sul portale dell'Azienda Sanitaria. Tali atti definiscono anche le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria. Inoltre tale documenti provvedono a:

- individuare per le prestazioni di primo accesso gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
- individuare le modalità organizzative al fine di garantire i tempi massimi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio ad almeno il 90% delle prestazioni;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;

- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

I programmi attuativi aziendali sono oggetto di specifico monitoraggio realizzato anche attraverso il coinvolgimento e la partecipazione delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto il periodico ricevimento da parte dell'azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

OSSERVATORIO REGIONALE SULLE LISTE DI ATTESA

Al fine di monitorare nelle diverse aziende sanitarie le azioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa la Regione Toscana ha istituito con DGR 194/2019 l'Osservatorio regionale per i tempi di attesa, di cui fanno parte rappresentanti delle Aziende sanitarie, referenti regionali, Ars e rappresentanti delle associazioni dei cittadini.

Compito dell'Osservatorio è quello di effettuare il monitoraggio dei tempi di attesa, in particolare sull'andamento delle prestazioni definite dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa e sulle ulteriori prestazioni di interesse regionale, anche in relazione alle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione (istituzionale e libera professione), con particolare riferimento allo stato di avanzamento delle azioni di

miglioramento dei tempi di attesa; monitorare le azioni messe in campo a livello aziendale per il contenimento dei tempi di attesa; assicurare una corretta informazione e comunicazione a tutela dell'equità e della trasparenza al fine di garantire ai cittadini la conoscenza delle liste d'attesa ed i criteri utilizzati per loro gestione.

COLLEGAMENTI A DOCUMENTI ESTERNI

1. DELIBERA N. 694 DEL 04/08/2014 *“Ridefinizione delle modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5088324&nomeFile=Delibera_n.694_del_04-08-2014 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5088326&nomeFile=Delibera_n.694_del_04-08-2014-Allegato-A - Allegato A: ridefinizione modalità accesso
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5088327&nomeFile=Delibera_n.694_del_04-08-2014-Allegato-B - Allegato B: sistema di monitoraggio
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5088325&nomeFile=Delibera_n.694_del_04-08-2014-Allegato-C - Allegato C: riparto risorse



2. DELIBERA N.1068 DEL 02-11-2016 *“Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow up oncologico”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5129239&nomeFile=Delibera_n.1068_del_02-11-2016 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5129240&nomeFile=Delibera_n.1068_del_02-11-2016-Allegato-A - Allegato A: indirizzi regionali



3. DELIBERA N.1080 DEL 02-11-2016 *“Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5129532&nomeFile=Delibera_n.1080_del_02-11-2016 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5129533&nomeFile=Delibera_n.1080_del_02-11-2016-Allegato-A Allegato A: Linee di indirizzo per i piani operativi di A



4. DELIBERA N.476 DEL 02-05-2018 *“Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di gestione operativa”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5179993&nomeFile=Delibera_n.476_del_02-05-2018 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5179994&nomeFile=Delibera_n.476_del_02-05-2018-Allegato-A - Allegato A



5. DELIBERA N. 750 DEL 02/07/2018 *“Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5187536&nomeFile=Delibera_n.750_del_02-07-2018 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5187537&nomeFile=Delibera_n.750_del_02-07-2018-Allegato-A - Allegato A



6. DELIBERA N.914 DEL 06-08-2018 *“Indirizzi alle aziende ed enti del SSR contenenti criteri per l'acquisizione di prestazioni libero professionali ambulatoriali del personale dirigente del SSR ai fini del governo delle liste d'attesa”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5191997&nomeFile=Delibera_n.914_del_06-08-2018 - Testo atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5191998&nomeFile=Delibera_n.914_del_06-08-2018-Allegato-A - Allegato A: Indirizzi alle Aziende ed Enti del SS



7. DELIBERA N. 194 del 18-02-2019 *“Istituzione dell'Osservatorio regionale per i tempi di attesa”*

- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5207470&nomeFile=Delibera_n.194_del_18-02-2019 - Testo Atto
- http://www.regione.toscana.it/bancadati/atti/Contenuto.xml?id=5207471&nomeFile=Delibera_n.194_del_18-02-2019-Allegato-A - Allegato A: compiti e funzioni dell'Osservatorio



8. PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

- http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2824_allegato.pdf



9. PORTALE TEMPI DI ATTESA PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- <http://www.regione.toscana.it/-/tempi-di-attesa-prestazioni-di-specialistica-ambulatoriale?redirect=http://>

