



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° IX / 1775

Seduta del 24/05/2011

Presidente

ROBERTO FORMIGONI

Assessori regionali

ANDREA GIBELLI *Vice Presidente*

DANIELE BELOTTI

GIULIO BOSCAGLI

LUCIANO BRESCIANI

MASSIMO BUSCEMI

RAFFAELE CATTANEO

ROMANO COLOZZI

ALESSANDRO COLUCCI

GIULIO DE CAPITANI

ROMANO LA RUSSA

CARLO MACCARI

STEFANO MAULLU

MARCELLO RAIMONDI

MONICA RIZZI

GIOVANNI ROSSONI

DOMENICO ZAMBETTI

Con l'assistenza del Segretario Marco Pilloni

Su proposta dell'Assessore Luciano Bresciani

Oggetto

RECEPIMENTO DELL'INTESA TRA IL GOVERNO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO SUL PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2010-2012

Il Dirigente Luca Merlino

Il Direttore Generale Carlo Lucchina

L'atto si compone di 20 pagine

di cui 17 pagine di allegati

parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTO l'articolo 1, comma 280 della legge de 23 dicembre 2005, n. 266 che prevede la stipula di una intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art. 8 comma 6 della legge del 5 giugno 2003, n. 131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

VISTO l'articolo 1, comma 282 della legge de 23 dicembre 2005, n. 266 che ha stabilito il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni;

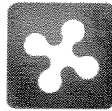
VISTA l'intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;

VISTA l'intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il Piano Nazionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012;

VISTA la Delibera di Consiglio Regionale del 17 novembre 2010 n. IX/88 "Piano Socio Sanitario Regionale 2010-2014";

VISTA la nota prot. 0042754-P del 30 dicembre 2010 con la quale è stata inviata agli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province autonome ed ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome la proposta di "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa" (PNGLA 2010-2012);

VISTO la nota prot. 0010134-P del 25 marzo 2011 con la quale è stato trasmesso ai Direttori Generali degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, il documento del Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria dei Livelli Essenziali d'Assistenza e dei Principi Etici di Sistema – Ufficio III, denominato "Aggiornamento delle Linee Guida per la metodologia di certificazione degli adempimenti dei piani regionali sui tempi di attesa, di cui al punto 9 dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA 2010-2012";



Regione Lombardia
LA GIUNTA

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

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente atto sul sito web dalla Direzione Generale Sanità e sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia;

VALUTATE ed assunte come proprie le predette determinazioni;

A voti unanimi espressi in termini di legge;

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa, integralmente richiamate:

1. di recepire l'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 prevedendo l'adozione del piano regionale;
2. di approvare il Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), allegato parte integrante e sostanziale del presente atto;
3. di trasmettere, una volta approvato, il presente Piano al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA e di disporre la pubblicazione del presente atto sul BURL e sul sito web dalla Direzione Generale Sanità.

IL SEGRETARIO
MARCO PILLONI

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Il presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa in via prioritaria persegue i seguenti aspetti:

- fornisce indicazioni sulle definizioni di Primo accesso e Controllo al fine di razionalizzare l'accessibilità ai servizi sanitari in termini di appropriatezza, e quindi dà ulteriori specifiche al sistema di monitoraggio dei tempi di attesa della Regione Lombardia (RL_MTA);
- fissa l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di ricovero, che devono essere sottoposte a monitoraggio e per le quali sono fissati i tempi massimi di attesa da parte della Regione Lombardia, a seguito dell'intesa del 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012;
- garantisce il governo della domanda di prestazioni, in particolare promuovendo un ricorso appropriato ai servizi garantiti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- razionalizza/ottimizza l'offerta delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio, sia della domanda rilevata, ferma restando la necessità di perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza degli accessi alle attività sanitarie. La gestione razionale del sistema degli accessi viene garantita tramite una riorganizzazione del sistema delle prenotazioni (CUP), che consente di interfacciare in modo ottimale il complesso dell'offerta con quello della domanda di prestazioni differenziando le prestazioni per tipologia e criticità ed individuando e definendo la modalità di gestione dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- definisce i tempi massimi regionali di attesa per le prestazioni di cui al successivo paragrafo "Elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sottoposte a monitoraggio";
- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste d'attesa. Il massimo sforzo dovrà essere impiegato per comunicare ai cittadini informazioni sul sistema complessivo dell'offerta, sulla sua accessibilità, sulle innovazioni normative ed organizzative e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni. Le azioni elencate nel presente punto sono di primaria responsabilità delle ASL. Al fine di perseguire i presenti obiettivi vanno sostenuti e potenziati strumenti quali i siti web

aziendali, le campagne informative, gli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), le Carte dei Servizi e la rilevazione della soddisfazione degli utenti (Customer Satisfaction).

1. Liste di Attesa in Regione Lombardia: ricognizione storica e normativa dei principali atti adottati in materia

A seguito del D.Lgs n. 124/98 che affidava alle regioni il compito di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la Giunta Regionale con le deliberazioni n. VI/38751 del 1998, n. VI/43818 e n. VI/47675 del 1999, n. VII/2859 del 2000, n. VII/7928 del 2002 ha definito tempi obiettivo, modalità di monitoraggio e deroghe per strutture ad alta concentrazione di domanda, ha stabilito la separazione delle agende ed ha introdotto la categoria delle urgenze differibili. In particolare la citata DGR n. 47675/1999 ha previsto che le strutture erogatrici che non sono in grado di garantire le prestazioni entro il tempo massimo stabilito, debbano impegnarsi, su richiesta del paziente, ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.

In seguito la Giunta Regionale con le deliberazioni n. VII/12287 e n. VII/15324 del 2003 e n. VII/19688 del 2004 e n. VIII/1375 del 2005 ha introdotto la negoziazione delle attività di ricovero e di specialistica prevedendo nel 2005 e nel 2006 che una parte significativa delle risorse fosse destinata al finanziamento di specifici progetti aventi l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa.

Con la DGR n. VIII/2828 del 27.06.2006 *"Recepimento e prima attuazione dello schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266 (ai sensi art. 8, comma 6, L. 131/2003)"* la Lombardia si è dotata di un primo Piano organico per la gestione dei tempi di attesa, che ha fatto sintesi delle indicazioni nazionali e regionali in materia.

Quindi, con la DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, dal maggio 2008 la Regione Lombardia ha disposto la raccolta dei dati delle rilevazioni prospettiche mensili attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati, che accedono attraverso ID e Password.

La DGR n. VIII/9173 del 30.03.2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 - III PROVVEDIMENTO" ha poi stabilito che per tutte le prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale cosiddette "extrabudget", finalizzate alla prevenzione o alla diagnostica o al monitoraggio in ambito oncologico, di radioterapia e dialitiche, i tempi di attesa relativi alle attività erogate per conto del Servizio Sanitario Regionale non debbano essere superiori a quelli previsti per le attività erogate in regime di libera professione e/o di solvenza. Ciò in quanto gli erogatori a contratto con il Servizio Sanitario Regionale devono fare proprie le priorità stabilite dalla Giunta Regionale ed ancor più quando le Regole del sistema non pongono per determinate prestazioni limiti contrattuali di risorse.

La Delibera di Giunta Regionale n. VIII/10804 del 16.12.2009, c.d. "Regole del SSR per l'anno 2010" ha ribadito l'obbligo per le ASL di predisporre e formalizzare gli aggiornamenti dei piani attuativi in materia di tempi di attesa, con l'obiettivo di attualizzarli rispetto ad eventuali nuove priorità e necessità, ed il conseguente obbligo per le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico di presentare i piani semestrali aziendali di governo dei tempi di attesa, congruentemente con i piani attuativi delle ASL, come già avviene da alcuni anni in Regione Lombardia.

Inoltre con la DGR n. 10946 del 30.12.2009 si è disposto:

- di modificare le percentuali di raggiungimento dei tempi di attesa obiettivo previste al punto 3 dell'allegato della DGR n. 2828/2006 portandole ad una soglia di almeno il 95% dei primi accessi;
- che le ASL, entro il 20 di gennaio del 2010, aggiornino i propri piani attuativi di governo e di contenimento dei tempi di attesa, congruentemente con la priorità indicata al punto precedente e lo stesso facciano le Aziende Ospedaliere, adeguando, sempre entro il 20 gennaio 2010, i propri Piani Aziendali semestrali di Governo dei Tempi di Attesa, di cui alla DGR n. VIII/1375 del 14.12.2005;
- che, a decorrere dall'esercizio 2010, anche i soggetti erogatori di diritto privato accreditati e a contratto che, sulla base della normativa vigente non sono tenuti a predisporre dei piani di governo dei tempi di attesa, debbano, come obbligo contrattualmente rilevante, adeguare, relativamente alle categorie di pazienti ed alle prestazioni di cui al punto 3 dell'allegato della citata DGR n. 2828/2006, la propria programmazione di erogazione delle prestazioni alle priorità definite dalle ASL;
- che fino a 45 milioni di euro siano destinati, nel corso della negoziazione in atto tra le ASL ed i soggetti erogatori per l'erogazione dei servizi nel corso del 2010, a finanziare in modo mirato e vincolato dei programmi, integrati a livello ASL, finalizzati a raggiungere l'obiettivo prioritario di avere almeno il 95% dei primi accessi relativi alle categorie di pazienti ed alle tipologie di prestazioni contemplate al punto 3 dell'allegato della DGR n. 2828/2006 entro i tempi massimi ivi previsti.

Infine, con la Delibera di Giunta Regionale n. IX/937 del 1° dicembre 2010, c.d. "Regole del SSR per l'anno 2011", è stata programmata una distribuzione delle risorse finanziarie tale per cui può essere calcolata una disponibilità per gli erogatori pubblici o privati fino a 60 milioni di euro per il 2011 con le seguenti finalità:

- ridurre i tempi di attesa delle prestazioni soggette a monitoraggio periodico delle attese;
- favorire l'accesso alle attività ambulatoriali per i pazienti in età pediatrica in modo da evitare il più possibile interferenze con le attività lavorative dei genitori (la facilitazione dell'accesso si attua prevalentemente con aperture dei servizi fino al tardo pomeriggio ed il sabato).

La suddetta DGR n. IX/937/2010, ha introdotto alcune novità in materia di raggruppamenti di priorità, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla DGR n. 2828/2006. Si è infatti previsto che, a partire dal 1° gennaio del 2011, il campo note fosse compilato dagli erogatori aggiungendo le seguenti codifiche:

- **"On"** per le prestazioni afferenti all'"Area Oncologica";
- **"CV"** per le prestazioni afferenti all'"Area Cardiovascolare";
- **"MI"** per le prestazioni afferenti all'"Area Materno-Infantile";

- **“Ge”** per le prestazioni afferenti all'“Area Geriatrica”.

Inoltre con la suddetta deliberazione si è disposto anche che, nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricade nella categoria P (programmata).

2. Predisposizione di iniziative regionali per la condivisione e per la diffusione di percorsi diagnostico-terapeutici in area oncologica e cardiovascolare

In materia di Piani Diagnostico-Terapeutici, la Regione si adegnerà alle indicazioni derivanti dai tavoli tecnici nazionali con Decreto del Direttore Generale.

3. Individuazione dei criteri di priorità d'accesso nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio

La codifica del campo classe di priorità all'interno della prescrizione medica è obbligatoria e riguarda tutte le prescrizioni contenenti prestazioni di primo accesso.

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono le seguenti:

- **“U”** (Urgente) : entro 72 ore, a tale prescrizione dovrà inoltre essere apposto il “bollino verde”;
- **“B”** (Breve): l'identificazione nel campo note di una delle aree sopraindicate (ON, CV, MI o Ge) determina l'attribuzione alla presente classe di priorità Breve;
- **“D”** (Differibile): per procedura di prima diagnosi da eseguirsi entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- **“P”** (Programmata): per prestazioni programmate (da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque non oltre 180 giorni).

Nel caso in cui la classe di priorità non sia compilata dal prescrittore, si sottintende che la prestazione, per volontà implicita dello stesso, ricada nella categoria “P”.

Per quanto riguarda i criteri che sottendono l'individuazione delle suddette classi di priorità, si riportano le seguenti indicazioni:

- Classe U e B: prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità.
- Classe D: prestazione la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente.
- Classe P: prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresenta un accesso di follow up.

Come già richiamato al punto 1, la DGR n. IX/937/2010 ha introdotto i raggruppamenti di priorità per area di rischio, al fine di monitorare puntualmente le priorità stabilite dalla DGR n. 2828/2006. A partire dal 1° gennaio 2011, il campo note può infatti essere compilato dagli erogatori aggiungendo le seguenti codifiche:

- **“On”** per le prestazioni afferenti all'“Area Oncologica”;
- **“CV”** per le prestazioni afferenti all'“Area Cardiovascolare”;
- **“MI”** per le prestazioni afferenti all'“Area Materno-Infantile”;
- **“Ge”** per le prestazioni afferenti all'“Area Geriatrica”.

In merito alle suddette prescrizioni, per l'"AREA ONCOLOGICA" e per l'"AREA CARDIOVASCOLARE" il medico dovrà apporre sulla ricetta, rispettivamente, le diciture "**RISCHIO ONC**" o "**RISCHIO CV**".

L'"AREA MATERNO INFANTILE" deve essere indicata dal codice di esenzione **Mnn** (dove nn sta per le settimane di gravidanza).

Per l'"AREA GERIATRICA" si fa riferimento **all'età di 75 anni compiuti** che verrà **rilevata dal codice fiscale** (il medico prescrittore dovrà comunque apporre sulla ricetta la dicitura relativa all'"Area Geriatrica"). Sono fatte salve le indicazioni date in merito agli esenti per patologia in quanto tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta rientrano nella classe "P".

La compilazione dei campi U, D, P, è alternativa all'indicazione dell'area (ONCOLOGICA, CARDIOVASCOLARE e GERIATRICA).

Per le prestazioni di ricovero le classi di priorità sono invece le seguenti:

- **CLASSE A** - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o da determinare grave pregiudizio alla prognosi;
- **CLASSE 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;
- **CLASSE C** - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi né possono, per l'attesa, ricevere grave pregiudizio alla prognosi;
- **CLASSE 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 i 12 mesi.

La segnalazione delle classi di priorità A, B, C e D è alternativa all'indicazione dell'area di rischio (ONCOLOGICA, CARDIOVASCOLARE e GERIATRICA).

4. Individuazione degli ambiti territoriali in cui i tempi massimi di attesa sono garantiti

La definizione degli ambiti territoriali entro i quali garantire i tempi di accesso di seguito individuati nelle tabelle 1, 2, 3 e 4, viene demandata a livello locale in sede di coordinamento tra le ASL ed i soggetti erogatori, sulla base di valutazioni che tengano conto sia della conformazione del territorio, sia della distribuzione nello stesso degli erogatori. Il riferimento di interesse diventa quindi il territorio e non più la singola struttura di erogazione; ciò permette di definire in modo certo e flessibile l'obiettivo e di considerare nel modello organizzativo sia l'espressione della libertà di scelta dei cittadini sia la presenza di strutture di eccellenza caratterizzate da un bacino di utenza spesso anche sovra-regionale.

5. Procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva

Con la delibera n. 9014 del 20.02.2009 la Giunta Regionale della Lombardia ha stabilito che le prestazioni di specialistica ambulatoriale prescritte da un MMG o PLS o specialista ospedaliero non corredate dalla diagnosi o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario

Regionale in quanto in questi casi non vengono garantiti i minimi presupposti per l'effettuazione appropriata delle prestazioni stesse. Si ribadisce quindi l'importanza che la presenza della diagnosi o sospetto diagnostico sulla prescrizione ha come incidenza nell'appropriatezza delle prestazioni da effettuare, e che tale adempimento è volto a sfavorire l'effettuazione di prestazioni inappropriate che hanno come unico esito l'allungamento delle liste di attesa.

Inoltre la stessa DGR n. 9014/2009 ha previsto che per la valutazione professionale dell'appropriatezza specifica delle prestazioni di ricovero e cura e di specialistica ambulatoriale e per il supporto, sempre professionale, per quanto riguarda la corretta individuazione di codifiche di prestazioni sanitarie per le quali sia difficoltoso individuare una modalità univoca e condivisa di rappresentazione, si provveda al reperimento di figure professionali ad elevata competenza tecnica.

Infine, con DGR n. 351 del 28.07.2010 la Regione Lombardia si è dotata di uno strumento per la valutazione periodica delle performance delle strutture di ricovero e cura, che comprende un set di indicatori utili alla definizione dell'appropriatezza del percorso assistenziale del paziente.

6. Ottimizzazione dell'organizzazione dell'offerta in considerazione della necessità di garantire la gestione delle differenti classi di priorità e le diverse modalità di accesso alle prestazioni

Primo accesso (prima visita o primo esame):

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

Visita o esame di controllo (follow up):

- visite o accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un **inquadramento diagnostico già concluso** che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. In esse il problema viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione sanitaria esistente viene aggiornata: si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione della patologia o il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso;
- le prestazioni successive al primo accesso e programmate dallo specialista che ha già preso in carico il paziente (comprese le prestazioni di 2° e 3° livello **rese a pazienti ai quali è già stato fatto un inquadramento diagnostico** e che necessitano di approfondimento);
- tutte le prestazioni prescritte con l'indicazione del codice di esenzione per patologia sulla ricetta.

Tali prestazioni possono essere programmate e di conseguenza erogate in un maggiore arco di tempo, di norma entro 180 giorni dalla prima visita – primo accesso, e comunque

nei tempi eventualmente indicati sulla prescrizione, in quanto gli stessi non influenzano la prognosi ed il corretto svolgimento dell'iter terapeutico.

7. Promozione della appropriatezza della domanda

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

Nei citati provvedimenti è stato stabilito inoltre che:

- le strutture sanitarie devono effettuare gli esami di laboratorio senza prenotazione;
- le liste di prenotazione devono rimanere aperte, in modo da garantire la "trasparenza" delle liste di attesa e fornire sempre una risposta ai bisogni espressi dai pazienti;
- i medici di famiglia ed i pediatri, qualora ravvisino un caso di urgenza, possono richiedere che la prestazione sia garantita entro 72 ore dalla prenotazione mediante l'applicazione del "Bollino verde".

8. Predisposizione di provvedimenti specifici e definizione di procedure per la riorganizzazione del sistema CUP - Numero verde per le prenotazioni telefoniche

Dal 2009 la Regione Lombardia dispone di un unico numero verde, gratuito, che si può chiamare da tutta Italia, sia da telefono fisso sia da cellulare, dedicato esclusivamente alla prenotazione telefonica di prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il numero è attivo dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dei giorni feriali, sabato compreso.

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

L'istituzione del numero verde unico regionale persegue l'obiettivo di mettere il cittadino nella condizione di poter consultare, tramite un centro unico di prenotazione, le agende di tutte le strutture erogatrici di una determinata prestazione ambulatoriale, offrendogli in tal modo la massima libertà di scelta che può essere esercitata secondo diversi criteri, quali una preferenza specifica per una determinata struttura, oppure la vicinanza al luogo di residenza, o ancora la maggiore rapidità nell'offerta della prestazione.

9. Iniziative ICT per lo sviluppo di funzionalità informatizzate per la gestione del processo di prescrizione, prenotazione e refertazione digitale, sistemi per l'accesso informatizzato ai referti ed uso della telemedicina

La Regione Lombardia ha sviluppato attraverso il Progetto CRS-SISS, avviato già dal 2003, servizi per una integrazione ed una condivisione delle informazioni utili alla cura del paziente, nel rispetto della privacy, e ad una ulteriore ottimizzazione del governo del sistema sanitario nel suo complesso. Terminata la prima fase sperimentale, nel 2009 con la DGR n. 10512, sono stati ulteriormente specificati e definiti i diversi obiettivi da raggiungere rispetto al livello di coinvolgimento di tutti gli enti erogatori di prestazioni sanitarie, la dematerializzazione dei documenti sanitari, la gestione del processo di prescrizione, per la prenotazione e la refertazione digitale, nonché per l'accesso informatizzato ai referti, in particolare attraverso l'accesso con il Fascicolo Sanitario Elettronico (in coerenza con le Linee Guida Nazionali appena emesse). Sulla prenotazione si è poi ulteriormente definita l'evoluzione del sistema che da anni si interfaccia con la piattaforma creata dal SISS, attraverso la DGR n. 1350/2011, confermando la linea di sviluppo coerente con le Linee Guida Nazionali sul CUP.

10. Indirizzi per la comunicazione e l'informazione sulle liste d'attesa ai cittadini promuovendo la partecipazione di utenti e delle associazioni di tutela e di volontariato

Gli erogatori di prestazioni sanitarie in regime di SSR, nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dei servizi e della centralità della persona, avranno cura di rendere ottimale la comunicazione e l'informazione ai cittadini in merito alle liste di attesa, utilizzando tutti gli strumenti adeguati allo scopo, con appositi siti web ma anche con particolare attenzione alle fasce di popolazione che per vari motivi non accedono ad internet.

Per tale motivo la Regione Lombardia mette a disposizione per il cittadino un proprio sito web che a livello regionale dà indicazioni in merito ai tempi di attesa per le prestazioni monitorate.

Inoltre, allo scopo di aumentare la capacità di lettura dei bisogni sociali e migliorare le strategie di risposta istituzionale, in merito alle tematiche di comunicazione ed informazione sui tempi di attesa la Regione, le ASL territorialmente competenti e gli erogatori del SSR avranno cura di relazionarsi in rete, in modo da facilitare e rendere omogenea l'azione verso il cittadino. In tale lavoro tutti gli enti coinvolti potranno utilmente avvalersi della competenza specifica di associazioni di volontariato operanti in ambito sociosanitario e/o di associazioni per la difesa dei diritti dei cittadini.

11. Regolamentazione della sospensione dell'attività di erogazione delle prestazioni e relativo monitoraggio

La Legge del 27.12.2002, n. 289 all'articolo 52, comma 4, lettera c) ha previsto l'attuazione nella prospettiva dell'eliminazione o del significativo contenimento delle liste di attesa, di adeguate iniziative, dirette a favorire lo svolgimento, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici in maniera continuativa, con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, in armonia con quanto previsto dall'accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche ed indirizzi applicativi sulle liste di attesa.

Con nota del 30.01.2009 il Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute ha inviato alle Regioni le "Linee guida per la rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, nell'ambito del monitoraggio dei tempi di attesa".

In attuazione di queste linee guida, la Regione Lombardia ha attivato un apposito spazio sul proprio sito web di rilevazione dei Tempi di Attesa, il cui modello di raccolta dei dati è costruito sulla base delle suddette indicazioni nazionali, che sono integrate con ulteriori informazioni.

Con la presente delibera si dispone che la rilevazione delle sospensioni della erogazione delle prestazioni avvenga semestralmente, e precisamente entro il 10 gennaio ed il 10 luglio di ogni anno.

La Regione Lombardia invierà con cadenza semestrale, i dati del monitoraggio delle sospensioni al Ministero della Salute.

12. Definizione delle condizioni per l'individuazione delle misure da prevedere in caso di superamento dei tempi massimi d'attesa

Il superamento dei tempi massimi di attesa, secondo quanto definito annualmente dalla Direzione Generale Sanità, influisce sulla valutazione dei Direttori Generali delle aziende pubbliche.

Per tutte le strutture accreditate (pubbliche e private) che erogano servizi in regime di SSR, verranno inoltre annualmente valutate eventuali ricadute in ambito contrattuale in relazione al rispetto dei tempi di attesa da parte dei singoli erogatori.

13. Garanzia di coerenza del sistema dell'offerta da erogare in libera professione con l'obiettivo del contenimento dei tempi di attesa

Come ricordato dalla DGR n. 2828/2006, ogni struttura sanitaria della Regione è tenuta a rispettare un tempo massimo di attesa per ogni tipo di visita od esame. Se la struttura prescelta non garantisce le prestazioni entro il tempo massimo, rivolgendosi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'ASL si possono trovare altre strutture sul territorio in grado di rispettarlo. Se nessuna di queste è in grado di rispettare tale tempo massimo, così come previsto dall'Allegato 1 della DGR n. 47675/1999, la struttura erogatrice inizialmente scelta si deve impegnare, su richiesta del paziente, ad erogare la prestazione in regime libero professionale, facendosi carico dell'intera tariffa, detratto l'eventuale ticket che risulta a carico del paziente.

Infine si ricorda che la DGR n. 9581 dell'11.06.2009 "DETERMINAZIONI IN ORDINE ALLA GESTIONE DEL SERVIZIO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER L'ESERCIZIO 2009 - IV PROVVEDIMENTO" ha stabilito che la piena osservanza di quanto disposto nella DGR di cui sopra a riguardo dei Tempi di Attesa delle prestazioni cosiddette "extrabudget" trova applicazione nella DGR n. VIII/2308 del 2006 "Linee guida regionali per la predisposizione dei Regolamenti Aziendali che disciplinano l'Attività Libero Professionale Intramuraria", in particolare nella parte che prevede: *"nel caso in cui, a parità di condizioni organizzative, di personale e di domanda di prestazioni specialistiche, si verifichi, attraverso rilevazioni periodiche, un superamento dei limiti regionali deliberati come Tempi Massimi per l'erogazione delle stesse in attività Istituzionale, la libera professione intramuraria riferita a quelle prestazioni critiche potrà essere temporaneamente ridotta o sospesa fino al ripristino delle condizioni conformi ai tempi deliberati"*. Stabilisce inoltre che tali indicazioni devono trovare applicazione anche nelle Strutture Sanitarie di diritto privato, accreditate e a contratto con il SSN, con riferimento alla solvenza e che per le prestazioni per cui non sono predefiniti dei tempi di attesa obiettivo le Agende delle prestazioni effettuate a carico del SSN e quelle effettuate in solvenza devono differire al massimo di trenta giorni, precisando che le suddette disposizioni non incidono sulla libertà di scelta dei pazienti che intendono svolgere comunque, a prescindere dai tempi di attesa delle prestazioni a carico del SSN, le prestazioni sanitarie in solvenza.

14. Tenuta della Agenda di prenotazione dei ricoveri secondo le "Linee guida per le agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili"

Il monitoraggio ex post del fenomeno dei tempi di attesa per le prestazioni erogate in regime di ricovero, utilizza il flusso SDO per la periodica rilevazione dei tempi di attesa. Inoltre per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle agende di prenotazione dei ricoveri 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.

15. Schede di Dimissione Ospedaliera: data di prenotazione e classi di priorità (DM 8 luglio 2010)

Le Schede di Dimissione Ospedaliera utilizzate in Regione Lombardia già dal 2010 presentano i campi "data di prenotazione" e "classe di priorità". Per tutti i ricoveri programmati per i quali è inserita la data di prenotazione dovrà essere compilata la classe di priorità secondo lo schema dell'Accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002, riportato nei paragrafi precedenti.

16. Definizione della struttura dei Programmi attuativi aziendali

Le Aziende Sanitarie Locali, nel proprio Piano Aziendale, devono definire le azioni di coordinamento, monitoraggio, valutazione degli interventi e dei risultati, nonché la diffusione delle informazioni presso la cittadinanza al fine di adottare idonei programmi -

e introdurre strategie da perseguire nel loro insieme - per garantire un uso sempre più razionale delle risorse e consentire l'erogazione tempestiva delle prestazioni.

Il Piano Aziendale deve inoltre proporre la metodologia e gli strumenti applicativi per il contenimento dei tempi di attesa. Tale metodologia si deve avvalere di indicatori di valutazione raggruppati secondo criteri che prevedano:

- 1) l'analisi di contesto;
- 2) il recepimento dei tempi massimi d'attesa per le prestazioni individuate dalla Regione Lombardia;
- 3) indicazioni sulle definizioni di Primo accesso e Controllo al fine di razionalizzare l'accessibilità ai servizi sanitari in termini di appropriatezza;
- 4) l'individuazione di linee di intervento per il governo della domanda promuovendo un ricorso appropriato ai servizi garantiti dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) attraverso il modello della prioritizzazione per specifiche aree critiche di bisogno assistenziale;
- 5) la razionalizzazione e l'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni da parte delle strutture sanitarie, in considerazione sia delle effettive necessità assistenziali del territorio, sia della domanda rilevata;
- 6) il miglioramento dell'appropriatezza dell'accessibilità;
- 7) l'informazione e la comunicazione sui tempi di attesa.

In prima attuazione, le Aziende Sanitarie Locali approvano ed inviano alla Regione il proprio Piano Attuativo Aziendale entro 60 giorni dalla approvazione della presente delibera di Giunta Regionale. Successivamente aggiornano lo stesso Piano annualmente (entro il 20 gennaio di ogni anno) e lo inviano agli uffici regionali competenti. In seguito, le Aziende Ospedaliere e le Fondazioni IRCCS di carattere pubblico approvano ed inviano agli uffici regionali competenti con cadenza semestrale (entro il 28 febbraio ed entro il 31 luglio di ogni anno) i propri Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa (PGTAz), congruentemente con il Piano Attuativo della propria ASL ed i conseguenti aggiornamenti.

17. Valutazione e monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali

La Regione riceve i Piani Attuativi Aziendali delle ASL ed i relativi aggiornamenti annuali, ed i Piani Aziendali di Governo dei Tempi di Attesa delle Aziende Ospedaliere e Fondazioni IRCCS di carattere pubblico e provvede ad una analisi degli stessi ed alla restituzione dei risultati delle analisi ad ogni ente.

La puntuale attuazione dei Piani degli enti suddetti ha rilevanza sia nella determinazione degli obiettivi dei Direttori Generali che nella loro valutazione annuale.

18. Siti web

In attuazione dei disposti contenuti al punto 8 del PNGLA, l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa devono essere sostenute e potenziate attraverso strumenti finalizzati a sviluppare e a rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni, attraverso campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei Servizi, ma anche realizzando siti web aziendali con sezioni dedicate ai tempi di attesa, sulla scorta della pagina web realizzata sul sito della Regione Lombardia. L'efficacia dell'informazione offerta attraverso i siti web aziendali dovrà essere

periodicamente testata attraverso meccanismi di autovalutazione da parte delle aziende stesse, anche tenendo conto delle indicazioni di carattere strategico contenute nelle "Linee guida per la comunicazione on line in tema di tutela e promozione della salute" realizzate nell'ambito del progetto "Potenziamento della comunicazione on line del Ministero della Salute e del SSN e progettazione di un canale telematico per i cittadini" promosso e finanziato dal Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali.

19. Monitoraggio ALPI

In ottemperanza al punto 7.4 del PNGLA, dovranno essere effettuati periodici monitoraggi sulle Attività Libero Professionali Intramoenia, Allargata ed in regime di Solvenza (A.L.P.I. e S.).

I soggetti tenuti alla rilevazione sono le strutture pubbliche e private accreditate e a contratto, che erogano prestazioni in attività Libero Professionale Intramuraria, Intramuraria allargata ed in regime di Solvenza.

La Regione provvederà con propria nota a comunicare le date nelle quali tale rilevazione dovrà essere effettuata, nonché a definirne le relative modalità e strumenti. A partire dal secondo semestre 2011 anche tale rilevazione verrà effettuata via web, come già avviene per il monitoraggio ex ante.

20. Monitoraggio PDT

Il monitoraggio dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici sarà effettuato in conformità con le indicazioni nazionali, attualmente in discussione nei tavoli tecnici tra le Regioni, le Province Autonome, il Ministero della Salute e AGENaS e si demanda alla Direzione Generale Sanità l'assunzione di ulteriori atti al riguardo.

21. Monitoraggio ex ante ed ex post delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero

Con la circolare n. 28/San del 21 ottobre 1996, modificata successivamente dalle circolari n. 65/San del 1997 e n. 58/San del 2002, si è resa obbligatoria la generazione del flusso informativo che va a creare il database delle prestazioni ambulatoriali, da cui è possibile monitorare anche i Tempi di attesa, creando il cosiddetto monitoraggio regionale ex post.

In parallelo, dal 1998 ad oggi, la rilevazione dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si è avvalsa anche della metodologia regionale di monitoraggio ex ante. In questo secondo caso, il tempo di attesa rilevato, espresso in giorni, è il tempo intercorrente tra il giorno indice della rilevazione ed il giorno in cui vi è la prima disponibilità *in agenda*. In questa rilevazione sono incluse le prestazioni che costituiscono prima visita o prima prestazione diagnostica/terapeutica. Sono escluse dal monitoraggio dei tempi di attesa tutti gli accessi diretti, le visite o gli esami di controllo programmato, le prestazioni inserite in programmi di screening e le prestazioni in libera-professione intramuraria.

La Direzione Generale Sanità, in adempimento alla DGR n. VIII/5743 del 31 ottobre 2007, già a partire da aprile 2008 sta raccogliendo i dati delle rilevazioni prospettiche mensili

attraverso un portale web dedicato, messo a disposizione di tutti gli erogatori, adeguatamente formati.

Dal 01.01.2010 il tempo massimo di attesa deve essere garantito al 95% dei cittadini cui viene erogata la prestazione.

22. Elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sottoposte a monitoraggio

Le prestazioni sono state individuate a partire dall'esperienza di monitoraggio dei tempi di attesa, che dal 1998 ad oggi è stata condotta nelle modalità esposte nel paragrafo precedente.

L'elenco comprende prestazioni individuate:

- a) in specifiche aree critiche di bisogno assistenziale, per le quali è prevedibile un ricorso caratterizzato da un alto livello di appropriatezza, per cui è necessario garantire il diritto all'accesso nei tempi adeguati (area delle urgenze differibili, area oncologica, area delle patologie cardiache e vascolari), in ambiti che presentano forti differenze di accessibilità nelle diverse realtà regionali;
- b) per le prime visite specialistiche, tipicamente caratterizzate da una forte domanda assistenziale;
- c) in settori ad alta complessità tecnologica, per le quali, al contrario, si rileva un frequente ricorso inappropriato, a fronte di un costo elevato delle stesse.

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

Per le seguenti prestazioni, si individuano quindi i tempi massimi di attesa, così come riportati nelle tabelle 1, 2, 3 e 4.

Per tutte prestazioni di seguito elencate, il tempo massimo di attesa individuato con il presente provvedimento dalla Regione dovrà essere garantito, se non altrimenti specificato, per il 95 per cento dei pazienti, a prescindere dall'individuazione delle priorità di accesso alle medesime.

Si precisa inoltre che i tempi di seguito individuati, qualora riguardino prestazioni contemplate nella DGR n. VI/47675 del 1999 o nella DGR n. VIII/2828 del 2006, vanno ad integrare i tempi obiettivo a suo tempo definiti dalla suddette deliberazioni.

Si chiarisce infine che i tempi massimi indicati nella Tab. 1, qualora fossero inferiori alle tempistiche proprie della classe D (30 o 60 giorni rispettivamente per visite e prestazioni strumentali) sono da considerarsi prioritari rispetto alle stesse.

Tab. 1 - Prestazioni di specialistica ambulatoriale

Codifica	Descrizione	Tmax in gg (area ONC)	Tmax in gg (area CV)	Tmax in gg (area MI)	Tmax in gg (area Ge)	Tmax in gg (priorità D)
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA		16			30
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		16			30
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA/DIABETOLOGICA					30
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]				16	30
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA					30
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA			16		30
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA					30
89.7B.8	PRIMA VISITA ORL					30
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA					30
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA					30
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE					30
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA					30
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA	16				30
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA					40
87.37.1 - 87.37.2	MAMMOGRAFIA BILATERALE E MONOLATERALE	16				40
87.41 - 87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
88.01.1 - 88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
88.01.3 - 88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
88.01.5 - 88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
87.03 - 87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO				40	40
88.38.1 - 88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO				40	40
88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO				40	40
88.91.1 - 88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
88.95.4 - 88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	16				40
88.94.1 - 88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO					40
88.93 - 88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO					40
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO					40
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo			40		40
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA			40		40

(segue)

Codifica	Descrizione	Tmax in gg (area ONC)	Tmax in gg (area CV)	Tmax in gg (area MI)	Tmax in gg (area Ge)	Tmax in gg (priorità D)
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI		40			40
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA		40			40
88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE, INFERIORE E COMPLETO	16				40
88.73.1 - 88.73.2	ECOGRAFIA BILATERALE E MONOLATERALE DELLA MAMMELLA	16				40
88.78 - 88.78.2	ECOGRAFIA OSTETRICA - GINECOLOGICA			40		40
45.23 - 45.25 - 45.42	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE, SENZA O CON BIOPSIA O POLIPECTOMIA	16				60
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	16				60
45.13 - 45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD], SENZA O CON BIOPSIA	16				60
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA		40			40
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO		40			40
89.41 - 89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE O CON CICLOERGOMETRO		40			40
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE				40	40
89.37.1 - 89.37.2	SPIROMETRIA SEMPLICE O GLOBALE				40	40
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI				40	40
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]					60
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA					7
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE					7
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS					7
88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA					7
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA		40			40
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X - lombare, femorale, ultradistale					60
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE				180	180

Tab. 2 - Prestazioni in Day Hospital/Day Surgery

Diagnosi	Procedura	Descrizione	Tmax in gg (area ONC)	Tmax in gg (area CV)	Tmax in gg (area MI)	Tmax in gg (area Ge)	Tmax in gg (priorità D)
V58.1	99.25	CHEMIOTERAPIA*					
	88.55 - 88.56 - 88.57	ARTERIOGRAFIA CORONARICA CON CATETERE SINGOLO, DOPPIO O NON SPECIFICATA		30			
	50.11	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	30				
	49.46	EMORROIDECTOMIA					180
	53.0 - 53.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE O BILATERALE DI ERNIA INGUINALE					180

*Per la chemioterapia (Diagnosi V58.1 - Procedura 99.25) si rimanda alle previsioni della DGR n. 2828/2006 laddove indica che "I tempi vengono definiti dallo specifico tavolo regionale"

Tab. 3 - Prestazioni di ricovero ordinario

Diagnosi	Procedura	Descrizione	Tmax in gg (area ONC)	Tmax in gg (area CV)	Tmax in gg (area MI)	Tmax in gg (area Ge)	Tmax in gg (priorità D)
174	85.4	MASTECTOMIA	30				
185	60.5	PROSTATECTOMIA RADICALE	30				
153/154	45.7 - 45.71 - 45.72 - 45.73 - 45.74 - 45.75 - 45.76 - 45.79 - 45.8 - 48.5 - 48.6	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE COLON RETTO	30				
182	da 68.3 a 68.9	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORI DELL'UTERO	30				
	36.10	BYPASS AORTOCORONARICO		30			
	36.0	RIMOZIONE DI OSTRUZIONE DELL'ARTERIA CORONARICA ED INSERZIONE DI STENT (PTCA)		30			
	38.12	ENDOARTERIECTOMIA DI ALTRI VASI DEL CAPO E DEL COLLO		30			
	81.51 - 81.52 - 81.53	INTERVENTI DI PROTESI D'ANCA				180	180
	32.3 - 32.4 - 32.5 - 32.9	INTERVENTI CHIRURGICI TUMORE DEL POLMONE	30				
	28.2 - 28.3	TONSILLECTOMIA					180

Prestazioni di radioterapia

Le prestazioni di radioterapia sono sottoposte alle seguenti classi di tempi massimi di attesa (definiti in collaborazione con l'Associazione Italiana Radioterapia Oncologica - AIRO):

- **Classe 1:**

trattamenti palliativi in presenza di sintomi significativi (es. dolori ossei non controllati da terapia medica, disturbi neurologici, sindrome mediastinica, emorragie);

- **Classe 2:**
 - trattamenti palliativi che non rientrano nella classe precedente;
 - trattamenti potenzialmente curativi in assenza di terapie mediche neoadiuvanti;
 - trattamenti pre-operatori;
 - casi selezionati di trattamenti post-operatori (in presenza di ritardi logistici);

- **Classe 3:**
 - trattamenti post-operatori, esclusi quelli di cui alle classi 2 e 4;
 - casi selezionati di trattamenti curativi in tumori a lenta evoluzione (es. carcinoma della prostata);

- **Classe 4 (inizio RT programmabile in relazione ad altri trattamenti):**

trattamenti programmati nel contesto di percorsi terapeutici multidisciplinari, nei quali la posticipazione della RT non influisca negativamente sulla sua efficacia terapeutica, ad es.:

 - RT curativa per carcinoma della prostata dopo terapia ormonale neoadiuvante;
 - casi selezionati di RT curativa dopo terapia medica neoadiuvante (es. chemioterapia neoadiuvante per neoplasie testa-collo, polmone ecc.);
 - casi selezionati di RT post-operatoria dopo terapie mediche adiuvanti poco compatibili con RT concomitante (es. chemioterapia adiuvante con antracicline per carcinoma della mammella).

Tab. 4 – Prestazioni di radioterapia

CODIFICA	Descrizione	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
92.24.01	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI 2D	15	30	90	180
92.24.02	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE; CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO 2D	15	30	90	180
92.24.03	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE ; CON TECNICA FLASH	15	30	90	180
92.24.05	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE 3D	15	30	90	180
92.24.06	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO, TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'	15	30	90	180
92.24.07	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA UNICA O PRIMA SEDUTA	15	30	90	180
92.29.K-	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE)	15	30	90	180
92.29.L-	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (PIU' DI 5 SEDUTE)	15	30	90	180
92.29.M	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO	15	30	90	180

La segnalazione delle classi di priorità 1, 2, 3 e 4 è alternativa all'indicazione di tutte le classi precedentemente trattate.