



SOMMARIO

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1 | INTRODUZIONE | 2 |
| 2 | RIFERIMENTI | 3 |
| 3 | DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI | 3 |
| 4 | CONTESTO DI RIFERIMENTO E MOTIVAZIONE | 7 |
| 5 | ASPETTI APPLICATIVI PARTICOLARI DEL PRGLA | 10 |
| 5.1 | STIMA DEL FABBISOGNO E ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA | 10 |
| 5.2 | SEPARAZIONE DEI CANALI E DEI FLUSSI DI ACCESSO..... | 10 |
| 5.2.1 | UTILIZZO DELLA “PRIMA VISITA” E DELLA “VISITA DI CONTROLLO” | 11 |
| 5.3 | GESTIONE DELLA DOMANDA..... | 12 |
| 5.3.1 | QUESITO DIAGNOSTICO | 12 |
| 5.3.2 | TIPO DI ACCESSO: PRIMO ACCESSO O PRESTAZIONE SUCCESSIVA AL PRIMO ACCESSO | 12 |
| 5.3.3 | CODICI DI PRIORITÀ | 12 |
| 5.4 | PRIMO ACCESSO - PROSSIMITÀ E AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA..... | 13 |
| 5.5 | PRIMO ACCESSO - TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER CLASSI DI PRIORITÀ | 13 |
| 5.6 | INDICAZIONI IN MERITO ALL'UTILIZZO CLASSE DI PRIORITÀ P | 14 |
| 5.7 | PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO | 14 |
| 6 | ANALISI DELLE CRITICITÀ/PROBLEMI O BISOGNI SPECIFICI | 15 |
| 6.1 | APPLICATIVI ELETTRONICI | 15 |
| 6.2 | TEMPI DI ATTESA, QUALITÀ E EFFICACIA | 16 |
| 6.3 | PRESCRIZIONE MEDICA..... | 16 |
| 6.4 | ESPOSIZIONE DELLE AGENDE A CUP-MET..... | 17 |
| 6.5 | ANALISI DI COERENZA TRA DOMANDA AOUC E OFFERTA AOUC | 17 |
| 6.6 | PRESTAZIONI EROGATE A UTENTI EXTRA REGIONE E STRANIERI..... | 21 |
| 7 | OBIETTIVO GENERALE | 26 |
| 8 | OBIETTIVI SPECIFICI | 26 |
| 8.2 | EFFICIENZA DI UTILIZZO DEGLI STRUMENTI ELETTRONICI..... | 26 |
| 8.3 | ACCURATEZZA NELLA PRESCRIZIONE..... | 27 |
| 8.4 | DATA WAREHOUSING..... | 28 |
| 8.5 | PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA..... | 29 |
| 8.6 | PRENOTAZIONE PER TIPO DI ACCESSO E PER LIVELLO | 31 |
| 8.7 | GESTIONE DEL DROP-OUT | 33 |
| 8.8 | PERCORSI DI TUTELA | 34 |
| 8.9 | AZIONI ULTERIORI..... | 36 |
| 9 | IDENTIFICAZIONE DEI PORTATORI DI INTERESSE | 37 |
| 10 | RESPONSABILITÀ | 38 |
| 11 | TEMPISTICHE DEGLI OBIETTIVI E MONITORAGGIO | 39 |
| 11.1 | MONITORAGGIO..... | 40 |
| 11.2 | GESTIONE DEI PERCORSI DI ADEGUAMENTO | 41 |
| 12 | PREVISIONE IMPATTO | 41 |
| 13 | FINANZIAMENTO | 41 |
| 14 | LISTA DI DISTRIBUZIONE | 42 |
| 15 | APPENDICE | 43 |
| 15.1 | PRIMO ACCESSO - PRESTAZIONI MONITORATE DAL PRGLA..... | 43 |
| 15.2 | PRIMO ACCESSO - PRESTAZIONI MONITORATE: CATALOGO RT | 45 |

Gruppo di redazione: Stefania Cappello (Centrale CUP), Claudio Carpinì (Resp. PO Gestione Percorsi Accoglienza e URP), Alessandro Comparini (Resp. UO Gestione Attività LP), Cecilia Frascati (Resp. Piattaforma SIP e Logistica sanitaria), Rolando Innocenti (Resp. Piattaforma Outpatient), Natalia Lombardi (Dir. UO Direzione Operativa), Paola Marzuoli (Dir. UO Attività Amministrative a Supporto Attività Sanitarie), Fabrizio Niccolini (Dir. UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera), Diana Paolini (Medico UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera), Barbara Tonietti (Dir. UO Controllo Direzionale), Lucia Turco (Direttore Sanitario), Stefano Vezzosi (Dir. UO Innovazione Tecnologica nell'Attività Clinico Assistenziali)

| | NOME | FUNZIONE | DATA | FIRMA |
|---------------------|------------------|--|------------|-------|
| REDAZIONE | Matteo Tomaiuolo | Direttore UO Governo Percorsi Outpatient | 26/06/2019 | |
| VERIFICA | Filomena Autieri | Responsabile UO Accreditamento Qualità e Risk Management | 26/06/2019 | |
| APPROVAZIONE | Lucia Turco | Direttore Sanitario | 27/06/2019 | |
| EMISSIONE | Rocco Damone | Direttore Generale | 27/06/2019 | |

Consultabile nella intranet

1 INTRODUZIONE

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano l'ambito di tutela che il Servizio Sanitario Nazionale si impegna a garantire in modo uniforme a tutti i cittadini. **L'appropriata prescrizione** delle prestazioni, la definizione della **priorità clinica coerente** con i bisogni del paziente e la **tempestività di erogazione in regime SSN** sono gli elementi fondamentali per realizzare l'equità di accesso e perseguire la qualità ed efficacia clinica relativamente ai LEA.

Il mantenimento della **prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale**, in termini di volumi erogati, congiuntamente al rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della “libera scelta” del cittadino di avvalersi del regime libero professionale.

La **separazione dei canali di prenotazione e dei flussi di primo accesso e presa in carico** permette di trattare adeguatamente la domanda di primo accesso, generata solitamente dalla medicina generale e gestita con le liste di attesa per priorità del CUP, differenziandola da quella di presa in carico, generata solitamente dagli ambulatori specialisti e gestita direttamente dalle strutture sanitarie attraverso le liste di programmazione.

Il **dimensionamento della domanda di prestazioni** costituente il fabbisogno si fonda sulla corretta e completa prescrizione con la ricetta dematerializzata (“DEMA”), che dal 1 giugno 2019 deve obbligatoriamente specificare se la prestazione è richiesta per il “primo accesso” o per la presa in carico (“altro tipo di accesso”). Il volume di prestazioni così prescritte costituisce la domanda, e può essere **conosciuto tempestivamente**, stratificato per tipo di accesso e priorità, e utilizzato per programmare una congrua offerta.

La **definizione dei volumi di produzione ambulatoriale per gli accessi successivi al primo**, strutturati in agende rese disponibili dall'AOUC e dalla AUSL e accessibili alla prenotazione interna direttamente dal contesto che genera la prescrizione, permette di assicurare la presa in carico del cittadino che ha effettuato il primo accesso e deve proseguire agevolmente il percorso diagnostico-terapeutico. Governata la presa in carico, è possibile la **definizione dei volumi di produzione ambulatoriale prestazione-specifici per il primo accesso** e la **esposizione a CUP-Met delle relative agende**, che consentono all'Azienda USL territoriale di organizzare l'offerta complessiva di primo accesso per classe di priorità e negli ambiti territoriali di garanzia.

Una **buona organizzazione dell'accesso ai percorsi di cura** è pertanto elemento decisivo e caratterizzante la qualità di un sistema sanitario, perché garantisce equità rafforzando il valore delle cure, attraverso un appropriato utilizzo delle risorse ed una adeguata tempestività di intervento.

La sfida, per **valorizzare i clinici in questa dimensione**, è quella di superare la visione tradizionale dell'accesso ai percorsi caratterizzata da logiche dell'attesa, della prestazione singola, dell'onere del collegamento delle diverse tappe del percorso affidato al paziente e della mera regolarità amministrativa come garanzia di equità, per spostarsi invece verso un **modello orientato alla proattività**, al **continuum** del percorso di cura e di assistenza e ad una **risposta diversificata** ai diversi bisogni.

La **collaborazione tra tutti gli attori del sistema** operanti sul versante prescrittivo, sul versante erogativo e di tutela del cittadino, è fondamentale per garantire al paziente una effettiva presa in carico.

2 RIFERIMENTI

- [Del. GRT n. 1038 del 24 ottobre 2005](#) "[Protocollo d'intesa tra RT, AASS e OOSS dei MMG/PLS e specialisti](#)".
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 "[Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato \(legge finanziaria 2006\)](#)"
- [Legge Regionale N.51 Del 5 Agosto 2009](#) "[Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento](#)".
- [Decreto Ministero Economia e Finanze 2 novembre 2011](#) "[De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 \(Progetto Tessera Sanitaria\)](#)" che disciplina la ricetta elettronica prevede la completa informatizzazione dell'intero ciclo di vita della tradizionale ricetta medica cartacea del SSN rossa e la completa eliminazione del supporto cartaceo (dematerializzazione), compatibilmente con le modalità alternative atte a salvaguardare l'erogazione di farmaci o prestazioni in assenza di collegamento telematico.
- Del. GRT n. 529 del 1 luglio 2013 "[Linee di indirizzo attività libero-professionale intramuraria dirigenza sanitaria: approvazione](#)".
- [Del. GRT n. 694 del 4 agosto 2014](#) "[Ridefinizione modalità di accesso e organizzazione offerta clinico-diagnostica territoriale](#)".
- Provv. DG n. 547 del 6 agosto 2014 "[Atto aziendale – Approvazione ai sensi dell'Art. 50 comma 4 della L.R. 40/2005](#)".
- "[Regolamento aziendale sulla LP intramuraria](#)" approvato con Provv. DG 186/2015.
- Provv. DG n. 186 del 2 aprile 2015 "[Regolamento organizzazione e disciplina attività libero professionale intramoenia](#)".
- Provv. DG n. 549 del 6 ottobre 2015 "[Approvazione del Progetto accoglienza in AOUC](#)".
- [Del. GRT 1068/2016](#) "[Indirizzi regionali per la revisione delle modalità organizzative nella gestione del follow-up oncologico](#)".
- [Del. GRT 1080 del 2 novembre 2016](#) "[Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa](#)".
- Del. Consiglio Regionale n. 91 del 5 novembre 2014 "[Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015](#)", che individua l'abbattimento delle liste di attesa in sanità fra gli obiettivi prioritari e proposta di delibera al CR 22 del 21/1/2019 "[Proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020](#)" che conferma quale obiettivo strategico il superamento delle liste di attesa quale requisito di equità di accesso alle cure.
- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 17 novembre 2016 n. 79/R "[Regolamento di attuazione della legge regionale 5 agosto 2009 n. 51 \(Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento\) in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie](#)". Si fa riferimento alla "[Dimensione 6 Organizzazione dell'accesso ai percorsi](#)" del manuale "[Procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento](#)" [consultabile on-line](#) sul sito dell'Agenzia Regionale di Sanità.
- [DPCM 12 gennaio 2017](#) "[Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#)", Allegato 4 "[prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del SSN](#)".
- Risoluzione del CR n. 47 del 15 marzo 2017 "[Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020](#)", Progetto regionale 19 "[Riforma e sviluppo della qualità sanitaria](#)" (pag. 198), Obiettivo 2 "[Superare le criticità nella gestione delle liste d'attesa: superamento del concetto di una unica ed indifferenziata modalità di accesso tramite CUP e individuazione di percorsi differenziati per target di bisogni assistenziali](#)".
- [Del. GRT 476/2018](#) "[Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa](#)" che prevede l'attivazione di "[funzioni formalmente esplicitate e l'utilizzo di metodi e strumenti specifici per la programmazione\(...\) a supporto della Direzione aziendale e dei dipartimenti nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico, mediante la programmazione dell'utilizzo delle aree produttive secondo modalità operative funzionali ai processi orizzontali di cura, assegnando in modo dinamico le disponibilità degli asset e delle attrezzature condivise](#)".
- [Del. GRT 750/2018](#) avente ad oggetto "[Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali](#)".
- [Del. GRT 914/2018](#) avente ad oggetto "[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](#)".
- Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019 "[Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021](#)" che incorpora il Glossario in materia di Tempi e Liste di attesa di AGENAS.
- [Del. GR 194/2019](#) avente ad oggetto "[Istituzione dell'Osservatorio regionale per i tempi di attesa](#)".
- [Del. GR/ 604 del 6 maggio 2019](#) "[Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019 – 2021](#)" che revoca le precedenti deliberazioni DGR 143/2006 e 867/2006 in quanto superate le modalità di garanzia del rispetto dei tempi massimi in esse contenute.
- Procedura aziendale P/903/63 "[Competenze prescrittive e prestazioni correlate al ricovero](#)".
- Regolamento D/903/110 "[Il Day Service - modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata](#)".
- Provv. DG n. 202 del 5 aprile 2017 "[Regolamento per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale](#)" (D/903/163).

3 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

- **AASAS:** UO Attività Amministrativa a Supporto delle Attività Sanitarie.
- **Accettazione diretta:** in Arianna le "**prestazioni ad accesso diretto in senso lato**" (vedi) vengono accettate con questa modalità, senza prenotazione.
- **Agenda chiusa:** Agenda di prenotazione non disponibile per l'inserimento di nuove prenotazioni. 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. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione e la Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282 (Finanziaria 2006) al riguardo istituisce una specifica attività di monitoraggio periodico.



- **Agenda di prenotazione:** strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni.
- **ALPI: Attività libero-professionale intramuraria** del Medico e della dirigenza sanitaria, individualmente o in équipe, esercitata fuori dell'orario di lavoro. Può essere su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico dello stesso o su richiesta dell'Azienda per la riduzione dei tempi di attesa con accesso e oneri analoghi al regime istituzionale SSN.
- **Ambito (territoriale) di garanzia:** estensione del territorio (zona distretto, Area Vasta) individuato dal piano regionale o definito dalle singole Aziende USL, specifico per ciascuna prestazione ambulatoriale, all'interno del quale è garantito al cittadino il diritto di fruire della prestazione nei tempi massimi previsti dalla classe di priorità assegnata dal prescrittore.
- **BPR:** UO Sviluppo Innovazione e Business Process Reengineering
- **Cabina di Regia Ambulatoriale:** prevista dal Regolamento D/903/163, ha mandato di estendere il processo di riorganizzazione a tutte le discipline specialistiche. La Cabina di Regia rappresenta il livello tattico previsto dalla Del. GRT 750/2018 ed è costituita da: UO Direzione Operativa, UO Governo Percorsi Outpatient, UO Controllo Direzionale, UO Monitoraggio Performances Sanitarie, medici di Direzione Sanitaria Responsabili Sanitari di Dipartimento afferenti alla UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Responsabili Amministrativi di Dipartimento, UO Servizi Amministrativi a supporto delle Attività Sanitarie, UO Libera Professione, PO Gestione dei percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico, Responsabile Piattaforma Outpatient, Responsabile Piattaforma Servizi Diagnostici, Responsabile Piattaforma SIP e Logistica sanitaria, Infermieri Coordinatori di AAA ambulatoriali, Referenti e Coordinatori SIP.
- **CD:** UO Controllo Direzionale.
- **Centrale CUP:** funzione aziendale che realizza la creazione e modifica delle agende di appuntamenti e attribuisce agli operatori i privilegi di accesso, visione e operatività in prenotazione e accettazione.
- **Classe di priorità:** sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. È stata resa obbligatoria in Toscana dal 1 giugno 2019. Per le prestazioni ambulatoriali sono previste:
 - **U = urgente**, nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore
 - **B = breve**, entro 10 gg
 - **D = differibile**, entro 15-30 gg le visite ed entro 30-60 gg le prestazioni strumentali
 - **P = programmata**, entro 120 gg.
- **Contact Point:** il concetto di Contact Point va oltre la funzione di Call Center classicamente intesa in quanto gestisce i contatti con l'utenza anche attraverso mail e chat e non solo attraverso la telefonia (call).
- **Contratto di servizio:** Il contratto di prestazione di servizi è un contratto dove una parte, il Committente commissiona un servizio all'altra parte, il Fornitore, che grazie alla sua prestazione, manuale o intellettuale, fornirà il servizio richiesto. Questo rapporto dovrà essere un rapporto continuativo e costante che si instaura tra il committente ed il fornitore. Oggetto del contratto è il servizio reso dal fornitore al committente, oggetto che può essere di qualsiasi tipo, l'importante è che il servizio venga reso prevalentemente dal fornitore, anche se questi avrà la possibilità di potersi avvalere di collaboratori nell'esecuzione della sua prestazione. Tra le parti non si instaura nessun tipo di rapporto subordinato, tipico del contratto di lavoro, ma si avrà una relazione cliente-fornitore, dove il fornitore dovrà attenersi alle richieste del committente.
- **CRA:** Cabina di Regia Ambulatoriale.
- **Credenziali di dominio:** solo le credenziali (login e PW) utilizzate dall'utente per accedere alla rete aziendale. Coincidono con le credenziali utilizzate ad esempio per accendere il PC.
- **CS-NIC:** Centro Servizi NIC.
- **CUP (Centro unificato di Prenotazione):** sistema centralizzato informatizzato di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, improntato a criteri di **equità di accesso** e deputato a gestire l'intera offerta con efficienza, strutturando in **agende elettroniche** di appuntamenti l'attività delle unità eroganti, 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 facilita l'accesso alle prestazioni sanitarie e permette di monitorare la domanda e l'offerta complessiva, attraverso strumenti di analisi che forniscano informazioni rilevanti ai fini del governo delle liste di attesa. Al singolo operatore del sistema CUP sono attribuiti specifici privilegi informatici che ne definiscono l'operatività, in termini di livello di ampiezza (quali agende) e di profondità (quali operazioni). Al CUP partecipano direttamente o indirettamente **tutti** i sanitari e gli operatori non sanitari coinvolti nei processi che spaziano dalla programmazione alla erogazione delle attività sanitarie per il singolo cittadino. Il CUP si avvale anche di procedure che facilitano l'accesso del cittadino direttamente attraverso il web o, indirettamente, attraverso un servizio telefonico e una rete di sportelli fisici interni e esterni all'Azienda. Il CUP, per le prestazioni di primo accesso si avvale del sistema di prenotazione “CUP-Metropolitano”, mentre per le prestazioni di presa in carico si avvale del sistema di prenotazione interno “CUP AOUC”.
- **CUP-Met:** CUP Metropolitano di Firenze, originariamente costituito dal sistema di prenotazione avviato nel 2001 dall'allora Azienda Sanitaria di Firenze, oggi confluita nell'Azienda USL Toscana Centro, e dall'AOUC. Oggi costituisce il principale sistema di prenotazione di prestazioni di primo accesso per la popolazione dell'AUSL Toscana Centro.
- **CUP AOUC o CUP Careggi:** è il sistema di prenotazione utilizzato all'interno dell'AOUC Careggi, che permette di gestire la presa in carico e confluisce in piccola parte in quello CUP-Met, rendendo così prenotabile la quota di prestazioni di primo accesso, essenzialmente visite e prestazioni strumentali. Questa parte di prestazioni di primo accesso, tuttavia, costituisce la quota minore della produzione aziendale di prestazioni erogate nel setting ambulatoriale, essendo la gran parte dell'offerta ambulatoriale prenotata tramite circuiti di presa in carico. Infatti, ai pazienti giunti all'AOUC con primo accesso ambulatoriale o dimessi dal PS o dai setting di ricovero medico o chirurgico, vengono assicurate le successive prestazioni di approfondimento o di controllo/follow-up tramite



prenotazione su agende elettroniche interne, adeguatamente condivise tra l'erogatore/fornitore e i servizi interni richiedenti/clienti. In questo modo la programmazione degli accessi successivi di presa in carico ha luogo nel servizio in cui opera il prescrittore interno e il tempo di programmazione di queste prestazioni è controllato direttamente dal Medico.

- **DAI:** Dipartimento ad Attività Integrata.
- **Data, in sequenza:** data prescrizione → data prenotazione/contatto → data di prima disponibilità (se accettata dal paziente coincide con) data appuntamento (se il paziente si presenta coincide con) data erogazione → data refertazione.
- **Data di prescrizione:** è la data di compilazione della prescrizione SSN.
- **Data di prenotazione/contatto:** è la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione (il paziente, il suo Medico curante) entra in contatto con il sistema di prenotazione, anche per inserimento nelle pre-liste.
- **Data di prima disponibilità:** è la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto/richiesta tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di assistenza dell'assistito.
- **Data di appuntamento:** è la data assegnata all'atto della prenotazione, nella quale è previsto che avvenga la prestazione specialistica ambulatoriale prenotata o inizi l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.
- **Data di erogazione:** è la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino o inizia l'erogazione di un pacchetto o ciclo di prestazioni.
- **Data di refertazione:** è la data in cui lo specialista predispose e firma il referto ed è immediatamente precedente o coincide con la data in cui il referto è effettivamente disponibile all'utente per essere ritirato.
- **Day Service Ambulatoriale (DSA):** modalità di esecuzione della assistenza specialistica ambulatoriale avviata dallo specialista al fine di rispondere al quesito clinico per casistica complessa e al fine di facilitare la deospedalizzazione.
- **DEMA:** ricetta dematerializzata (vedi).
- **DO:** UO Direzione Operativa.
- **Drop-out:** mancata presentazione del cittadino nella data e all'orario previsti, senza preventiva disdetta. Il drop-out ha una importanza direttamente proporzionale alla lunghezza della lista di attesa, ma anche al tempo di programmazione. I principali strumenti per contenere gli effetti del drop-out sono riferibili alle molteplici modalità di recall. Il richiamo (recall) del cittadino da parte dell'operatore può essere efficacemente vicariato con moderni e potenti strumenti automatici di promemoria e richiesta di conferma (chiamate da operatore virtuale, SMS, e-mail).
- **Garanzia dei tempi massimi:** indica la situazione in cui l'utente accede al sistema di prenotazione con diritto a fruire della prestazione nell'ambito territoriale di garanzia e nei tempi massimi specifici per quella prestazione e per la classe di priorità assegnata dal prescrittore.
- **Giorno (o periodo) indice:** è il giorno (o l'arco temporale) in cui si effettua la rilevazione per le prestazioni ambulatoriali. È solitamente utilizzato nelle rilevazioni prospettiche o “ex- ante”.
- **GPO:** UO Governo percorsi Outpatient.
- **IC:** Infermiere Coordinatore.
- **Indice di pressione esterna** = totale utenti in attesa / offerta settimanale; Standard atteso: ≤ 4 per le visite e ≤ 8 per la diagnostica; è specifico per prestazione o per gruppi omogenei di prestazioni; è calcolato per il primo accesso.
- **ITACA:** UO Innovazione Tecnologica nell'Attività Clinico Assistenziali.
- **LP:** Libera Professione.
- **MMG:** Medico di Medicina Generale.
- **Modalità di prenotazione:** in riferimento alla modalità di accesso, sono comprese tutte le possibili tipologie di accesso alla prenotazione previste dall'Azienda sanitaria: sportelli di prenotazione, via telefonica, via telematica (farmacie, MMG collegati in rete con l'Azienda), via Internet, ecc.
- **Modalità di rilevazione ex-ante:** consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.
- **Modalità di rilevazione ex-post:** l'oggetto di rilevazione è il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta (data di contatto/prenotazione) la Struttura e la data di effettiva erogazione della prestazione.
- **Numero di persone in attesa:** è il numero di persone in attesa della prestazione, per lo specifico esame/intervento/procedura oggetto di monitoraggio (Par. 15.1 e 15.2), che risultano, nel momento della rilevazione, registrate presso le agende di tutti i servizi/reparti di ogni erogatore. Il conteggio viene fatto senza limiti di tempo, ovvero considerando anche le date più distanti o i casi che non hanno ancora nemmeno una data approssimativa.
- **Outbound:** telefonata in uscita da un centro servizi / call center. Il CUP effettua in outbound il recall dei prenotati per ridurre il numero di mancate presentazioni ed eventualmente ricollocare i posti così liberati, come anche per spostare e ricollocare gli appuntamenti nei casi di indisponibilità imprevista di tecnologie e competenze.
- **Overbooking:** prenotazione di posti eccedenti le ordinarie disponibilità prenotabili, da realizzarsi di norma attraverso un prolungamento delle sedute ambulatoriali.
- **PDTA:** Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale.



- **PAA:** Programma Attuativo Aziendale per la progettazione e realizzazione delle azioni previste dal Piano Nazionale e dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **PNGLA:** Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **PO Accoglienza:** Responsabile gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico.
- **PRGLA:** Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa.
- **PLS:** Pediatria di Libera Scelta.
- **Presa in carico:** ai fini del presente Programma attuativo del PRGLA, per “presa in carico” si intende la gestione della prescrizione e prenotazione delle prestazioni conseguenti al primo accesso, disciplinate dalla Del. GRT 1038/2005 e dai successivi Atti regionali. A titolo di esempio: a) **a fronte di una prescrizione di esame diagnostico**, lo Specialista ospedaliero prescrive su ricetta digitale del SSN, ove necessarie, solo le ulteriori indagini preliminari o complementari a quelle richieste, solo in caso di immediata necessità prescrive il trattamento terapeutico, fornisce al paziente la risposta scritta e rimanda l'assistito al curante; b) **a fronte di una prescrizione di visita specialistica**, lo Specialista ospedaliero prescrive su ricetta digitale del SSN, ove necessarie, ulteriori consulenze e/o accertamenti utili a definire il quadro clinico, fornisce al paziente la risposta scritta a conclusione dell'iter diagnostico, prescrive le eventuali visite di controllo, anche a distanza di tempo riportando il numero di mesi di latenza previsti o restituisce il paziente a curante; c) **a seguito di accesso al Pronto Soccorso**, lo Specialista del PS prescrive su ricetta elettronica SSN ulteriori accertamenti da erogare presso altre strutture ambulatoriali a completamento dell'accesso al PS, indicando se l'assistito è residente in Toscana il codice JRT per le prestazioni successive e conseguenti ad eventi trattati in PS in esenzione, suggerisce al curante eventuali ulteriori accertamenti riportandoli nella comunicazione/referto.
- **Prestazioni ad accesso diretto in senso lato:** in Arianna “**accettazione diretta**” l'utente accede con prescrizione medica ma senza fase di prenotazione e riceve immediatamente la prestazione (es.: prelievo per esami di laboratorio).
- **Prestazioni ad accesso diretto in senso stretto:** l'utente accede alla prestazione senza la ricetta medica e senza prenotazione (previste dalla Del GRT 493/2004).
- **Prestazioni oggetto del monitoraggio sui tempi di attesa:** sono state selezionate negli anni dal Ministero della salute, con i successivi piani nazionali, e integrate in Toscana con ulteriori prestazioni. Comprendono l'elenco riportato ai Par. 15.1 e 15.2.
- **Prima visita e visita di controllo:** nella **Prima visita** (codici LEA: 89.7, 89.13, 95.02, 89.26) “*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*” (PRGLA 2019-2021). Nella **Visita di controllo** (codice LEA: 89.01): “*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*” (PRGLA 2019-2021).
- **Primo accesso e presa in carico** – nel **primo accesso o primo contatto** il quesito diagnostico ipotizzato generalmente dal MMG/PLS necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nella prescrizione DEMA, nel campo tipo di accesso valorizzare con “**Primo accesso**”. Sono tali: “*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*” (PRGLA 2019-2021). La **presa in carico o prestazione successiva al primo accesso** gestisce le prestazioni solitamente richieste dal Medico specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione. Nella prescrizione DEMA, nel campo tipo di accesso valorizzare con “**Altra tipologia di accesso**”. Sono tali “*la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista; la visita o prestazione di controllo (follow-up)*” (PRGLA 2019-2021).
- **Punto di Accoglienza:** ha funzione di presa in carico globale dell'utente. Il Punto di padiglione afferisce al Centro Servizi del Nuovo Ingresso Careggi (NIC) o al SIP dell'edificio e garantisce al Poliambulatorio, o a più Poliambulatori, le attività di accoglienza, preferibilmente con un unico punto di accettazione, ove possibile tenuto conto delle dimensioni e delle peculiarità di ogni edificio.
- **QD - Quesito diagnostico:** è sempre obbligatorio nella prescrizione.
- **RA:** Responsabile Tecnico Amministrativo di Dipartimento.
- **RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei.** Il Piano Nazionale e quello Regionale promuovono tale modello, che individua categorie di attesa omogenee in base al quesito diagnostico per prestazioni specialistiche ambulatoriali; i contenuti clinici sono definiti in base ad accordi fra rappresentanti dei medici delle cure primarie e rappresentanti dei medici specialisti. In AV Centro nel 2011 e in altre 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. RT non ha recepito l'attuale versione dei RAO allegata al PNGLA.
- **Referente Unico per una determinata visita specialistica.** Il Referente Unico è individuato dal Direttore di Dipartimento, opera in rappresentanza e con piena delega del Direttore DAI e dei Direttori SOD coinvolti nell'erogazione e partecipa ai lavori della Cabina di Regia Ambulatoriale per riorganizzare l'offerta secondo le indicazioni del Regolamento ambulatoriale. Rappresenta tutte le SOD che erogano quella visita specialistica al Tavolo Operativo del Poliambulatorio, che include anche il Coordinatore del Poliambulatorio e il referente del SIP. Il Referente Unico si raccorda nel Dipartimento con il Direttore e Staff DAI e i con i Direttori SOD per le analisi preliminari, le modifiche organizzative e la successiva operatività quotidiana del poliambulatorio.
- **Ricetta:** è il documento, redatto da un Medico del SSN e valido su tutto il territorio nazionale, che consente l'accesso ordinario alle prestazioni del SSN. Con il Decreto MEF 2 novembre 2011 la vecchia “**Ricetta rossa cartacea**” è stata sostituita con la “**Ricetta**



dematerializzata (DEMA)”. Dal 1° luglio 2019, nella prescrizione DEMA delle prestazioni oggetto di monitoraggio PRGLA, in Toscana è obbligatorio indicare il “Tipo di accesso” (“Primo accesso” o “Altro tipo di accesso”, quest’ultimo corrisponde alla presa in carico)

- **RSD:** Responsabile Sanitario di Dipartimento.
- **Scelta dell’utente:** situazione nella quale l’utente, operando una scelta personale rispetto al luogo o al momento di erogazione della prestazione, determina una sostanziale variazione del tempo di attesa tale da comportare, ad esempio, il superamento del tempo massimo previsto.
- **Single Sign-On:** il SSO è l’autenticazione unica o identificazione unica, ovvero la proprietà di un sistema di controllo d’accesso che consente ad un utente di effettuare un’unica autenticazione valida per più sistemi software o risorse informatiche alle quali è abilitato.
- **SIP:** Servizi Integrati di Padiglione, vi afferiscono i punti di prenotazione
- **SOD:** Struttura Organizzativa Dipartimentale.
- **Tempo di prenotazione/contatto:** tempo che intercorre tra il momento la data di prescrizione e la data di contatto/prenotazione.
- **Tempo di attesa (TAT):** tempo che intercorre tra il momento della prenotazione e il momento dell’erogazione. Può essere calcolato con “modalità di rilevazione ex-ante” o “ex-post” (vedi).
- **Tempo di attesa effettivo o assoluto:** tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di appuntamento.
- **Tempo di attesa relativo:** tempo in giorni che intercorre tra la data di prenotazione e la data di prima disponibilità, anche non accettata.
- **Tempo massimo di attesa:** tempo massimo che può intercorrere tra la data della prenotazione e l’erogazione secondo gli standard del PRGLA.
- **Tipo di accesso:** indica se la prestazione richiesta si riferisce a **primo accesso** o a **presa in carico** (vedi).
- **Volumi erogati:** si riferiscono alla quantità complessiva di prestazioni ambulatoriali erogate, in un periodo specifico, in attività istituzionale e in attività libero-professionale intramuraria ed intramuraria allargata. I volumi erogati richiesti per l’attività istituzionale e per l’ALPI devono comprendere non solo le prime visite/prestazioni, ma l’insieme totale di esse, quindi anche i controlli; per l’attività istituzionale devono prevedere anche le prestazioni di *screening* e quelle erogate presso le strutture private accreditate.

4 CONTESTO DI RIFERIMENTO E MOTIVAZIONE

Avendo a riferimento il “[Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021](#)” siglato con l’Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, la Regione Toscana, con [Del. GR 604 del 6 maggio 2019](#) ha approvato il “[Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019 – 2021](#)”, che definisce i tempi massimi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed ospedaliera e individua elementi di tutela e di garanzia dell’equità di accesso per incrementare efficienza, appropriatezza, trasparenza e accesso diffuso dei cittadini alle informazioni sui loro diritti e doveri. La Regione Toscana, con [Del. GR 194/2019](#) ha previsto inoltre la “[Istituzione dell’Osservatorio regionale per i tempi di attesa](#)”.

Il Piano Regionale prevede che, “*entro 60 giorni dall’approvazione del Piano Regionale le Aziende Sanitarie devono adottare un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornare quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo all’invio dello stesso alla Regione che effettuerà un monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati*”.

Il Programma Attuativo è stato pertanto strutturato per applicare i nuovi indirizzi nazionali e regionali e proseguire le azioni già realizzate negli anni in Careggi sul tema del governo dell’attività ambulatoriale.

Il Governo dell’attività ambulatoriale rientra negli obiettivi di budget dei Direttori di struttura e, in particolare per la richiesta interna di accertamenti di diagnostica per immagini, sono definiti con i direttori SOD i volumi per specialistica delle tipologie di richieste.

L’AOU Careggi, infatti, già dal 2001 confluisce nel sistema di prenotazione di Area Metropolitana e rende disponibili, attraverso il circuito di prenotazione del [CUP Metropolitano \(840 003 003\)](#), contingenti di prestazioni di “**primo contatto**” prenotabili per i cittadini della Azienda USL Toscana Centro.



La **priorità clinica** era già adottata per esprimere il grado di “urgenza” o “differibilità” della prestazione prescritta. Dal **1° giugno 2019** deve essere **obbligatoriamente riportata** in un apposito campo della prescrizione SSN dematerializzata. Le agende con prestazioni di primo accesso esposte al CUP Metropolitano sono in parte prioritizzate ed offrono anche accessi di “Fast Track” in specifiche discipline, per gestire le priorità “U” (entro 72 ore) che vengono trattate senza invio al DEA ma con prenotazione diretta da parte del MMG.

Il D/903/163 “[Regolamento per la gestione dell’attività specialistica ambulatoriale](#)”, approvato con Provv. DG n. 202 del 5 aprile 2017, conteneva già le successive previsioni della Del. [GRT n. 750/2018](#) sulla [gestione operativa](#) e definiva i riferimenti per il governo dell’attività ambulatoriale aziendale; la pianificazione annuale dei volumi di produzione e della casistica da trattare, contrattualizzate in sede di negoziazione di budget con le macroarticolazioni aziendali; la programmazione, incentrata sulla Direzione Operativa; le modalità per realizzare l’equità di accesso all’offerta ambulatoriale aziendale; il sistema di regole volte a gestire separatamente il primo accesso delle prestazioni e la presa in carico dei percorsi di cronicità e follow-up; la prevalenza dell’attività istituzionale su quella libero professionale; l’efficiente impiego del personale di supporto, delle tecnologie e degli spazi fisici; il presidio sui singoli processi da parte di livelli di responsabilità identificati; la catena di trasmissione per gestire evenienze ordinarie e straordinarie di modulazione dell’attività.

L’AOUC Careggi non rende invece prenotabili al CUP-Met, ma provvede direttamente alla prenotazione delle quote di prestazioni, obbligatoriamente prescritte da specialisti interni all’AOUC ([DGRT 1038/2005](#)), riservate agli utenti ambulatoriali che già hanno avuto un primo contatto con i Servizi aziendali ambulatoriali, di Pronto Soccorso e di ricovero, per i quali la normativa regionale (DGRT 1080/2016) impone di garantire **percorsi ambulatoriali di “presa in carico”** (vedi definizione al Cap. 3) snelli e senza ulteriori attese, come realizzato ad esempio attraverso il CORD per i pazienti oncologici e in linea generale attraverso l’attribuzione di privilegi di accesso alla prenotazione diretta nelle agende delle diagnostiche strumentali e di visite specialistiche, da parte dei medici e degli altri operatori dei servizi ambulatoriali aziendali.

L’AOUC partecipa agli obiettivi di AV Centro fornendo anche accesso ai percorsi ambulatoriali complessi e coordinati (PACC) realizzati attraverso la modalità organizzativa del Day Service. La Direzione Aziendale ha dato ulteriore spunto alla definizione dei **PDTA** nelle principali patologie gestite in regime ambulatoriale o che prevedono una fase di gestione ambulatoriale, anche precedente il trattamento chirurgico in regime di ricovero, come accade nei percorsi oncologici. La definizione dei PDTA infatti è indispensabile per la strutturazione dei **Percorsi di Day Service**, il cui regolamento D/903/110 “[Il Day Service - modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata](#)” è stato aggiornato nel 2018, mentre nei primi mesi del 2019 [l’elenco dei PACC](#), con le singole schede informative e le modalità di accesso e di prenotazione, è stato pubblicato sul sito web aziendale nella specifica [sezione per i MMG](#) dedicata al Day Service.

La Direzione Aziendale ha confermato il mandato alla **Cabina di Regia Ambulatoriale**, prevista dal Regolamento, di estendere il processo di riorganizzazione già **avviato nel 2017** a tutte le discipline specialistiche. La Cabina di Regia rappresenta il **livello tattico** previsto dalla Del. GRT 750/2018 ed è costituita dalla UO Direzione Operativa, dalla UO Governo Percorsi Outpatient, da altre UO aziendali le cui funzioni sono ascrivibili alla gestione e al monitoraggio dell’attività ambulatoriale, dai medici di Direzione Sanitaria Responsabili Sanitari di Dipartimento, dai Responsabili Amministrativi di Dipartimento, degli infermieri Responsabili di

Piattaforma, in primis il Responsabile di Piattaforma Outpatient, e Coordinatori di AAA ambulatoriali, dai Responsabili della Libera Professione, delle Attività Amministrative aziendali, dell'accoglienza e accettazione.

Tutti i **Direttori di Dipartimento**, su richiesta del Direttore Sanitario, hanno individuato un elenco di medici, ciascuno dei quali è **Referente Unico per una determinata visita specialistica**. Il Referente Unico per ciascuna visita specialistica, opera in rappresentanza e con piena delega del Direttore DAI e dei Direttori SOD coinvolti nell'erogazione e partecipa ai lavori della Cabina di Regia Ambulatoriale per riorganizzare l'offerta secondo le indicazioni del Regolamento. Rappresenta inoltre tutte le SOD che erogano quella visita specialistica al **Tavolo Operativo del Poliambulatorio**, che rappresenta il **livello operativo** previsto dalla Del. GRT 750/2018 e che include anche il Coordinatore del Poliambulatorio e il referente del SIP. Il Referente Unico si raccorda nel Dipartimento con il Direttore e Staff DAI e i con i Direttori SOD per le analisi preliminari, le modifiche organizzative e la successiva operatività quotidiana del poliambulatorio.

La **Cabina di Regia Ambulatoriale** si riunisce settimanalmente in plenaria e incontra singolarmente ciascun **Referente Unico** per la **valutazione dei dati di attività**, con particolare riguardo al numero di prime visite e controlli e al loro reciproco rapporto, al numero di visite effettuate in regime libero professionale intramurario e al rapporto tra attività LP e istituzionale, considerando al contempo i tempi di attesa; questi dati vengono rapportati alla dotazione di personale e tecnologie per procedere alla **progettazione e l'avvio delle azioni di riorganizzazione** delle attività perseguendo:

1. la coerenza tra i turni di servizio del personale di comparto e del personale Medico (con avvio dell'ambulatorio non più tardi delle 8:00 e prosecuzione fino alle 19:00 circa);
2. l'utilizzo intensivo dei locali ambulatoriali e delle tecnologie 5,5 giorni a settimana;
3. la separazione delle quote di offerta di primo accesso e di presa in carico;
4. l'ampliamento, ove necessario e ove possibile, e la predisposizione della prenotabilità via CUP Metropolitano dell'offerta di visite strutturata per livelli di priorità (U, B, D, P);
5. la ristrutturazione dell'offerta interna per PS e percorsi ambulatoriali di presa in carico;
6. la rielaborazione in senso dipartimentale della configurazione delle agende, unificando per specialistica e talvolta per ambito clinico le agende di più SOD e riducendone di conseguenza il numero.

Nella sezione dedicata alla **trasparenza**, l'AOUC Careggi pubblica annualmente i [tempi medi di erogazione dei servizi](#) ed in particolare sono già disponibili i [tempi medi 2018 di erogazione delle prestazioni monitorate dal piano regionale dei tempi di attesa](#), aggiorna i [criteri di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali](#), in cui sono specificati i concetti di primo accesso e presa in carico, vengono dettagliate le classi di priorità e le modalità di accesso alla [Prenotazione di visite ed esami SSN](#) in AOUC tramite il [CUP-Metropolitano](#) e il [prelievo amico](#).

Nella stessa sezione dedicata alla trasparenza, il sito web riporta i link alle pagine che l'Azienda USL Toscana Centro rende disponibili per la consultazione i dati di attesa delle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali con indicazione dei [tempi medi effettivi di attesa per ciascun ambito territoriale di garanzia](#). La pagina collega inoltre i servizi web che Regione Toscana rende disponibili e mantiene costantemente aggiornati sull'apposito portale per la consultazione dei [Tempi di attesa ambulatoriali](#), dove è possibile visualizzare la [Percentuale di prestazioni di primo accesso garantite entro i tempi massimi regionali](#) prenotate in regime istituzionale per tutti i residenti dell'area vasta di riferimento; il portale mostra i giorni di attesa prospettati all'utente al momento della prenotazione e può essere interrogato selezionando il tipo (visite o prestazioni

ambulatoriali), la specifica prestazione (es. Visita chirurgia generale), la settimana di riferimento, l'Area Vasta e l'ambito geografico di interesse.

5 ASPETTI APPLICATIVI PARTICOLARI DEL PRGLA

5.1 STIMA DEL FABBISOGNO E ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

L'AOU Careggi, valutati anche i dati storici della prescrizione e produzione ambulatoriale e le strategie aziendali di sviluppo in seno al SSR e all'AV Centro, definisce il Piano delle prestazioni erogabili costituente l'offerta complessiva annuale, che riporta l'elenco e i volumi di prestazioni ambulatoriali programmati in risposta ai fabbisogni previsti e riferibili a prime visite, primi esami e prestazioni di presa in carico, controllo e follow-up.

La **prescrizione dematerializzata o elettronica da parte dei Medici AOUC** ammonta a circa il 90% delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale. Ne consegue che la **domanda AOUC** espressa in un dato periodo con la prescrizione è nota con ragionevole approssimazione. Tutta la domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali generata dai Medici prescrittori AOUC per utenti esterni è riferibile essenzialmente alla presa in carico. L'offerta specialistica prodotta dall'AOUC deve essere prioritariamente dedicata alla presa in carico per assicurare la gestione snella e agevole dei percorsi clinici outpatient. Ove la produzione specialistica AOUC per utenti esterni ecceda la domanda di presa in carico prescritta da specialisti AOUC, l'eccedenza può essere utilizzata per alimentare l'offerta di primo accesso prenotabile tramite il al CUP-Met. In caso contrario, il disavanzo deve essere colmato attraverso la negoziazione con la AUSL Toscana Centro di una eventuale offerta integrativa da mettere a disposizione dei servizi di Careggi.

La **quota di prestazioni di primo accesso**, che confluisce con quella dell'AUSL Toscana Centro, è dimensionata sulle prescrizioni di primo accesso dell'AV Centro e governata dall'Azienda Territoriale. Careggi vi contribuisce con l'offerta ambulatoriale esposta al CUP-Met.

La **quota di prestazioni di presa in carico**, in cui confluisce l'eventuale quota integrativa della AUSL Toscana Centro è dimensionata a partire dalla quantificazione dei volumi complessivamente prescritti dagli specialisti AOUC, come descritto analiticamente al Par. 6.5, ed è prenotabile attraverso circuiti interni aperti agli specialisti AOUC e, per la quota integrativa AUSL, con circuiti CUP-Met di secondo livello.

Stante la mission di AOU, una **quota dell'attività viene destinata a cittadini provenienti da aree regionali esterne all'AV Centro o da altre Regioni**. Questa quota viene definita a partire dalla valutazione dei volumi erogati a pazienti extra AV Centro, come dettagliato nell'analisi riportata al Par. 6.6.

5.2 SEPARAZIONE DEI CANALI E DEI FLUSSI DI ACCESSO

La possibilità di garantire il tempestivo accesso alle prestazioni è correlata alla capacità di qualificare le diverse espressioni della domanda. La **separazione dei primi accessi dagli accessi successivi**, permette di dimensionare separatamente i relativi fabbisogni, predisporre conseguentemente l'offerta e instradare la prenotazione attraverso canali distinti.

In particolare la corretta **gestione della presa in carico** (vedi Cap. 3) si realizza programmando le attività in specifiche agende, che devono essere aperte a scorrimento temporale con una visibilità almeno annuale, ovvero

sufficiente a prenotare gli appuntamenti di visite e altre prestazioni di approfondimento secondo la tempistica richiesta dal Medico.

La programmazione della presa in carico evita che il cittadino debba cercare autonomamente canali alternativi di prenotazione. **In assenza di presa in carico, infatti, il cittadino alla ricerca di appuntamenti impatta invariabilmente nel sistema CUP-Met impegnando conseguentemente l'offerta di primo accesso.** Questo fenomeno va contrastato in quanto, oltre a creare inutile disagio all'utente, alimenta il rumore di fondo del sistema delle liste di attesa. **La mancata gestione della presa in carico in ultima analisi inficia la programmazione per percorsi e impedisce il governo dei tempi di attesa.**

È da rimarcare che “**prima visita**” e “**primo accesso**” sono dimensioni diverse. “Prima visita” e “Visita di controllo” sono infatti tipi di prestazioni previste dal LEA Nazionale e dal Catalogo regionale il cui utilizzo è dettagliato al Par. 5.2.1. “Primo accesso” e “presa in carico” sono invece modalità di presentazione del paziente ai servizi sanitarie implicano precise e distinte modalità di gestione da parte di questi; il loro utilizzo è dettagliato al Par. 5.3.2. In linea generale un primo accesso implica sempre la prescrizione di una prima visita o prestazione diagnostica da parte del MMG/PLS mentre per una presa in carico può essere prescritta sia una visita di controllo o prestazione diagnostica che una prima visita, se di specialità diversa da quella cui afferisce il medico che ha erogato il primo accesso.

5.2.1 Utilizzo della “prima visita” e della “visita di controllo”

Nella **Prima visita** (codici LEA: 89.7, 89.13, 95.02, 89.26) “*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*” (PRGLA 2019-2021). La prima visita:

- È la modalità ordinaria attraverso la quale il paziente accede ad una Struttura specialistica per un nuovo problema clinico;
- È prescritta dal MMG come primo accesso e prenotata attraverso il CUP-Met su agende di primo accesso;
- Può essere prescritta dal Medico Specialista che ha bisogno di una consulenza di branca specialistica diversa da quella di appartenenza e in questo caso programmata attraverso i circuiti di presa in carico.

Nella **Visita di controllo** (codice LEA: 89.01): “*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*” (PRGLA 2019-2021).

- È la modalità ordinaria attraverso la quale una Struttura gestisce la presa in carico (vedi Cap. 3);
- È prescritta dal Medico Specialista per i controlli e il follow-up garantiti dalla SOD ed è prenotata direttamente dalla struttura contestualmente alla prescrizione attraverso agende di presa in carico;

5.3 GESTIONE DELLA DOMANDA

La predisposizione di tipologie e volumi di offerta proporzionati alla domanda appropriata può essere realizzata a condizione che quest'ultima sia nota. La domanda può essere conosciuta tempestivamente a condizione che tutti i Medici prescrittori aderiscano completamente all'utilizzo della **prescrizione dematerializzata** nella specialistica ambulatoriale e all'obbligo di indicare chiaramente il **quesito diagnostico**, l'appropriata **tipologia di accesso (primo accesso o presa in carico)** e, per le prestazioni oggetto di monitoraggio (Par. 15.1 e 15.2), la classe di **priorità** coerente con la gravità ed evolutività del quadro clinico.

5.3.1 Quesito Diagnostico

Nella prescrizione DEMA è **obbligatorio** indicare sempre, riferito all'insieme di prestazioni della stessa ricetta, il **quesito diagnostico**. Con il QD, riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta, il Medico prescrittore descrive al Medico erogatore il problema di salute che motiva la richiesta di effettuare la prestazione e definisce il probabile ambito di indagine. Dizioni quali “valutazione”, “approfondimento”, “controllo” non forniscono indicazioni utili se non seguite da ulteriore specifica dell'effettiva motivazione clinica.

5.3.2 Tipo di Accesso: Primo accesso o Prestazione successiva al primo accesso

Dal 1° giugno 2019 è obbligatorio indicare nella prescrizione con SIRE3 il tipo di accesso.

Nel **primo accesso o primo contatto** il quesito diagnostico ipotizzato generalmente dal MMG/PLS necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. È definita dal PRGLA come *“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 (vedi oltre, NdR); nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico”* (PRGLA 2019-2021). Agli Specialisti AOUC che si trovino a dover prescrivere una ulteriore prima visita specialistica di branca diversa al paziente visitato in primo accesso, si dà comunque indicazione di prescrivere utilizzando il tipo di accesso “Altra tipologia di accesso” e di programmare in ogni caso l'appuntamento nei tempi ritenuti congrui attraverso i circuiti di presa in carico.

Il primo accesso infatti è di norma prescritto dal MMG.

Nella **presa in carico o prestazione successiva al primo accesso** (vedi anche definizioni al Cap. 3) sono ricomprese le prestazioni solitamente richieste dal Medico Specialista di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con certezza di programmazione dei tempi di erogazione. È *“la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista; la visita o prestazione di controllo (follow-up)”* (PRGLA 2019-2021).

La presa in carico è solitamente prescritta dal Medico Specialista.

5.3.3 Codici di priorità

La classe di priorità, riferita all'insieme di prestazioni della stessa ricetta, qualifica la gravità e l'urgenza del quadro clinico dell'utente. È **obbligatoria** in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale monitorate dal PRGLA (si veda l'elenco ai Par. 15.1 e 15.2) ed è auspicabile la sua indicazione su tutte le prescrizioni. “Le



prestazioni di presa in carico successive al primo accesso devono essere tracciate con il codice di priorità P (programmata)” se previste entro i successivi 120 giorni, indicando “la tempistica di programmazione della prestazione di controllo espressa in mesi a partire dalla prescrizione” (PRGLA 2019-2021). Prestazioni di presa in carico da programmare oltre i 120 giorni non devono riportare la classe di priorità ma solo l’indicazione della tempistica (“tra 6 mesi”, “tra 12 mesi”). Per alcune specialistiche sono stati definiti in passato e sono utilizzabili i RAO - Raggruppamenti di Attesa Omogenei, che permettono di attribuire una specifica classe di priorità ad determinate condizione clinica.

| |
|---|
| 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 del paziente o influenza 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). |

5.4 PRIMO ACCESSO - PROSSIMITÀ E AMBITI TERRITORIALI DI GARANZIA

Il Piano Regionale definisce i tempi massimi di attesa per ciascuna prestazione monitorata. Le Aziende devono **assicurare i tempi massimi all’interno di precisi ambiti territoriali di erogazione** (Zona distretto, ex-ASL, Area Vasta), che costituiscono riferimento per la programmazione e la valutazione dei tempi di attesa nel rispetto degli standard SSR e sono esplicitati nell’ultima colonna delle tabelle ai paragrafi 15.1 e 15.2, (“Ambiti di garanzia”). “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 è di norma la Zona Distretto; tuttavia per alcune prestazioni, in considerazione dell’offerta disponibile, ogni singola Azienda deve definire un ambito geografico di garanzia assumendo un **bacino demografico** di riferimento, per ciascuna disciplina, 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 Ospedaliero-Universitaria di riferimento.”(PRGLA 2019-2021)

Per le **prestazioni con codice di priorità U** (Urgente) l’ambito di garanzia è assicurato nell’AV Centro attraverso il percorso gestionale di presa in carico “**Fast Track**”, che prevede da alcuni anni la prenotazione su agende dedicate di AOUC e AUSL-TC, attraverso un contatto diretto tra il MMG prescrittore e operatori dedicati, che rispondono ad un numero telefonico riservato del CUP-Met.

5.5 PRIMO ACCESSO - TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER CLASSI DI PRIORITÀ

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 territoriale di garanzia.

L’effettivo tempo di attesa, ovvero il numero di giorni che intercorre tra la data di prenotazione/contatto e quella di appuntamento/erogazione (vedi anche definizioni al Cap. 3), o di avvio dell’erogazione in caso di pacchetti o cicli, è valutato **ex post**, a consuntivo dopo l’erogazione della prestazione. Tuttavia, a fini di governo

dell'equilibrio tra domanda e offerta, è molto più utile la valutazione prospettica **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.**

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali (salvo quelle in Branca K “Laboratorio”), alcune delle quali sono oggetto di monitoraggio (Par. 15.1 e 15.2). In 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. Per le prestazioni 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** (PRGLA 2019-2021).

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

B (Breve), da eseguire entro **10 giorni**;

D (Differibile), entro **15/30 giorni** per le visite o **30/60 giorni** per gli accertamenti diagnostici; Per le prestazioni oggetto di monitoraggio prescritte in classe di priorità D, i tempi massimi sono esplicitati nella penultima colonna delle tabelle ai paragrafi 15.1 e 15.2 (“T max classe D”).

P (Programmata) da eseguire entro **120 giorni**

Non Indicato, i sistemi di prenotazione dovranno proporre l'offerta prevista per la classe di priorità D, senza modificare le informazioni contenute nella ricetta.

5.6 INDICAZIONI IN MERITO ALL'UTILIZZO CLASSE DI PRIORITÀ P

Il codice di priorità P **non è appropriato per le Visite di primo accesso**, ed è utilizzabile secondo il PRGLA solo in riferimento alle seguenti casistiche:

- 1) prestazioni di presa in carico, di controllo o follow-up (vedi definizioni al Cap. 3) di paziente con patologia cronica o il cui percorso diagnostico-terapeutico preveda la rivalutazione clinica e/o strumentale in tempi ricompresi entro i 120 giorni.
- 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.

5.7 PRESTAZIONI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il PNGLA e il PRGLA individuano **64 tipi di prestazioni ambulatoriali** (Par. 15.1) per le quali è attivato uno specifico monitoraggio. Queste prestazioni sono raggruppate in visite, prestazioni di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale. 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 accesso**; sono **escluse** dai monitoraggi tutte le prestazioni di **controllo** ascrivibili alla **presa in carico**, prescritte sulla DEMA come “Altro tipo di accesso”, e di **screening**. I 64 tipi di prestazioni del Piano corrispondono a 78 codici del Nomenclatore Regionale, ai quali

sono riferibili **oltre 250 voci del Catalogo Regionale** della specialistica ambulatoriale (Par. 15.2), tutte presenti nel Catalogo AOUC e prescrivibili con modalità DEMA in SIRE3.

6 ANALISI DELLE CRITICITÀ/PROBLEMI O BISOGNI SPECIFICI

6.1 APPLICATIVI ELETTRONICI

L'utilizzo degli strumenti elettronici è ormai universalmente diffuso nella pratica clinica ambulatoriale per:

- consultazione delle immagini diagnostiche e del dossier sanitario,
- compilazione e tenuta della documentazione clinica
- prescrizione dematerializzata di prestazioni specialistiche e farmaceutiche
- prenotazione degli appuntamenti successivi
- predisposizione dei successivi percorsi di gestione medici (Day Service) e chirurgici (PIC).

La gestione elettronica di queste attività ha permesso notevoli miglioramenti qualitativi, nelle dimensioni di tempestività, accuratezza, completezza, uniformità, accessibilità, delocalizzazione, tracciabilità. La gestione elettronica permette inoltre di conoscere per tempo la domanda e quindi monitorarne l'offerta.

Gli Specialisti, tuttavia, segnalano che **una quota sempre crescente del tempo in ambulatorio è assorbito da attività condotte al computer** limitando conseguentemente il tempo dedicato al paziente con rischio di deterioramento del rapporto, perdita di fiducia e aumento del contenzioso. Ciò nonostante tutti gli Specialisti sono consapevoli della insostituibilità del computer e della non delegabilità della prescrizione medica o della documentazione e consultazione degli atti clinici.

Tra le più frequenti segnalazioni dei professionisti, che è obiettivo portare a soluzione per agevolare la prescrizione e prenotazione, ci sono:

- malfunzionamenti, rallentamenti o blocco del sistema regionale di prescrizione elettronica SIRE3 (il sistema è gestito da RT ed ESTAR ICT)
- impossibilità di utilizzare contemporaneamente SIRE3 su due diverse postazioni (fondamentale per mantenere i tempi negli ambulatori che utilizzano due stanze adiacenti)
- necessità di utilizzare un applicativo diverso per ciascuna funzione (visualizzazione immagini e dossier personali, cartella clinica AOUC, prescrizione, prenotazione)
- utilizzo di credenziali di accesso diverse per ogni applicativo e con tempi di rinnovo diversi
- necessità di richiamare l'anagrafica del medesimo paziente in ciascun applicativo
- necessità di richiamare nell'applicativo di prenotazione le prestazioni già individuate nell'applicativo di prescrizione
- malfunzionamenti nella lettura dei dischetti di supporto dell'imaging clinico, spesso prodotti in ospedali che utilizzano SW molto diversi tra loro.
- difficoltà ad accedere alla visualizzazione delle disponibilità per settimana e per mese con accesso diretto alla prenotazione da tali schermate.

Tra le più frequenti segnalazioni degli operatori di sportello, che è obiettivo portare a soluzione per agevolare la gestione delle prenotazioni e del recall, ci sono:



- i) trasferimento del numero di telefono del paziente dall'applicativo del CUP-Met ad Arianna-CUP. L'allungamento dei periodi di visibilità/prenotabilità per la presa in carico (vedi Par. 8.5.1.3 e 8.5.1.4) impone un efficace servizio di recall per evitare il drop-out. Il recall si fonda sulla presenza del numero di telefono nella prenotazione. Ised-CUP lo trasmette ma Arianna-CUP non lo riceve. Probabilmente per vincoli lato AOUC, impostati per evitare sovrascritture dei dati telefonici raccolti in Arianna con dati esterni non necessariamente più aggiornati. Occorre dare mandato al Fornitore di recepire il numero trasmesso dal CUP-Met con delle regole (Es.: scrivi il n. telefono trasmesso da ISED nel primo campo per n. telefono vuoto di Arianna, solo se diverso da quello già presente in Arianna).

6.2 TEMPI DI ATTESA, QUALITÀ E EFFICACIA

La **tempestività di erogazione** è uno dei principali determinanti dell'**efficacia** diagnostica e terapeutica, giacché nessuna diagnosi e nessun trattamento realizzati tardivamente avranno efficacia confrontabile a quelli condotti tempestivamente. Ciò è vero sia nelle condizioni di urgenza che nelle altre situazioni a diversa priorità. La percezione da parte del paziente di una incompleta tempestività di gestione delle problematiche cliniche da parte del setting ambulatoriale è tra le principali cause di accesso inappropriato al setting di Pronto Soccorso.

6.3 PRESCRIZIONE MEDICA

La commistione della domanda e offerta di **primo accesso**, per la quale vanno garantiti i tempi massimi di attesa, con la domanda e offerta di **presa in carico** (vedi definizioni al Cap. 3 e modalità di utilizzo al Par. 5.3.2), per la quale vanno garantiti i percorsi di programmazione, è tale che la seconda tende ad occupare gli spazi erogativi del primo accesso, se non opportunamente instradata verso agende annuali a scorrimento giornaliero. **Per governare le liste di attesa del primo accesso occorre dunque che il Medico indichi nella “DEMA” il tipo accesso** (primo accesso per i MMG o presa in carico per i medici AOUC) **e avvii la programmazione della presa in carico**. Questo eviterà di sovradimensionare ed affollare la domanda di primo accesso.

Ancorché residuale, nel caso in cui venga utilizzata la **ricetta rossa non è possibile rendere obbligatoria al momento della prescrizione l'indicazione di primo o altro accesso** nella ricetta. Ne consegue che queste prescrizioni dovranno essere trattate come primo accesso nei casi in cui venga indicata la classe di priorità U, B o D e come altro accesso se la classe di priorità è P o assente.

La prescrizione dematerializzata di prestazioni specialistiche in Careggi costituisce circa il 90% del totale. Tuttavia questa quota varia sensibilmente a livello delle singole specialistiche e dei singoli professionisti. Le restanti prescrizioni, effettuate sulle vecchie “ricette rosse”, non sono utili per conoscere tempestivamente la domanda, in quanto vengono rilevate dai sistemi informativi solo al momento della prenotazione e accettazione. È fondamentale prescrivere con la modalità dematerializzata e poter incentivare questa modalità tramite una maggiore integrazione e una migliore fruibilità degli applicativi informatici utilizzati in ambulatorio.

La **mancata indicazione della classe di priorità nelle prescrizioni**, stante in questi casi l'indicazione regionale di gestire la prenotazione come in classe D, in mancanza dell'indicazione del tipo di accesso può distorcere l'utilizzo dell'offerta, impegnando impropriamente le quote di offerta di primo accesso in classe D.

6.4 ESPOSIZIONE DELLE AGENDE A CUP-MET

L'analisi dell'erogato 2018 su 119 agende di visite specialistiche esposte al CUP-Met e utilizzabili anche da soggetti prenotatori interni all'AOUC ha evidenziato che 70 agende erogano quote di prime visite superiori al 97%. Su tutte le 119 agende nel 2018 sono state erogate 50.797 visite, di cui 47.085 (93%) prime visite, comprensive di 25.285 monitorate dal PRGLA, e 3.712 controlli (7%) riferibili ad agende precedentemente a gestione interna e successivamente condivise con il CUP-Met. Nelle 154 agende esposte al CUP-Met, che comprendono le predette 119 agende di visite specialistiche e altre 35 agende di diagnostica strumentale e per immagini, **la quota prenotata dall'utente collettivo CUP-Met è pari a circa il 50% del totale**, essendo la restante quota impegnata da operatori interni riferibili ai Servizi ambulatoriali cui l'utenza si rivolge per la prenotazione di prestazioni di primo accesso. Quindi sulle agende esposte al CUP-Met si prenotano **essenzialmente** prime visite, intuitivamente riferibili a **primi accessi**.

Tuttavia la prenotazione di questi primi accessi con Arianna contempla solo l'erogatore Careggi e non permette di prospettare all'utente i possibili primi posti liberi a CUP di tutti gli altri erogatori AUSL e Privato accreditato dell'ambito territoriale di garanzia. Con Arianna, pertanto, la prima disponibilità dell'AOUC è l'unico primo posto libero prospettabile all'utente. Data la preferenza accordata a Careggi dai cittadini, il tempo di attesa AOUC può essere superiore agli standard del PRGLA e generare un evento a valutazione negativa nel flusso dei tempi di attesa. Tutti gli **appuntamenti per primo accesso prenotati direttamente** con Arianna non hanno infatti confronto con il TAT relativo e **generano in molti casi dati di prenotazione fuori tempo massimo, con conseguente peggioramento degli indicatori aziendali e regionali. Tale prassi rende inoltre difficoltoso l'utilizzo efficace del sistema di priorità da parte del CUP-Met**. Ne deriva la necessità di interdire la prenotazione tramite Arianna su queste agende di primo accesso, lasciando tale facoltà al Centro Servizi del NIC in quanto punto di prenotazione CUP-Met.

6.5 ANALISI DI COERENZA TRA DOMANDA AOUC E OFFERTA AOUC

Pur con le precisazioni e le riserve circa la completezza di utilizzo della “DEMA”, dettagliate al Cap. 6, è stata condotta l'analisi dei flussi informativi inerenti la prescrizione dematerializzata e la specialistica ambulatoriale **dei primi 4 mesi 2019 focalizzata sulle prestazioni monitorate dal PRGLA**, per **confrontare i volumi prescritti da Medici Specialisti AOUC e i rispettivi volumi erogati** sia su agende esposte a CUP-Met (**primo accesso**) che su agende non esposte a CUP-Met (**presa in carico**).

Sono stati analizzati anche i dati 2018, per il quale sono stati riscontrati valori di prescrizione elettronica e dematerializzata in crescendo dal mese di gennaio a quello di dicembre ma mediamente inferiori a quelli registrati nel primo quadrimestre 2019. Sono state quindi utilizzate solo le valutazioni condotte sui primi 4 mesi del 2019.

La Tabella 1 riporta i **volumi medi mensili** del primo quadrimestre 2019 per i 3 gruppi delle prestazioni monitorate. Nel gruppo delle **visite specialistiche** è emerso in linea generale un sostanziale margine di sicurezza (differenza tra erogato e prescritto pari al 65% dell'erogato): la produzione interna soddisfa la domanda interna di presa in carico (prescrizioni AOUC) e vi è una discreta eccedenza che giustifica la esposizione al CUP-Met di questa offerta differenziale di primo accesso. Nell'ambito delle **prestazioni di diagnostica**, strumentale e per immagini, a fronte di un complessivo bilanciamento tra i volumi prescritti e quelli erogati, il margine tra prescritto e erogato è inferiore, soprattutto sulla diagnostica per immagini (differenza tra erogato e prescritto pari



al 15% dell'erogato). Sono stati pertanto condotti ulteriori approfondimenti per accertare eventuali sbilanciamenti sulle singole prestazioni.

Tabella 1 Anno 2019 - VOLUMI MEDI MENSILI per gruppo di prestazioni monitorate. Volumi prescritti da medici AOUC e volumi erogati da AOUC su agende non CUP-Met (presa in carico) e CUP-Met (primo accesso)

| Raggruppamenti | Prescritto | Erogato MEDIA MENSILE (gen-apr) | | | Δ erogato - prescritto |
|---------------------------|---------------|---------------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|
| | | su agende presa in carico | su agende primo accesso | TOT | |
| Visite Specialistiche | 2.040 | 3.167 | 2.630 | 5.797 | 3.757 65% |
| Diagnostica per Immagini | 8.387 | 9.079 | 799 | 9.878 | 1.491 15% |
| Diagnostica Strumentale | 3.523 | 4.902 | 575 | 5.477 | 1.954 36% |
| Totale complessivo | 13.950 | 17.148 | 4.004 | 21.152 | 7.202 34% |

Di seguito si riporta la proiezione dei volumi per l'intero anno 2019.

Tabella 2 Anno 2019 - VOLUMI ANNO 2019 (PROIEZIONE) per gruppo di prestazioni monitorate. Volumi prescritti da medici AOUC e volumi erogati da AOUC su agende non CUP-Met (presa in carico) e CUP-Met (primo accesso)

| Raggruppamenti | Prescritto | Erogato anno 2019 (proiezione) | | | Δ erogato - prescritto |
|---------------------------|----------------|--------------------------------|-------------------------|----------------|------------------------|
| | | su agende presa in carico | su agende primo accesso | TOT | |
| Visite Specialistiche | 22.440 | 34.837 | 28.930 | 63.767 | 41.327 65% |
| Diagnostica per Immagini | 92.257 | 99.869 | 8.789 | 108.658 | 16.401 15% |
| Diagnostica Strumentale | 38.753 | 53.922 | 6.325 | 60.247 | 21.494 36% |
| Totale complessivo | 153.450 | 188.628 | 44.044 | 232.672 | 79.222 34% |

La Tabella 3 riporta i volumi medi mensili del primo quadrimestre 2019 disaggregati per le singole prestazioni monitorate. La produzione interna di visite specialistiche di norma eccede la prescrizione interna di presa in carico, fatta salva la visita dermatologica, disciplina non presente in AOUC. La produzione di prestazioni monitorate di diagnostica per immagini presenta invece un equilibrio più critico con la prescrizione interna e in particolare per alcuni gruppi di ECO, TC e RM non soddisfa le prescrizioni AOUC di presa in carico. Vi è una variabile eccedenza prescrittiva che giustifica la non esposizione al CUP-Met di questa offerta differenziale di primo accesso e che impone anzi di pianificare (contratto di servizio) con l'Azienda USL Toscana Centro la predisposizione e condivisione di ulteriori quote produttive specifiche da esporre alla prenotazione interna di Careggi, allo scopo di evitare che gli utenti con prescrizioni di presa in carico non soddisfatte internamente impattino sul sistema CUP-Met di primo accesso.

Tabella 3 Anno 2019 - VOLUMI MEDI MENSILI per singole prestazioni. Volumi prescritti AOUC e volumi erogati AOUC su agende non CUP-Met (presa in carico) e CUP-Met (primo accesso) con differenza tra prescritto e erogato.

| N | Gruppo | Cod | Prestazione | Volumi | Volumi erogati | Δ erogato - |
|---|--------|-----|-------------|--------|----------------|-------------|
|---|--------|-----|-------------|--------|----------------|-------------|



| N | Gruppo | Cod | Prestazione | Volumi prescritti AOUC | Volumi erogati | | | Δ erogato - prescritto |
|----|----------|---------|---------------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------------------|-------|------------------------|
| | | | | | su agende presa in carico | su agende primo accesso | TOT | |
| 49 | Immagini | 88.78 | Ecografia ostetrica | 402 | 835 | - | 835 | 433 |
| 50 | Immagini | 88.78.2 | Ecografia ginecologica | 7 | 26 | - | 26 | 19 |
| 51 | Immagini | 88.77.2 | Eco(color)dopplergrafia degli arti | 568 | 498 | 148 | 646 | 78 |
| 52 | Strument | 45.23 | Colonscopia destra o pancoloscopia | 90 | 106 | 57 | 163 | 73 |
| 52 | Strument | 45.23.1 | Colonscopia ileoscopia | 8 | 3 | 4 | 7 | -1 ← |
| 52 | Strument | 45.23.2 | Colonscopia ileoscopia con biopsia | 4 | 1 | - | 1 | -3 ← |
| 52 | Strument | 45.23.3 | Colonscopia in sedazione | 159 | 112 | 44 | 156 | -3 ← |
| 52 | Strument | 45.42.1 | Colonscopia in sedaz + polipectomia | 1 | - | - | - | -1 ← |
| 52 | Strument | 45.25.1 | Colonscopia in sedazione con biopsia | 8 | - | 1 | 1 | -7 ← |
| 52 | Strument | 45.42 | Colonscopipectomia crasso e retto | 2 | 5 | - | 5 | 3 |
| 53 | Strument | 45.24 | Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) | 7 | 4 | 2 | 6 | -1 ← |
| 53 | Strument | 45.24.1 | Sigmoidoscopia con biopsia | 5 | 6 | 5 | 11 | 6 |
| 54 | Strument | 45.13 | Esofagogastroduodenoscopia | 142 | 175 | 61 | 236 | 94 |
| 54 | Strument | 45.16 | Esofagogastroduodenosc con biopsia | 23 | 7 | 1 | 8 | -15 ← |
| 55 | Strument | 89.52 | Elettrocardiogramma | 1.846 | 2.144 | 375 | 2.519 | 673 |
| 56 | Strument | 89.50 | Elettrocardiogr dinamico (Holter) | 258 | 378 | - | 378 | 120 |
| 57 | Strument | 89.41 | Test da sforzo con pedana mobile | 3 | 26 | - | 26 | 23 |
| 57 | Strument | 89.43 | Test da sforzo con cicloergometro | 152 | 190 | - | 190 | 38 |
| 58 | Strument | 89.44 | Altri test cardiovascolari da sforzo | 2 | 1 | - | 1 | -1 |
| 59 | Strument | 95.41.1 | Esame audiometrico tonale | 197 | 246 | 6 | 252 | 55 |
| 60 | Strument | 89.37.1 | Spirometria semplice | 19 | 12 | 3 | 15 | -4 ← |
| 61 | Strument | 89.37.2 | Spirometria globale | 298 | 319 | 13 | 332 | 34 |
| 62 | Strument | 95.11 | Fotografia fundus | 75 | 127 | 2 | 129 | 54 |
| 63 | Strument | 95.09.1 | Esame fundus oculi | 77 | 76 | 1 | 77 | 0 ← |
| 64 | Strument | 93.08.1 | Elettromiografia semplice [EMG] | 147 | 964 | - | 964 | 817 |

La Tabella 4 riporta i **volumi medi mensili** del primo quadrimestre **2019** per le prestazioni monitorate caratterizzate da una produzione AOUC non sufficiente a bilanciare la prescrizione AOUC. Nell'ultima colonna sono riportati i totali per ciascuna prestazione, raggruppate in classi (DERMatologia, TC, RM ECOgrafia, ENDOscopia digestiva) e maggiorati del 10% per ricomprendere anche la quota presumibilmente prescritta con la vecchia ricetta rossa cartacea non elettronica. Per queste classi è stato pianificato con l'Azienda USL Toscana Centro la predisposizione e condivisione di ulteriori quote produttive specifiche esposte alla prenotazione di presa in carico di Careggi.

Tabella 4 Anno 2019 – PRESTAZIONI CRITICHE - VOLUMI MEDI MENSILI prescritti AOUC e volumi erogati AOUC per prestazioni TC, RM, ECOgrafie e ENDOscopie digestive, con differenza tra prescritto e erogato

| Cod | Prestazione | Volumi prescritti "DEMA" AOUC | Volumi erogati ad esterni AOUC | Medie mensili del Δ erogato - prescritto +10% "non DEMA" |
|------|----------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|
| 1080 | Visita Dermatologica | 90 | - | -100 DERM: -100 |



| Cod | Prestazione | Volumi prescritti "DEMA" AOUC | Volumi erogati ad esterni AOUC | Medie mensili del Δ erogato - prescritto +10% "non DEMA" | |
|---------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--|--------------|
| 87.41 | TC torace | 357 | 281 | -84 | TC: -415,14 |
| 87.41.1 | TC torace MDC | 1.086 | 975 | -123 | |
| 88.01.1 | TC addome superiore | 3 | 2 | -1 | |
| 88.01.2 | TC addome superiore MDC | 18 | 14 | -4 | |
| 88.01.5 | TC addome completo | 51 | 48 | -3 | |
| 88.01.6 | TC addome completo MDC | 979 | 848 | -145 | |
| 87.03 | TC capo | 65 | 52 | -14 | |
| 87.03.1 | TC capo MDC | 275 | 243 | -36 | |
| 88.38.2 | TC rachide e speco vertebrale MDC | 6 | 3 | -3 | |
| 88.91.2 | RM encefalo e tronco MDC | 297 | 232 | -72 | RM: -205,35 |
| 88.91.B | RM encefalo e tronco MDC, anni 0-10 | 8 | - | -9 | |
| 88.93 | RM colonna | 143 | 90 | -59 | |
| 88.93.1 | RM colonna MDC | 74 | 55 | -21 | |
| 88.94.1 | RM muscoloscheletrica | 131 | 91 | -44 | |
| 88.71.4 | Diagnostica ecografica capo e collo | 418 | 331 | -97 | ECO: -614,94 |
| 88.74.1 | Ecografia addome superiore | 388 | 271 | -130 | |
| 88.75.1 | Ecografia addome inferiore | 197 | 180 | -19 | |
| 88.76.1 | Ecografia addome completo | 911 | 586 | -361 | |
| 88.73.2 | Ecografia mammella monolaterale | 33 | 25 | -9 | |
| 45.23.1 | Colonscopia ileoscopia | 8 | 7 | -1 | ENDO: -34,41 |
| 45.23.2 | Colonscopia ileoscopia con biopsia | 4 | 1 | -3 | |
| 45.23.3 | Colonscopia in sedazione | 159 | 156 | -3 | |
| 45.42.1 | Colonscopia in sedaz + polipectomia | 1 | - | -1 | |
| 45.25.1 | Colonscopia in sedazione con biopsia | 8 | 1 | -8 | |
| 45.24 | Sigmoidoscopia (colonscopia sinistra) | 7 | 6 | -1 | |
| 45.16 | Esofagogastroduodenosc con biopsia | 23 | 8 | -17 | |

6.6 PRESTAZIONI EROGATE A UTENTI EXTRA REGIONE E STRANIERI

In aderenza al dettato costituzionale e alla propria mission, Careggi accoglie i bisogni sanitari di utenti provenienti anche da aree geografiche esterne alla Regione Toscana e da Stati esteri. Le tabelle seguenti riportano i dati elaborati per gruppi (visite, immagini, strumentale) e per singole prestazioni PNGLA con un focus su volumi e quote di prestazioni erogati a cittadini della Toscana, a cittadini italiani provenienti da altre regioni e a utenti stranieri.

Sono riportate in Tabella 5 le medie mensili delle prestazioni erogate nel primo quadrimestre 2019 e in Tabella 6 la proiezione su questa base dei volumi per l'intero anno 2019. Per ciascun gruppo i dati sono stati inoltre esplosi nei due sottogruppi di agende dedicate al **primo accesso** (aperte alla prenotazione CUP-Met) e alla **presa in carico** (prenotazione esclusiva AOUC).

Tabella 5 Anno 2019 - VOLUMI MEDI MENSILI per gruppi di prestazioni (medie gennaio-aprile 2019). Volumi erogati a utenti toscani, di altre regioni e stranieri, su agende CUP-Met (primo accesso) e non CUP-Met (presa in carico).

| Gruppo | Tipo agenda | RT | | Extra RT | | Stati esteri | | TOT |
|-------------|---------------------------|---------------|--------------|------------|-------------|--------------|-------------|---------------|
| | | Volumi | % | Volumi | % | Volumi | % | |
| Visite | Primo accesso | 2.505 | 95,3% | 106 | 4,0% | 17 | 0,6% | 2.628 |
| | Presa in carico | 3.566 | 92,5% | 242 | 6,3% | 47 | 1,2% | 3.855 |
| | Visite Totale | 6.071 | 93,6% | 348 | 5,4% | 64 | 1,0% | 6.483 |
| Immagini | Primo accesso | 773 | 96,7% | 21 | 2,6% | 5 | 0,6% | 799 |
| | Presa in carico | 8.681 | 95,7% | 359 | 4,0% | 35 | 0,4% | 9.075 |
| | Immagini Totale | 9.454 | 95,7% | 380 | 3,8% | 40 | 0,4% | 9.874 |
| Strumentale | Primo accesso | 545 | 95,1% | 23 | 4,0% | 5 | 0,9% | 573 |
| | Presa in carico | 4.663 | 95,2% | 220 | 4,5% | 16 | 0,3% | 4.899 |
| | Strumentale Totale | 5.208 | 95,2% | 243 | 4,4% | 21 | 0,4% | 5.472 |
| Tot | | 20.733 | 95,0% | 971 | 4,4% | 125 | 0,6% | 21.829 |

Ad **utenti extra regione** vengono mediamente erogate 971 prestazioni al mese, tra visite e prestazioni diagnostiche (4,4% del totale generale). Per singola macroclasse: 348 prime visite al mese (5,4% delle prime visite totali) di cui 106 su agende per CUP-Met (4,0% delle prime visite erogate su agende CUP-Met); 380 prestazioni di diagnostica per immagini al mese (3,8% delle prestazioni complessive) di cui 21 su agende per CUP-Met (2,6% delle prestazioni erogate su agende CUP-Met); 243 prestazioni di diagnostica strumentale al mese (4,4% delle prestazioni complessive) di cui 23 su agende per CUP-Met (4,0% delle prestazioni erogate su agende CUP-Met). Volumi sensibilmente inferiori vengono erogati ad **utenti stranieri**, mediamente 125 prestazioni al mese, tra visite e prestazioni diagnostiche (0,6% del totale generale).

Tabella 6 Anno 2019 - VOLUMI ANNUALI PREVISTI per gruppi di prestazioni. Volumi erogati a utenti toscani, di altre regioni e stranieri, su agende CUP-Met (primo accesso) e non CUP-Met (presa in carico).

| Gruppo | Tipo agenda | RT | | Extra RT | | Stati esteri | | TOT |
|-------------|---------------------------|----------------|--------------|---------------|-------------|--------------|-------------|----------------|
| | | Volumi | % | Volumi | % | Volumi | % | |
| Visite | Primo accesso | 28.802 | 95,3% | 1.213 | 4,0% | 193 | 0,6% | 30.208 |
| | Presa in carico | 41.003 | 92,5% | 2.783 | 6,3% | 535 | 1,2% | 44.321 |
| | Visite Totale | 69.805 | 93,7% | 3.996 | 5,4% | 727 | 1,0% | 74.529 |
| Immagini | Primo accesso | 8.887 | 96,7% | 242 | 2,6% | 58 | 0,6% | 9.186 |
| | Presa in carico | 99.829 | 95,7% | 4.129 | 4,0% | 403 | 0,4% | 104.360 |
| | Immagini Totale | 108.715 | 95,7% | 4.370 | 3,8% | 460 | 0,4% | 113.545 |
| Strumentale | Primo accesso | 6.262 | 95,2% | 259 | 3,9% | 60 | 0,9% | 6.581 |
| | Presa in carico | 53.627 | 95,2% | 2.524 | 4,5% | 178 | 0,3% | 56.330 |
| | Strumentale Totale | 59.889 | 95,2% | 2.783 | 4,4% | 239 | 0,4% | 62.911 |
| Tot | | 238.409 | 95,0% | 11.149 | 4,4% | 1.426 | 0,6% | 250.985 |

È stato indagato il dettaglio per singola prestazione monitorata. La Tabella 7 riporta i volumi e le quote medie mensili (dai dati gennaio-aprile) erogate a utenti toscani, di altre regioni e stranieri. Le Prime Visite Specialistiche, in particolare, rappresentano la porta di accesso ai percorsi ambulatoriali dell'AOUC e l'analisi per singola visita ha può evidenziale eventuali ambiti disciplinari maggiormente attrattivi per utenti extra RT e stranieri. Tra queste spicca la visita ginecologica, che risulta per numero assoluto di erogazioni (67) e per percentuale sul totale (14,0%) quella maggiormente fruita da utenti extra RT e straniera. Le altre visite, sia per gli



| N Gruppo | Cod | Prestazione | RT | | Extra RT | | Stati esteri | | TOT | |
|----------|----------|-------------|--------------------------------------|----------------|--------------|---------------|--------------|--------------|-------------|----------------|
| | | | Volumi | % | Volumi | % | Volumi | % | | |
| 56 | Strument | 89.50 | Elettrocardiogr dinamico (Holter) | 4.261 | 98,0% | 78 | 1,8% | 9 | 0,2% | 4.348 |
| 57 | Strument | 89.41 | Test da sforzo con pedana mobile | 285 | 96,9% | 9 | 3,1% | 0 | 0,0% | 294 |
| 57 | Strument | 89.43 | Test da sforzo con cicloergometro | 2.122 | 97,0% | 63 | 2,9% | 3 | 0,1% | 2.188 |
| 58 | Strument | 89.44 | Altri test cardiovascolari da sforzo | 3 | 50,0% | 3 | 50,0% | 0 | 0,0% | 6 |
| 59 | Strument | 95.41.1 | Esame audiometrico tonale | 2.749 | 95,1% | 124 | 4,3% | 17 | 0,6% | 2.890 |
| 60 | Strument | 89.37.1 | Spirometria semplice | 158 | 94,6% | 9 | 5,4% | 0 | 0,0% | 167 |
| 61 | Strument | 89.37.2 | Spirometria globale | 3.677 | 96,3% | 135 | 3,5% | 6 | 0,2% | 3.818 |
| 62 | Strument | 95.11 | Fotografia fundus | 1.331 | 89,6% | 155 | 10,4% | 0 | 0,0% | 1.486 |
| 63 | Strument | 95.09.1 | Esame fundus oculi | 857 | 97,4% | 23 | 2,6% | 0 | 0,0% | 880 |
| 64 | Strument | 93.08.1 | Elettromiografia semplice [EMG] | 10.635 | 95,9% | 385 | 3,5% | 66 | 0,6% | 11.086 |
| | | | | 231.696 | 95,0% | 10.845 | 4,4% | 1.252 | 0,5% | 243.794 |

7 OBIETTIVO GENERALE

Il **Programma Attuativo Aziendale (PAA)** ha l'obiettivo generale di applicare le previsioni e gli indirizzi del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa all'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale per garantire equità di accesso alle prestazioni. L'organizzazione efficiente dei servizi ambulatoriali, l'appropriatezza nella prescrizione dematerializzata e la separazione dei canali e meccanismi di gestione della domanda di primo accesso e di presa in carico, sono indispensabili per predisporre e utilizzare correttamente quote di offerta coerenti con la tempestività erogativa necessaria.

8 OBIETTIVI SPECIFICI

8.1.1.1 *Regolamento Specialistica Ambulatoriale*

I seguenti obiettivi sono finalizzati al conseguimento degli obiettivi regionali sui tempi di attesa e, in questo senso, integrano quelli già previsti dal D/903/163 "[Regolamento per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale](#)" approvato con Provv. DG n. 202 del 5 aprile 2017, al quale si rimanda in particolare per imprimere l'organizzazione delle attività ambulatoriali a criteri di efficienza.

8.2 EFFICIENZA DI UTILIZZO DEGLI STRUMENTI ELETTRONICI

8.2.1.1 *Efficienza del PC e integrazione degli applicativi*

In riferimento a quanto dettagliato al Par. 6.1, la UO ITACA coordina gli adeguamenti inerenti le tecnologie sanitarie mentre la UO Sviluppo Innovazione e BPR presidia l'ambito delle tecnologie informatiche (ICT). Per quanto attiene quest'ultimo ambito, è già in corso la sostituzione e aggiornamento delle postazioni di lavoro; il noleggio è stato individuato come strategia di acquisizione dell'hardware il noleggio, che consente di cambiare i PC dopo 3 anni, evitando gli annosi problemi di obsolescenza. La previsione è di cambiare circa il 60% delle postazioni di lavoro nei prossimi 2 anni. Quanto alla segnalata lentezza degli applicativi, la strategia aziendale è di migrare le attività dalle macchine fisiche alle macchine virtuali del TIX (Tuscany Inter Exchange, ovvero il cloud pubblico di RT). Questa strategia prevede di valutare la virtualizzabilità dei software e di definire

allo scopo specifici piani di upgrade. La migrazione al TIX garantisce inoltre una maggiore affidabilità in termini di business continuity al verificarsi di criticità e una maggiore sicurezza in termini di disaster recovery. Le comunicazioni con il TIX sono garantite da dorsali dedicate in fibra ottica a banda ultralarga ridondate (percorsi fisici di backup).

Quanto all'utilizzo di un gran numero di credenziali di accesso, specifiche di ciascun SW, Careggi da tempo sta orientando il login verso l'utilizzo delle credenziali di dominio. L'utilizzo sistematico delle credenziali di dominio permetterà infatti di adottare la logica del Single Sign-On (vedi definizioni Cap. 3).

L'aggiudicazione dell'interoperabilità dei tre PACS regionali, che avrà effetti nel 2020, permetterà non solo di scambiare i dati sanitari tra le Aziende afferenti ad Aree Vaste diverse e non precedentemente comunicanti ma anche di ridurre sensibilmente l'utilizzo di supporti CD per il trasferimento e la consultazione delle immagini, rendendo possibili forme di teleconsulto e realizzando meccanismi di importazione standardizzata di immagini prodotte anche in strutture sanitarie non SSN.

Il miglioramento continuo degli applicativi e delle relative **integrazioni è fondamentale** per supportare i processi ambulatoriali con particolare riguardo alla **prescrizione** dematerializzata e alla **prenotazione** delle prestazioni successive al primo accesso.

Il **SW della cartella ambulatoriale è al momento in fase di aggiornamento**: è in corso il test e rilascio dell'integrazione finalizzata a **chiamare in contesto SIRE3** trasferendogli i dati del medico redattore della cartella e prescrittore della ricetta DEMA e i dati del paziente in visita destinatario della prescrizione, con possibilità di ampliare eventualmente le attuali specifiche di integrazione ad ulteriori funzionalità (profili di prescrizione SIRE3).

Il SW della cartella ambulatoriale sarà messo in condizione successivamente di invocare i servizi bidirezionali esposti da **Arianna-CUP** per procedere con la prenotazione sul sottoinsieme di agende autorizzate per quello specifico medico.

8.3 ACCURATEZZA NELLA PRESCRIZIONE

8.3.1.1 Prescrizione dematerializzata

Anche in riferimento a quanto esaminato al Par. 6.3, ogni Medico del SSN prescrive con la modalità dematerializzata. Il LEA ambulatoriale toscano coincide con l'insieme delle prestazioni del Catalogo Regionale della specialistica ambulatoriale e questo catalogo è parte del Catalogo AOUC. L'applicativo di prescrizione dematerializzata SIRE3 consente di prescrivere tutte le prestazioni del Catalogo RT. Non vi sono pertanto impedimenti a raggiungere il 100% di prescrizioni specialistiche ambulatoriali ai cittadini toscani con la modalità dematerializzata. La **prescrizione dematerializzata da parte dei Medici AOUC** è obiettivo nazionale e regionale e costituisce la premessa per la quantificazione del fabbisogno interno di prestazioni di presa in carico (vedi Cap. 3), preliminare alla costruzione dell'offerta, con erogatori interni e, tramite l'AUSL Toscana Centro, con erogatori esterni. La prescrizione dematerializzata è obiettivo del singolo Dirigente Medico, del Direttore SOD e del Direttore DAI e i dati della prescrizione costituiscono elemento specifico di valutazione.

8.3.1.2 Prescrizione con Quesito Diagnostico

Nella prescrizione DEMA per il Medico è **obbligatorio** indicare sempre, riferito all'insieme di prestazioni della stessa ricetta, il **quesito diagnostico**. Con il QD, riferito all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta, il Medico prescrittore descrive al Medico erogatore il problema di salute che motiva la richiesta di effettuare la prestazione e definisce il probabile ambito di indagine. Dizioni quali “valutazione”, “approfondimento”, “controllo” non forniscono indicazioni utili se non seguite da ulteriore specifica dell'effettiva motivazione clinica.

8.3.1.3 Prescrizione con “Tipo di Accesso” appropriato

Anche in riferimento a quanto esaminato al Par. 6.3, il Medico deve indicare sempre il tipo di accesso nella prescrizione per separare i flussi e i canali di prenotazione. Il tipo di accesso è **obbligatorio** nella DEMA dal 1° giugno 2019, riferito all'insieme di prestazioni della stessa ricetta. Si veda il capitolo 3 per le definizioni di “Primo accesso” e “Prestazione successiva al primo accesso” e si vedano il Cap. 5.2 e in particolare il Par. 5.3.2 per le indicazioni operative di utilizzo. In linea generale, gli specialisti AOUC prescrivono prestazioni di **presa in carico** (nella DEMA “altro tipo di accesso”), in quanto programmano visite o accertamenti ulteriori a pazienti giunti a Careggi con primo accesso. Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione (DGRT 1038/2005) e prenotate prima che l'utente esca dalla struttura.

8.3.1.4 Prescrizione con Codici di Priorità

Anche in riferimento a quanto esaminato al Par. 6.3, la classe di priorità, riferita all'insieme di prestazioni della stessa ricetta è **obbligatoria** in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio (Par. 15.1 e 15.2). È doveroso utilizzare la **priorità appropriata alla condizione clinica** del paziente e non alla presunta disponibilità di appuntamenti del sistema di prenotazione.

Ove definiti è possibile fare riferimento ai RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei, ovvero condizioni cliniche che permettono di ascrivere quel caso ad una specifica classe di priorità). Nell'Area Vasta Centro, negli anni scorsi furono definiti alcuni RAO e resi fruibili nei principali applicativi in uso da parte dei MMG, permettendo in questo modo di uniformare l'utilizzo delle priorità da parte dei prescrittori.

Le prestazioni di presa in carico (nella DEMA, campo tipo di accesso = “Altra tipologia di accesso”) possono essere tracciate con priorità P se da realizzarsi entro i successivi 120 giorni, indicando comunque sulla prescrizione la tempistica di programmazione della prestazione di controllo in mesi (vedi anche Par.5.6). Prestazioni di presa in carico da programmare oltre i 120 giorni non devono riportare la classe di priorità ma solo l'indicazione della tempistica (“tra 6 mesi”, “tra 12 mesi”).

8.4 DATA WAREHOUSING

8.4.1.1 Predisposizione analisi dati per supporto decisionale

La UO Controllo Direzionale coordina e realizza la predisposizione delle basi dati specifiche, l'integrazione del BO aziendale con i dati di occupazione/disponibilità delle agende Arianna-CUP, la messa a punto di strumenti per l'analisi interna delle attività prescrittive dei Medici AOUC e della produzione

ambulatoriale, anche focalizzate sulle prestazioni monitorate dal PNGLA/PRGLA, e per il monitoraggio del Programma Attuativo.

8.5 PROGRAMMAZIONE DELL'OFFERTA

La programmazione dell'offerta prevede la predisposizione delle **quote da riservare alla presa in carico**, al **secondo livello** e ad utenti **extra AV** (Vedi analisi dei relativi volumi al Par. 6.6) per la **separazione** di questi flussi da quelli di **primo accesso**. Il primo accesso è reso disponibile su agende prioritarie esposte a CUP-Met e **precluse alla prenotazione interna**.

8.5.1.1 Programmazione delle agende per prestazioni di accesso successivo al primo

I volumi specifici per prestazione prescritti dagli Specialisti AOUC costituiscono la domanda interna di prestazioni di “accesso successivo al primo”, ovvero di presa in carico. Questa domanda è nota e può essere espressa quantificando i volumi di ciascuna prestazione complessivamente prescritti. Per soddisfare questo fabbisogno di presa in carico, la **Cabina di Regia Ambulatoriale** deve, su indicazione della Direzione Aziendale, fornire ai **Direttori DAI e ai Direttori SOD** il supporto per **dimensionare conseguentemente l'offerta ambulatoriale in agende accessibili alla prenotazione interna**. In funzione delle capacità produttive interne, specifiche per tipo di prestazione, e con riferimento soprattutto agli ambiti della diagnostica per immagini e strumentale, l'analisi potrà evidenziare situazioni di **equilibrio** tra il fabbisogno interno e l'offerta interna o situazioni di disavanzo nei due sensi. Potrà infatti determinarsi, in riferimento alla domanda espressa dalle prescrizioni di specialisti AOUC, una **eccedenza** o una carenza di produzione ovvero di disponibilità di appuntamenti. Nel primo caso l'eccedenza di produzione potrà essere resa disponibile al CUP-Met o riconvertita in altre attività carenti. In caso di **carenza**, valutate eventuali possibili riconversioni, occorrerà acquisire dall'Azienda USL Toscana Centro, tramite il circuito CUP-Met, la possibilità di prenotare direttamente quote di prestazioni opportunamente dimensionate, anche per evitare che il cittadino venga impropriamente indirizzato verso le disponibilità di primo accesso dei sistemi di prenotazione dell'Azienda Territoriale.

L'offerta per la prenotazione interna di prestazioni di presa in carico, deve essere resa disponibile attraverso agende accessibili alla prenotazione diretta da parte dei medici, infermieri e amministrativi degli ambulatori e dei punti di prenotazione aziendali. Queste agende potranno prevedere quote di prestazioni (“slot”, “fasce”) vincolate a specifici ambulatori/discipline o accessibili indistintamente a tutti i prenotatori aziendali.

8.5.1.2 Negoziazione con AUSL Toscana Centro

La Direzione Aziendale, anche tramite la Direzione Sanitaria e le sue articolazioni, valutati i volumi prescritti e prodotti per le prestazioni monitorate dal PRGLA messi tra loro in relazione con l'analisi di coerenza riportata al Par. 6.5, negozia con AUSL Toscana Centro le quote di prestazioni AOUC da esporre a CUP-Met e le quote di prestazioni AUSL da esporre alla prenotazione AOUC della presa in carico.

8.5.1.3 Agende di prenotazione per la presa in carico aperte con visibilità minimo 400 giorni a scorrimento giornaliero (“Scrolling”).

Il corretto collocamento delle prestazioni programmate a medio termine, quali i controlli e il follow-up, richiede agende con visibilità almeno annuale, che si aggiornino con frequenza quotidiana aggiungendo ogni

giorno un ulteriore giorno prenotabile. Lo stesso principio vale anche per le agende per prestazioni di primo accesso. Il periodo di visibilità/prenotabilità di ogni agenda viene stabilito a **minimo 400 giorni**. Tale periodo consente infatti di collocare agevolmente i controlli previsti ad un anno. Eventuali ambiti di attività caratterizzati da particolari modalità di programmazione che richiedono tempi più lunghi potranno adottare periodi di visibilità maggiori. La Sanitaria, tramite il **Responsabile Sanitario di Dipartimento**, autorizza le sole modifiche alle agende coerenti con i criteri sopra definiti.

8.5.1.4 Proibite per legge le Agende Chiuse

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 è vietato dalla Legge 23 dicembre 2005, n. 266, art. 1, comma 282 (Finanziaria 2006).

Il PRGLA impone che le Direzioni Aziendali vigilino 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. La Direzione Sanitaria, tramite il **Responsabile Sanitario di Dipartimento**, autorizza le sole modifiche alle agende coerenti con i criteri sopra definiti.

8.5.1.5 Costanza di apertura delle agende e di erogazione dell'attività

Il **Direttore SOD** ha la responsabilità di organizzare le attività dei Dirigenti Medici da lui coordinati per garantire la costanza di apertura delle agende e la costanza di erogazione delle relative attività sanitarie rivolte alle prestazioni di primo accesso e alle prestazioni di accesso successivo al primo anche erogate in favore di altre SOD e non direttamente prenotate. Gli equilibri tra la domanda e l'offerta finalizzati al mantenimento degli standard dei tempi di attesa previsti dal PRGLA e al mantenimento dell'efficienza di erogazione dei percorsi di presa in carico impongono infatti di poter operare su una **programmazione costante**. Maggiori margini operativi sono ammessi sulle agende di appuntamenti per visite di controllo e per prestazioni direttamente erogate dalla SOD in favore di pazienti direttamente gestiti e direttamente prenotati, sempre che questo non comporti aggravio per il personale di prenotazione.

Il **Direttore DAI**, il **Responsabile ADO** e il **Responsabile Unit** assumono tale responsabilità per le attività a gestione e organizzazione interdivisionale, in aggiunta a quella del Direttore SOD.

Le **modulazioni estive o coincidenti con periodi di festività** dovranno essere programmate con il dovuto anticipo e prevedere comunque il mantenimento di quote di attività sufficienti a evitare criticità dei tempi di attesa o dei percorsi di presa in carico. Eventuali proposte di modulazione dovranno in ogni caso considerare lo stato di prenotazione degli appuntamenti di cui si chiede la chiusura ed esplicitare le modalità di gestione degli spostamenti. È preclusa in ogni caso la partecipazione massiva a convegni e/o altri eventi formativi che abbiano effetti sensibili sull'erogazione delle prestazioni programmate. Allo stesso modo il Direttore SOD dovrà coordinare la programmazione delle ferie dei Dirigenti Medici evitando limitazioni sensibili dell'attività.

La Direzione Sanitaria, tramite il **Responsabile Sanitario di Dipartimento**, autorizza le sole modulazioni coerenti con i criteri sopra definiti.

8.6 PRENOTAZIONE PER TIPO DI ACCESSO E PER LIVELLO

Il Diritto del cittadino è garantito se il CUP offre la prima disponibilità della prestazione di primo accesso in almeno un erogatore dell'ambito di garanzia, entro il T max per U (100%), B (100%), D (95%), per tutte le prestazioni, di cui 64 monitorate dal PNGLA.

8.6.1.1 Prenotazione del Primo Accesso

Per il **primo accesso** di utenti in ambito territoriale di garanzia Medici, infermieri e altri operatori AOUC devono **indirizzare l'utente al canale di prenotazione CUP-Met**, raggiungibile con il numero dedicato **840 003 003** o i punti fisici di prenotazione, in Careggi rappresentati dal **Centro Servizi NIC**.

Per i **pazienti recanti prescrizioni di primo accesso**, sanitari e altri operatori devono invece **evitare di utilizzare le disponibilità riservate alla presa in carico**. Questa modalità infatti non permette di offrire il primo posto libero nell'ambito territoriale di garanzia e non permette di documentare la scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta. Infatti tale scelta viene **registrata dal sistema CUP-Met** mentre non viene registrata nelle agende Arianna di presa in carico, creando dati TAT non coerenti con le attese del SSR.

La **data di contatto** è quella in cui il soggetto che richiede la prestazione entra in contatto con il sistema CUP, anche se inserito nelle pre-liste. Con la prenotazione viene proposta la **data di prima disponibilità** tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia. Il **tempo di attesa relativo** intercorre tra la data di contatto e la data di prima disponibilità e, se l'utente rifiuta la prima disponibilità offerta, può essere diverso dal **tempo di attesa assoluto o effettivo**, che intercorre tra la data di contatto e la **data di prenotazione** assegnata per effettuare la prestazione. Il cittadino che rifiuta la prima proposta esce dall'ambito di garanzia tutelato dal PRGLA.

8.6.1.2 Primo Accesso prenotabile esclusivamente da CUP-Met

La **domanda esterna di prestazioni di primo accesso**, che il CUP di Area Vasta deve soddisfare, è costituita fondamentalmente dall'insieme delle prescrizioni di primo accesso generate principalmente dai MMG per i cittadini assistiti dalla AUSL Toscana Centro. L'AOUC deve **far confluire tutta l'offerta ambulatoriale di prestazioni di primo accesso in quella prenotabile attraverso il CUP Metropolitano** così che l'AUSL Toscana Centro possa garantire i Diritti di accesso ai LEA da parte del cittadino, offrendo la prima disponibilità delle prestazioni di primo accesso entro il tempo massimo previsto per le priorità U, B, D, in almeno un erogatore dell'ambito territoriale di garanzia. Su tali agende il CUP-Met deve poter operare la **stratificazione degli slot per priorità in modo dinamico nel tempo**, per offrire tempestivamente le disponibilità U, B, e D. La contemporanea prenotazione, registrata in passato, da parte di soggetti interni all'AOUC che utilizzano modalità di prenotazione non prioritarizzate, impegna tali disponibilità sottraendo efficacia alla garanzia dei tempi di attesa. Per tale ragione la **Centrale CUP procederà progressivamente ma rapidamente ad oscurate alla prenotabilità interna AOUC le agende prioritarizzate esposte al CUP-Met**. Resteranno invece prenotabili al Centro Servizi del NIC in quanto quest'ultimo svolge anche funzione di punto di prenotazione del CUP-Met applicando i criteri CUP-Met di prenotazione su tali agende.

8.6.1.3 Prenotazione della Presa in carico

La prescrizione dematerializzata da parte dello specialista AOUC, impone l'effettiva realizzazione della “presa in carico” (vedi Cap. 3) del paziente direttamente dal **contesto ambulatoriale che genera la prescrizione, che deve poter programmare agevolmente le successive prestazioni di approfondimento.** La prescrizione si completa con la responsabilità della struttura di provvedere alla prenotazione delle prestazioni ulteriori e/o della visita di controllo secondo le tempistiche cliniche di riferimento e indicate nella prescrizione.

La prenotazione delle prestazioni successive al primo accesso e di controllo o follow-up è **realizzata nel contesto organizzativo in cui opera il Medico prescrittore interno.** Può essere realizzata materialmente dal Dirigente Medico o dal personale di assistenza o di supporto amministrativo del poliambulatorio, del SIP o del servizio di prenotazione della diagnostica per immagini o del Centro Servizi NIC, secondo specifici accordi e procedure locali, ma è in ogni caso affidata alla **responsabilità del Medico prescrittore**, al quale saranno ricondotte eventuali prescrizioni che non hanno esitato in prenotazione.

Il Responsabile della Piattaforma SIP e Logistica sanitaria e il Responsabile della Piattaforma Outpatient, anche su istanza dei Medici di Direzione Sanitaria, promuovono e realizzano **modelli di gestione delle prenotazioni di presa in carico efficaci** a far sì che l'utente esca dal poliambulatorio o dall'edificio con la prenotazione delle prestazioni di presa in carico (accertamenti ulteriori, controlli) prescritte dallo Specialista.

Il Responsabile Gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico garantisce agli utenti la possibilità di contattare l'Azienda per gestire la propria prenotazione o per ottenere informazioni attraverso appositi canali di comunicazione che non richiedano la presenza di persona (telefono, mail, chat etc.)

8.6.1.4 Accesso al Secondo Livello

La prescrizione di una visita o prestazione specialistica di primo accesso indicante la priorità e il QD costituisce la modalità ordinaria per prenotare il primo accesso alle prestazioni ambulatoriali aziendali. Durante questa visita lo specialista potrà ritenere di affidare il paziente ad un Collega/gruppo di Colleghi della SOD maggiormente esperti di quel preciso ambito specialistico. Inoltre, con frequenza variabile tra le diverse discipline, **i pazienti vengono indirizzati** direttamente dal MMG o da altri Specialisti del territorio o di altri Ospedali, **ad uno specifico Centro di riferimento** o alla sede in cui opera un Professionista con spiccate competenze su un determinato problema clinico, che richiede una valutazione specialistica di **secondo livello.**

La prescrizione medica per prestazioni di secondo libello riporta un QD specifico di un preciso ambito super specialistico e il MMG o lo specialista inviante istruiscono dettagliatamente il paziente affinché si rivolga ad un preciso Centro. Le agende di prenotazione delle visite specialistiche in questi specifici ambiti sono state per anni condivise con il CUP-Met, rendendole prenotabili con pochi risultati in termini di appuntamenti prenotati. Il personale di prenotazione del CUP-Met per il primo accesso infatti ha mandato di non interpretare le richieste mediche, mentre il personale AOUC esperto di quel Servizio possiede l'esperienza necessaria a inquadrare con un breve colloquio le problematiche cliniche del paziente al fine di ricondurre la prenotazione nell'agenda più appropriata. Careggi considera un valore mantenere ed anzi ampliare tali possibilità di accesso. Queste agende manterranno nel **Centro Servizi del NIC**, oltre che nel **poliambulatorio di afferenza**, il punto di prenotazione prevalente, date le relazioni con l'adiacente URP e gli altri sportelli informativi lì presenti.

La condivisione tramite CUP-Met, già esistente, sarà gradualmente portata su un CUP di secondo livello (c.d. “coda 38” del CUP-Met), al fine di utilizzare queste prestazioni per soddisfare la **presa in carico anche dei Servizi della AUSL Toscana Centro**.

8.6.1.5 Prenotazione per utenti Extra Area Vasta Centro

Il dettato costituzionale e la mission di AOU impongono a Careggi di rispondere alla domanda di visite o prestazioni correlate ai percorsi dell’alta specialità, espressa da cittadini afferenti ad aree regionali esterne all’AV Centro o ad altre Regioni o Stati che spesso vengono indirizzati ad un Centro o anche ad un Professionista con spiccate competenze su particolari ambiti clinici. La preferenza accordata a Careggi dai pazienti extraregione in particolare costituisce motivo di soddisfazione e di saldo migratorio attivo per l’intera Regione.

A questi cittadini extra AV Centro può non essere assicurato il rispetto dei tempi massimi di attesa, in quanto usciti dagli ambiti territoriali di garanzia previsti dal piano in riferimento al territorio di residenza/domicilio sanitario.

Careggi riserva comunque a tali persone una quota di prestazioni di primo accesso, definita attraverso la **valutazione dei volumi annualmente erogati a pazienti extra AV Centro** (Vedi analisi dei relativi volumi al Par. 6.6). Per la prenotazione di tali pazienti la SOD può utilizzare per casi sporadici le agende di presa in carico o, per maggiori consistenze, agende specifiche di secondo livello e di norma precluse a pazienti di ambito RT, salvo sblocchi immediatamente precedenti la data di appuntamento e tesi a non lasciare quote di offerta inutilizzate.

8.6.1.6 Call Center

L’Azienda ritiene strategico offrire ai cittadini la possibilità di gestire la propria prenotazione e ottenere informazioni attraverso una pluralità di canali di contatto che prescindano dalla presenza fisica nel servizio. Telefono, mail e chat diventano così strumenti essenziali per garantire una efficace ed efficiente risposta ai bisogni dei cittadini.

A questo proposito, presso il Centro Servizi NIC è costituito un Call Center/Contact Point che presiede ad una pluralità di azioni, inclusa la gestione del Drop-out descritta nel successivo Par. 8.7.

8.7 GESTIONE DEL DROP-OUT

8.7.1.1 Contenimento del drop-out

La mancata presentazione del cittadino che avrebbe dovuto ricevere la prestazione prenotata, presso il punto di erogazione, nella data e all’orario previsti, senza che ne sia stata data preventivamente disdetta è un fenomeno che nelle aziende sanitarie causa la mancata erogazione di una quota di appuntamenti variabile mediamente tra il 3% e il 10%. Il mancato utilizzo degli appuntamenti rappresenta intuibilmente un ulteriore determinante delle liste di attesa. L’entità del drop-out è direttamente proporzionale alla lunghezza della lista di attesa nel primo accesso, ma anche al tempo di programmazione della presa in carico. I principali strumenti per contenere gli effetti del drop-out sono riferibili alle molteplici modalità di recall. Il richiamo (recall) del cittadino da parte di operatori della struttura può essere vicariato attraverso l’utilizzo di **strumenti automatici di promemoria e richiesta di conferma** (chiamate da operatore virtuale, SMS e altra messaggistica, e-mail). La

recente acquisizione di un centralino dotato di tali possibilità tecnologiche aumenterà la capacità di promemoria e di recall automatico con conferma, limitando ulteriormente il drop-out. Una accurata programmazione delle **attività di call center** deve assicurare che all'utente giungano promemoria e richieste di conferma, a partire dalle prestazioni ad alto costo, bassa disponibilità e alta attesa (es.: RM). Sulla base di quanto definito dalla Cabina di regia ambulatoriale rispetto alle prestazioni oggetto di recall, il Responsabile Gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico si coordinerà con i Direttori SOD, di ADO o di DAI per **predisporre l'elenco di prestazioni, su cui attivare il recall/messaggistica, e il cronoprogramma di contatti con l'utenza prenotata** (quanti giorni prima, per quante volte, con quali modalità di contatto). Contestualmente saranno definiti e formalizzati i meccanismi di riassegnazione degli slot disdettati: gestione delle maggiori priorità, anticipazione e chiamata dalla eventuale pre-lista, fermo restando quanto disposto l paragrafo seguente.

8.7.1.2 Riutilizzo degli appuntamenti liberati per disdetta

Fatte salve eventuali indicazioni aziendali, che devono essere formalizzate e documentabili, **è fatto divieto di bloccare gli appuntamenti liberati grazie alle operazioni di recall che esitano in disdetta**. Tali appuntamenti devono infatti rientrare nelle disponibilità generali del sistema di prenotazione ed essere fruibili in trasparenza con le modalità della ricerca del primo posto libero.

Le modalità di recall sono condotte su una scala temporale sufficiente alla riprenotazione del posto liberato. Tuttavia **la disdetta per decisione del paziente può avvenire anche in modo imtempetivo**. Ove la liberazione del posto abbia luogo troppo a ridosso della data/ora di appuntamento, il **personale che documenta la disdetta** informa il responsabile del Servizio di erogazione, di norma **il Direttore SOD o di ADO/DAI per i servizi interdivisionali**, e collabora con questi a **realizzare ogni azione utile al ricollocamento affinché gli appuntamenti non vadano persi**.

8.7.1.3 Malum: recupero ticket per mancata presentazione

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 comunque tenuto al **versamento della quota di compartecipazione al costo** della prestazione.

8.8 PERCORSI DI TUTELA

8.8.1.1 Quando il tempo massimo non è garantito

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, **l'Azienda territoriale attiva "percorsi di tutela"** tramite 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 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 territoriale 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 territoriale 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 se dovuto.

L'AOU Careggi collabora alla realizzazione dei percorsi di tutela, a supporto delle necessità dell'AUSL Toscana Centro, sia per le discipline ascrivibili alle prestazioni monitorate, sia per quelle **discipline esclusive dell'AOUC**, tra le quali ad esempio la Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Radiologia Vascolare e Interventistica, Neuroradiologia Interventistica.

Gli **strumenti** utilizzabili allo scopo sono la predisposizione e attivazione di **progetti ex Art. 55 CCNL** per l'abbattimento delle liste di attesa, prevedendone il finanziamento con l'utilizzo del 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della Legge 3 agosto 2007, n. 120 "*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*" e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale. Il citato comma riporta "... *Nell'applicazione dei predetti importi, quale ulteriore quota, oltre quella già prevista dalla vigente disciplina contrattuale, una somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista viene trattenuta dal competente ente o azienda del Servizio sanitario nazionale per essere vincolata ad interventi di prevenzione ovvero volti alla riduzione delle liste d'attesa, anche con riferimento alle finalità di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), dell'Accordo sancito il 18 novembre 2010 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano*".

In aderenza al "**principio di prevalenza**" dell'attività istituzionale su quella libera professionale, la DGRT 529/2013 dispone di adottare "*sistemi e moduli organizzativi che consentano il controllo dei volumi delle prestazioni libero professionali che non devono superare, globalmente considerati, quelli eseguiti nell'orario di lavoro*". L'Art. 3 del Regolamento aziendale sulla LP intramuraria (Prov. DG 186/2015) prevede che l'Attività LP "*non può globalmente comportare un volume di prestazioni o di orario superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali*".

Il rapporto tra i volumi dell'attività istituzionale e libero professionale deve essere valutato dalla Cabina di Regia **a livello di singola SOD**, con le modalità previste dal Prov. DG n. 202 del 5 aprile 2017 "*D/903/163 Regolamento per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale*", fatte salve casistiche particolari dettagliate dalla Direzione Aziendale.

Il **mantenimento della prevalenza** dell'attività istituzionale, in termini di volumi erogati di visite e prestazioni di diagnostica strumentale e per immagini, congiuntamente al **rispetto dei tempi di attesa** in regime istituzionale costituiscono le premesse indispensabili per il realizzarsi della "**libera scelta**" del cittadino di **avvalersi del regime libero professionale**.

Nel caso di percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi del piano, il mandato del PNGLA e del PRGLA è di attuare il progressivo contenimento delle ALPI relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. A partire dai volumi istituzionale e ALPI dei singoli professionisti, l'azienda potrà attivarsi per ridefinire le relative proporzioni fino al totale blocco ALPI fino al risolversi della criticità. «*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 attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate*» (PNGLA 2019-2021).

8.9 AZIONI ULTERIORI

8.9.1.1 *Presentazione del Programma Attuativo*

Il Direttore UO Governo Percorsi Outpatient, presenta il Programma Attuativo alla Direzione aziendale, ai Direttori e Staff DAI, Responsabili di Piattaforma coinvolti, Referenti SIP e Ambulatoriali, Direttori delle SOD maggiormente coinvolte, al Comitato di Partecipazione Aziendale e ad altri ruoli e funzioni coinvolti nell'attuazione.

8.9.1.2 *Perfezionare i flussi TAT e SPA*

L'analisi dei dati inerenti i flussi SPA e TAT evidenzia necessità di ulteriori e continue messe a punto per migliorare la qualità del dato complessivo. A tale obiettivo generale contribuisce anche una maggiore attenzione alla codifica delle prescrizioni e accettazioni del Day Service. La possibilità di condurre il monitoraggio delle azioni previste dal presente Programma Attuativo richiede una revisione delle modalità di produzione dei flussi informativi tesa a migliorare l'affidabilità del dato. La correttezza, completezza e tempestività di produzione dei dati infatti è fondamentale per le analisi finalizzate al monitoraggio interno e alla produzione degli indicatori di andamento.

8.9.1.3 *Perfezionamento integrazione tra Arianna e RIS*

Nonostante alcune prestazioni di diagnostica per immagini documentate con il RIS siano esposte al CUP-Met, l'informazione di **accettazione** sembra **non ritornare** dal RIS all'applicativo di prenotazione Arianna-CUP. Ne consegue che non è possibile quantificare le **prestazioni prenotate CUP e erogate RIS** inerenti ad esempio la diagnostica senologica e la densitometria ossea. Allo stesso tempo non è possibile tramite Arianna-CUP quantificare il drop-out delle prestazioni accettate tramite RIS.

8.9.1.4 *Aggiornamento Procedure Aziendali collegate alla specialistica ambulatoriale*

Il Direttore UO Governo Percorsi Outpatient e il Direttore UO Attività Amministrative a Supporto delle Attività Sanitarie curano l'aggiornamento delle procedure **P/903/63** “Competenze prescrittive e prestazioni correlate al ricovero”, **D/903/163** “Regolamento gestione attività specialistica ambulatoriale”, **P/903/13** “Accesso utente e gestione liste di Attesa”, **D/903/110** “Il Day Service modello organizzativo di assistenza ambulatoriale complessa ed integrata”

8.9.1.5 *Restituire i pazienti ai servizi territoriali dopo la fase acuta e referring*

È obiettivo ulteriore del piano il ritorno ai servizi territoriali dei pazienti cronici o di coloro che, avendo completato la fase di presa in carico nelle strutture ambulatoriali dell'ospedale, hanno bisogno di essere monitorati nel successivo decorso di controlli in follow-up e possono essere lì seguiti in sicurezza. Questa strategia, da realizzare attraverso specifici PDTA che definiscano i criteri temporali per il passaggio dalla fase gestita in Ospedale per acuti (AOUC) e quella gestita sul Territorio, è essenziale per i Servizi che trattano casistiche caratterizzate da un elevato rapporto tra prevalenza e incidenza e consente di liberare risorse per accogliere nuovi casi affidando alla medicina territoriale le persone già inquadrate dal punto di vista diagnostico e stabilizzate nel trattamento terapeutico. Saranno invece da continuare in AOUC quei percorsi per i quali non è ancora disponibile una valida alternativa territoriale (es. Trapiantati di fegato). Allo stesso modo, in aderenza al

modello Hub and Spoke in cui Careggi assume la funzione Hub, i PDTA dovranno definire i criteri clinici di referring alle Strutture AOUC dei casi transitati alla gestione territoriale.

8.9.1.6 Realizzazione di un Call Center

È specifico obiettivo del presente Programma Attuativo quello di effettuare la presa in carico e la prenotazione delle prestazioni di secondo livello direttamente nella struttura. E' tuttavia anche indispensabile offrire ai cittadini la possibilità di contattare l'ospedale in maniera efficace ed efficiente per la gestione della propria prenotazione o per ottenere informazioni. Lo strumento identificato per effettuare questa funzione sarà il Call Center, istituito presso il Centro Servizi NIC, che sarà organizzato allo scopo di perseguire:

- la riduzione della attuale frammentazione e dispersione di servizi di contatto telefonico, assorbendo i numeri di telefono presenti nei servizi che sono attualmente deputati alla gestione delle prese in carico e degli accessi di secondo livello e delle relative informazioni;
- la facilitazione del contatto, utilizzando più canali di comunicazione (telefono, mail etc.), garantendo ampie fasce orarie di apertura del servizio e tempestività nella risposta telefonica;

Entro il mese di settembre, sarà definito un cronoprogramma per arrivare ad offrire ai cittadini:

- un canale riservato alle informazioni;
- un canale riservato alla presa in carico, agli accessi di secondo livello e alla gestione degli appuntamenti, inclusa la gestione del Drop-out;
- un Help Desk, per particolari cluster di pazienti o di utenza (ad es.: Aiuto Point)

La responsabilità è affidata al Responsabile gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico, in raccordo operativo con il Responsabile della Piattaforma SIP e Logistica Sanitaria.

9 IDENTIFICAZIONE DEI PORTATORI DI INTERESSE

Migliorare l'efficienza dell'insieme dei processi che rende accessibili e tempestive le prestazioni ambulatoriali realizza al contempo gli interessi della Direzione Aziendale, che può conseguire il miglioramento degli indicatori specifici, delle SOD cliniche e delle Professioni sanitarie, che possono contare su un impianto di prenotazione e gestione anche interaziendale dell'equilibrio tra domanda e offerta, dei pazienti e familiari, che possono conseguire maggiore certezza dell'accesso, della presa in carico e della tempestività di erogazione. L'interesse allo sviluppo di questo progetto e le relative motivazioni sono di seguito descritte:

Cittadino: è il beneficiario ultimo degli effetti favorevoli derivanti dall'attuazione del progetto, in termini di equità di accesso, tempestività di erogazione e, conseguentemente, efficacia diagnostica e terapeutica.

Regione Toscana tramite la Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà: è interesse della Regione Toscana realizzare, anche in attuazione del PNGLA, gli intenti del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale che individua il superamento delle liste di attesa in sanità fra gli obiettivi prioritari per l'equità di accesso alle cure e del Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020. La valutazione positiva della risultati regionali determinerà inoltre l'accesso ai fondi integrativi di finanziamento del SSR.

Direzione Aziendale: è il committente del progetto ed ha fornito l'input per la riorganizzazione del setting ambulatoriale, quale ambito di investimento con gli approcci della gestione operativa.

Direzione Operativa, Governo Percorsi Outpatient, Piattaforma Outpatient e Piattaforma SIP e Logistica Sanitaria del Dipartimento Professioni Sanitarie e altre UO Afferenti alla **Cabina di Regia Ambulatoriale**: hanno interesse ad ottimizzare i flussi ambulatoriali e conseguire maggiori livelli di equità, accessibilità, tempestività ed efficienza nell'utilizzo delle relative risorse, aumentando la qualità dei servizi erogati e la soddisfazione degli utenti.

Direzioni di Dipartimento e di SOD: le attività ambulatoriali sono svolte da tutti i Dipartimenti aziendali. L'attuazione del piano aziendale può rendere maggiormente disponibile l'offerta di prestazioni per la presa in carico, in coerenza con la domanda espressa attraverso le prescrizioni.

Azienda USL Toscana Centro: la certezza delle quote di produzione AOUC, la piena disponibilità delle prestazioni AOUC di primo accesso prenotabili tramite il CUP-Met e la possibilità di quantificare e programmare le eventuali quote di prestazioni di secondo accesso carenti in Careggi costituiscono elementi utili a garantire al cittadino i tempi massimi per classe di priorità negli ambito di garanzia del Piano. Allo stesso tempo, rendendo eventualmente disponibili all'AOUC quote di offerta di secondo accesso, si evita che gli utenti con prescrizioni AOUC di presa in carico non soddisfatte internamente cerchino disponibilità utilizzando impropriamente il canale del primo accesso.

10 RESPONSABILITÀ

Il **Direttore Generale** assume la principale responsabilità verso RT rispetto agli impegni per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa. 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 in via prioritaria per le prestazioni specialistiche ed ospedaliere oggetto di monitoraggio (Par. 15.1 e 15.2), tuttavia la Regione può valutare le aziende anche su tutte le altre prestazioni, qualora dovessero evidenziare particolari aree di criticità, concordando piani di rientro con i singoli Direttori.

Il **Direttore Sanitario** partecipa al tavolo regionale di coordinamento istituito presso la Direzione Generale del Dipartimento Diritto alla Salute, definisce con il Direttore Generale aziendale le modalità generali di attuazione delle linee strategiche, negozia con il Direttore Sanitario dell'Azienda USL Toscana Centro la condivisione delle quote di offerta tra le Aziende con le modalità del *contratto di servizio*, trasferisce alla Cabina di Regia Ambulatoriale le conseguenti indicazioni e riceve da questa le informazioni di ritorno.

La **Cabina di Regia Ambulatoriale per la programmazione e riorganizzazione dell'attività ambulatoriale aziendale** realizza la programmazione delle azioni finalizzate alla realizzazione degli indirizzi della Direzione aziendale con le modalità indicate nel documento D/903/163 “[Regolamento per la gestione dell'attività specialistica ambulatoriale](#)”. Rappresenta il livello tattico previsto dalla Del. GRT 750/2018 ed è costituita da: UO Direzione Operativa, UO Governo Percorsi Outpatient, UO Controllo Direzionale, UO Monitoraggio performances sanitarie, medici di Direzione Sanitaria Responsabili Sanitari di Dipartimento afferenti alla UO Igiene e Organizzazione Ospedaliera, Responsabili Amministrativi di Dipartimento, UO Servizi Amministrativi a supporto delle Attività Sanitarie, UO Libera Professione, PO Gestione dei percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico, Responsabile Piattaforma Outpatient, Responsabile Piattaforma Servizi Diagnostici, Responsabile Piattaforma SIP e Logistica sanitaria, Infermieri Coordinatori di AAA ambulatoriali, Referenti e Coordinatori SIP.

I **Direttori e gli staff di Dipartimento** e i **Direttori SOD** partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali promuovendole corrette attività prescrittive con DEMA e l'efficiente gestione delle attività ambulatoriali, contribuendo alla predisposizione delle quote di offerta ambulatoriale separate per primo accesso e presa in carico (vedi Cap. 3), negoziando in ottica fornitore-cliente le proprie (fornitore) quote di attività per esterni offerte per la presa in carico di pazienti gestiti da altre Strutture (clienti) con le modalità del *contratto di servizio*.

Il **Referente Unico per una determinata visita specialistica** rappresenta il Dipartimento e la SOD alla Cabina di Regia ambulatoriale e realizza le modifiche organizzative lì concordate.

I **Medici Specialisti** partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali realizzando l'appropriata prescrizione elettronica e avviando il percorso di prenotazione.

Il **Responsabile Gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico** garantisce ai cittadini la possibilità di contattare l'Azienda attraverso telefono, mail e altri canali comunicativi per la gestione della propria prenotazione o per ottenere informazioni, utilizzando al proposito anche il personale assegnato all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e mettendo in atto adeguate campagne di comunicazione.

I **Coordinatori dei poliambulatori** garantiscono il percorso di prenotazione della presa in carico ed evidenziano al medico eventuali problematiche di tempestività.

Coordinatori/Referenti del SIP garantiscono il percorso di prenotazione della presa in carico e accettazione amm.va di tutta l'attività ambulatoriale dei pazienti esterni e attività di back-office (malum, insoluti) ed evidenziano al medico eventuali problematiche di tempestività.

Il **Responsabile del CUP/Call Center dell'Azienda AUSL Toscana Centro** rende prenotabili su circuiti separati le agende di primo accesso e di presa in carico costituenti l'offerta dell'AOUC. Predisporre le agende di prenotazione delle quote di offerta di presa in carico della AUSL Toscana Centro fruibili da parte degli ambulatori AOUC

11 TEMPISTICHE DEGLI OBIETTIVI E MONITORAGGIO

Abbreviazioni di Strutture e Funzioni usate nella tabella: **AASAS**: Attività Amministrativa a Supporto delle Attività Sanitarie; **BPR**: UO Business Process Reengineering; **CD**: Controllo Direzionale; **CS-NIC**: Centro Servizi NIC; **CRA**: Cabina di Regia Ambulatoriale **DO**: Direzione Operativa; **DS**: Direttore Sanitario; **GPO**: Governo percorsi Outpatient; **IC**: Infermiere Coordinatore; **ITACA**: Innovazione Tecnologica nell'Attività Clinico Assistenziali; **LP**: Libera Professione; **PO Accoglienza**: Responsabile gestione percorsi di accoglienza e relazioni con il pubblico; **SIP**: Servizi Integrati di padiglione, punti di prenotazione.

| Par.(azioni: vedi specifico paragrafo) | scadenza | responsabile |
|---|-----------------------------------|---|
| 8.2.1.1 Efficienza del PC e integrazione degli applicativi | Processo pluriennale già in corso | Direttore ITACA Direttore Sviluppo Innovazione BPR Direttore DO |
| 8.3.1.1 Prescrizione dematerializzata | 31 Lug 2019 | Dirigenti Medici Direttori SOD Direttori DAI |
| 8.3.1.2 Prescrizione con Quesito Diagnostico | | |
| 8.3.1.3 Prescrizione con “Tipo di Accesso” appropriato | | |
| 8.3.1.4 Prescrizione con Codici di Priorità | | |
| 8.4.1.1 Predisposizione analisi dati per supporto decisionale | 31 Lug 2019 | Direttore CD con Direttore GPO Direttore ITACA |



| Par.(azioni: vedi specifico paragrafo) | scadenza | responsabile |
|--|-----------------|--|
| 8.5.1.1 Programmazione delle agende per prestazioni di accesso successivo al primo | 31 Set 2019 | Direttori SOD, Direttori e Staff DAI con CRA |
| 8.5.1.2 Negoziazione con AUSL Toscana Centro | 31 Lug 2019 | Direttore Sanitario, Direttore GPO |
| 8.5.1.3 Agende di prenotazione per la presa in carico aperte con visibilità minimo 400 giorni a scorrimento giornaliero (“Scrolling”). | 31 Ago 2019 | Direttore GPO, Centrale CUP con Staff DAI |
| 8.5.1.4 Proibite per legge le Agende Chiuse | 31 Ago 2019 | Direttore GPO, Centrale CUP con Staff DAI |
| 8.5.1.5 Costanza di apertura delle agende e di erogazione dell’attività | 31 Set 2019 | Direttore SOD, Direttore DAI, Resp. ADO, Resp. Unit, RSD |
| 8.6.1.1 Prenotazione del Primo Accesso | 31 Lug 2019 | Direttore GPO, CUP-Met, CS-NIC, SIP |
| 8.6.1.2 Primo Accesso prenotabile esclusivamente da CUP-Met | 31 Ago 2019 | Direttore GPO, Centrale CUP con Staff DAI |
| 8.6.1.3 Prenotazione della Presa in carico | 31 Set 2019 | Medico Prescrittore, Piattaforma Outpatient, Piattaforma SIP |
| 8.6.1.4 Accesso al Secondo Livello | 31 Set 2019 | Direttore GPO, Centrale CUP, CUP-Met, CS-NIC, SIP |
| 8.6.1.5 Prenotazione per utenti Extra Area Vasta Centro | 31 Set 2019 | SOD, IC Poliambulatorio SIP, CS-NIC (in funzione della organizzazione locale) |
| 8.6.1.6 Call Center | 31 Set 2019 | PO Accoglienza |
| 8.7.1.1 Contenimento del drop-out | 31 Lug 2019 | PO Accoglienza, messa a punto con Servizi eroganti |
| 8.7.1.2 Riutilizzo degli appuntamenti liberati per disdetta | 15 Set 2019 | RSD, ADO Diagnostica per Immagini, Direttore SOD erogante, Servizio che riceve la disdetta |
| 8.7.1.3 Malum: recupero ticket per mancata presentazione | Attivo | Direttore AASAS |
| 8.8.1.1 Quando il tempo massimo non è garantito | 31 Ott. 2019 | Direttore SOD/DAI con Direttore LP, Direttore DO, Direttore GPO |
| 8.9.1.1 Presentazione del Programma Attuativo | 6 Lug 2019 | Direttore GPO |
| 8.9.1.2 Perfezionare i flussi TAT e SPA | 30 Nov 2019 | Direttore CD, Direttore GPO |
| 8.9.1.3 Perfezionamento integrazione tra Arianna e RIS | 31 Dic 2019 | Direttore ITACA, DAI Servizi |
| 8.9.1.4 Aggiornamento Procedure Aziendali collegate alla specialistica ambulatoriale | 31 Ott. 2019 | Direttore GPO con Direttore AASAS |
| 8.9.1.5 Restituire i pazienti ai servizi territoriali dopo la fase acuta | In progress | DS/Direttori DAI/SOD |
| 8.9.1.6 Realizzazione di un Call Center | 31 Dic 2019 | PO Accoglienza, Resp. Piattaforma SIP e Logistica Sanitaria |

11.1 MONITORAGGIO

Responsabile del Progetto e del monitoraggio è la Cabina di Regia Ambulatoriale che, in funzione delle necessità di percorso e comunque al completamento di ciascuna fase e in riferimento alle azioni sopra descritte per ciascuna di esse, trasmetterà relazioni periodiche di avanzamento alla Direzione Aziendale e alle altre funzioni aziendali coinvolte di volta in volta.

Ogni Responsabile o gruppo di Responsabili dei singoli obiettivi specifici declina il **“piano delle attività”** utili al suo raggiungimento e lo trasmette alla Cabina di Regia **entro il primo incontro utile** a seguito dell'adozione del Programma attuativo. Nella prima seduta utile, la Cabina di Regia valida l'insieme dei piani delle attività e avvia il monitoraggio.

11.2 GESTIONE DEI PERCORSI DI ADEGUAMENTO

Alla Cabina di Regia Ambulatoriale afferiscono funzionalmente le UO e le Responsabilità titolari delle funzioni aziendali utili al conseguimento degli obiettivi specifici. Pertanto le iniziative conseguenti ai percorsi di adeguamento, come quelle di realizzazione del Programma, vengono adottate direttamente.

In esito al monitoraggio della Cabina di Regia, gli eventuali scostamenti rispetto alla programmazione non gestibili dalla Cabina di Regia vengono sottoposti alla valutazione del Direttore Sanitario, unitamente alla formulazione di eventuali ipotesi di soluzione.

Il Direttore Sanitario, anche procedendo a ulteriori valutazioni in seno alla Direzione Aziendale, fornisce conseguenti indicazioni alla Cabina di Regia, ai Direttori e Staff DAI e ad ulteriori referenti eventualmente coinvolti. Ove questo dovesse comportare modifiche sostanziali al crono programma, tali da impattare significativamente con il raggiungimento degli obiettivi regionali di governo delle liste di attesa ambulatoriali, la Direzione Generale darà mandato alla Cabina di Regia di adeguare il presente Programma attuativo e ne darà comunicazione alla Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione Sociale.

12 PREVISIONE IMPATTO

La tempestiva erogazione delle prestazioni garantisce efficacia, equità e appropriato utilizzo dei setting, con riferimento anche agli accessi al PS con codici a bassa priorità. Programmare la presa in carico riduce l'impegno per il malato e per il sistema. Il conseguente buon funzionamento del SSN giova alla comunità. Per realizzare questi intenti senza sovraccaricare il Medico e gli altri professionisti e operatori, occorrono investimenti tecnologici sugli applicativi e occorre promuovere e mantenere le corrette modalità prescrittive elettroniche. Durante i primi mesi, la promozione, l'avvio, il monitoraggio e gli adeguamenti del progetto assorbiranno risorse delle Strutture centrali aziendali e delle articolazioni dipartimentali. In ogni caso la programmazione della presa in carico, l'apertura esclusiva al CUP-Met delle agende di primo accesso e il governo del drop-out consentiranno margini di recupero di ulteriori quote di attività con favorevoli ripercussioni sull'efficienza di erogazione, sui volumi di produzione e sui tempi e liste di attesa.

13 FINANZIAMENTO

Il finanziamento del Programma Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa è posto in linea generale a carico del bilancio aziendale. La maggiore efficienza erogativa, il miglioramento dei percorsi di accesso e fruizione delle prestazioni da parte degli utenti e il contenimento dei livelli di drop-out costituiscono valore aggiunto effettivo.

In aggiunta ai processi di riorganizzazione, per consentire ulteriori margini di aumento di attività, è possibile avvalersi delle previsioni di cui alla **Del. GRT n. 914 del 6 agosto 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", in aderenza ai processi di governo dell'offerta specialistica ambulatoriale avviati con la Del. GRT n. 1080 del 2 novembre 2016 "Indirizzi per la programmazione dell'offerta specialistica e per la gestione delle liste di attesa", la Del. GRT n. 476 del 2 maggio 2018 "Azioni per il contenimento dei tempi d'attesa: introduzione della funzione di gestione operativa", la Del. GRT n. 750 del 2 luglio 2018 "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: programmazione ed accesso ai percorsi ambulatoriali?").

Ai fini della predisposizione e attivazione di eventuali **progetti ex Art. 55 CCNL** per l'abbattimento delle liste di attesa, la DGRT 604/2019 ne prevede anche il finanziamento attraverso l'utilizzo del **5% del compenso del libero professionista**, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della Legge 3 agosto 2007, n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" e s.m. di cui si è detto al Par. 8.8.1.1.

14 LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Direzione Dipartimento Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà (DGRT 604/2019)
- Direzione Generale
- Direzione Sanitaria
- Direzione Amministrativa
- Direttori e Staff dei Dipartimenti ad Attività Integrata
- Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie
- Direttori SOD sanitarie
- Direttore UOc Igiene e Organizzazione Ospedaliera
- Direttore UOc Controllo Direzionale
- Direttore UOc Attività Amministrative a Supporto alle Attività Sanitarie
- Direttore UOc Direzione Operativa
- Direttore UOc Governo Percorsi Outpatient
- Responsabile UOs Gestione Attività Libera Professione
- Responsabile UOs Monitoraggio delle Performances Sanitarie
- Responsabile UOs Accreditamento Qualità e Risk Management
- Responsabile PO Gestione Percorsi Accoglienza e URP
- Responsabile Piattaforma Outpatient del Dip. Professioni sanitarie
- Responsabile Piattaforma Servizi Diagnostici del Dip. Professioni sanitarie
- Responsabile Piattaforma SIP e Logistica sanitaria del Dip. Professioni sanitarie
- Responsabile Piattaforma Blocchi Operatori
- Coordinatori Aree di Attività Ambulatoriali

15 APPENDICE

15.1 PRIMO ACCESSO - PRESTAZIONI MONITORATE DAL PRGLA

Di seguito si riportano i 64 tipi di prestazioni monitorati dal PRGLA raggruppati in visite, prestazioni di diagnostica per immagini e diagnostica strumentale. 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**. Nell'ultima colonna è riportato l'ambito di Garanzia: Zona, AV (Area Vasta), AG (Ambito Garanzia definito dalle aziende).

Visite Specialistiche

| N | Prestazione | Codice Catalogo | Codice Nomenclatore | Disciplina | Tempi massimi classe D | Ambiti di garanzia |
|----|------------------------------|-----------------|---------------------|------------|------------------------|--------------------|
| 1 | Visita Cardiologica | 1089 | 89.7 | 8 | 15 | Zona |
| 2 | Visita Chirurgia vascolare | 1082 | 89.7 | 14 | 30 | AV |
| 3 | Visita Endocrinologica | 1064 | 89.7 | 19 | 30 | AV |
| 4 | Visita Neurologica | 1042 | 89.13 | 32 | 15 | Zona |
| 5 | Visita Oculistica | 1039 | 95.02 | 34 | 15 | Zona |
| 6 | Visita Ortopedica | 1035-2400 | 89.7 | 36 | 15 | Zona |
| 7 | Visita Ginecologica | 1056 | 89.26 | 37 | 15 | Zona |
| 8 | Visita Otorinolaringoiatrica | 1034 | 89.7 | 38 | 15 | Zona |
| 9 | Visita Urologica | 1001-2391 | 89.7 | 43 | 15 | Zona |
| 10 | Visita Dermatologica | 1080 | 89.7 | 52 | 15 | Zona |
| 11 | Visita Fisiatrica | 1062 | 89.7 | 56 | 30 | AG |
| 12 | Visita Gastroenterologica | 1060 | 89.7 | 58 | 30 | AG |
| 13 | Visita Oncologica | 1037 | 89.7 | 64 | 15 | AG |
| 14 | Visita Pneumologica | 1022 | 89.7 | 68 | 30 | AG |
| 15 | Visita Chirurgia generale * | 1085-2389 | 89.7 | 9 | 15 | AG |
| 16 | Visita Reumatologica * | 1012 | 89.7 | 71 | 30 | AV |
| 17 | Visita Allergologica * | 1102 | 89.7 | 1 | 30 | AV |

* Visite non presenti nel Piano Nazionale e previste in aggiunta nel Piano Regionale della Toscana

Prestazioni Strumentali Diagnostica Per Immagini

| N | Prestazione | Codice Nomenclatore | Tempi massimi classe D | Ambiti di garanzia |
|----|-------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| 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 |



| N | Prestazione | Codice Nomenclatore | Tempi massimi classe D | Ambiti di garanzia |
|----|---|----------------------------------|------------------------|--------------------|
| 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 |
| 36 | RM dell'encefalo e del tronco encefalico senza e con MDC, o diffusione in età evolutiva anni 0-10 | 88.91.B | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore e scavo pelvico | 88.95.4 | 60 | AG |
| 38 | RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC | 88.95.5 | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 60 | AG |
| 40 | RM della colonna senza e con MDC | 88.93.1 | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 60 | AG |
| 42 | RM muscoloscheletrica senza e con MDC | 88.94.2 | 60 | AG |
| 43 | Eco (color) dopplergrafia cardiaca | 88.72.3 | 30 | Zona |
| 44 | Eco (color) doppler dei tronchi sovraaortici | 88.73.5 | 60 | AG |
| 45 | Diagnostica ecografica del capo e del collo | 88.71.4 | 30 | AG |
| 46 | Ecografia dell'addome (superiore, inferiore, completo) | 88.74.1- 88.75.1 - 88.76.1 | 30 | Zona |
| 47 | Ecografia della mammella bilaterale | 88.73.1 | 30 | AG |
| 48 | Ecografia della mammella monolaterale | 88.73.2 | 30 | AG |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 30 | Zona |
| 50 | Ecografia ginecologica | 88.78.2 | 30 | Zona |
| 51 | 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 classe D | Ambiti di garanzia |
|----|---|--|------------------------|--------------------|
| 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 |



| N | Prestazione | Codice Nomenclatore | Tempi massimi classe D | Ambiti di garanzia |
|----|---|---------------------|------------------------|--------------------|
| 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 cicloergometro | 89.41 - 89.43 | 60 | AG |
| 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 |

15.2 PRIMO ACCESSO - PRESTAZIONI MONITORATE: CATALOGO RT

I 64 tipi di prestazioni del Piano Regionale corrispondono a 78 codici del Nomenclatore Regionale, ai quali sono riferibili **246 voci del Catalogo Regionale** della specialistica ambulatoriale. È importante considerare queste ultime voci, tutte presenti nel Catalogo ambulatoriale AOUC, in quanto sono queste e non altre le prestazioni prescrivibili in SIRE3. Nella prima colonna dell'elenco seguente si riporta il numero progressivo del tipo di prestazione come indicato nel Piano regionale.

Il Catalogo ambulatoriale RT ha previsto la possibilità di prescrivere alcune prestazioni sotto forma di pacchetto. In caso di prescrizione di **pacchetti** che comprendono prestazioni monitorate, oltre alle singole prestazioni, saranno oggetto di monitoraggio anche i Pacchetti di cui fanno parte.

| N. | Descrizione PRGLA | Nomencl e diDisciplina | Cat RT | Catalogo RT codice e descrizione | T maxClas.D | Ambiti di garanzia |
|----|------------------------------|------------------------|--------|---|-------------|--------------------|
| 01 | Visita Cardiologica | 89.7 | 008 | 1089 VISITA CARDIOLOGICA | 15 | Zona |
| 02 | Visita Chirurgia vascolare | 89.7 | 014 | 1082 VISITA CHIRURGICA VASCOLARE | 30 | AV |
| 03 | Visita Endocrinologica | 89.7 | 019 | 1064 VISITA ENDOCRINOLOGICA | 30 | AV |
| 04 | Visita Neurologica | 89.13 | 032 | 1042 VISITA NEUROLOGICA | 15 | Zona |
| 05 | Visita Oculistica | 95.02 | 034 | 1039 VISITA OCULISTICA/ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO | 15 | Zona |
| 06 | Visita Ortopedica | 89.7 | 036 | 2400 VISITA ORTOPEDIA PEDIATRICA | 15 | Zona |
| 06 | Visita Ortopedica | 89.7 | 036 | 1035 VISITA ORTOPEDICA | 15 | Zona |
| 07 | Visita Ginecologica | 89.26 | 037 | 1056 VISITA GINECOLOGICA | 15 | Zona |
| 08 | Visita Otorinolaringoiatrica | 89.7 | 038 | 1034 VISITA OTORINOLARINGOIATRICA | 15 | Zona |
| 09 | Visita Urologica | 89.7 | 043 | 2391 VISITA UROLOGIA PEDIATRICA | 15 | Zona |
| 09 | Visita Urologica | 89.7 | 043 | 1001 VISITA UROLOGICA | 15 | Zona |
| 10 | Visita Dermatologica | 89.7 | 052 | 1080 VISITA DERMATOLOGICA | 15 | Zona |
| 11 | Visita Fisiatrica | 89.7 | 056 | 1062 VISITA FISIATRICA | 30 | AG |
| 12 | Visita Gastroenterologica | 89.7 | 058 | 1060 VISITA GASTROENTEROLOGICA | 30 | AG |
| 13 | Visita Oncologica | 89.7 | 064 | 1037 VISITA ONCOLOGICA | 15 | AG |
| 14 | Visita Pneumologica | 89.7 | 068 | 1022 VISITA PNEUMOLOGICA | 30 | AG |
| 15 | Visita Chirurgia generale | 89.7 | 009 | 2389 VISITA CHIRURGIA PEDIATRICA | 15 | AG |
| 15 | Visita Chirurgia generale | 89.7 | 009 | 1085 VISITA CHIRURGICA | 15 | AG |
| 16 | Visita Reumatologica | 89.7 | 071 | 1012 VISITA REUMATOLOGICA | 30 | AV |
| 17 | Visita Allergologica | 89.7 | 001 | 1102 VISITA ALLERGOLOGICA | 30 | AV |
| 18 | Mammografia bilaterale | 87.37.1 | | 1G53 RX MAMMOGRAFIA BILATERALE | 60 | AG |
| 18 | Mammografia bilaterale | 87.37.1 | | 1G58 TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE | 60 | AG |
| 19 | Mammografia monolaterale | 87.37.2 | | 1G51 RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE DX | 60 | AG |
| 19 | Mammografia monolaterale | 87.37.2 | | 1G52 RX MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SN | 60 | AG |
| 19 | Mammografia monolaterale | 87.37.2 | | 1G56 TOMOSINTESI MAMMARIA DX | 60 | AG |
| 19 | Mammografia monolaterale | 87.37.2 | | 1G57 TOMOSINTESI MAMMARIA SN | 60 | AG |
| 20 | TC torace | 87.41 | | 3A14 CALCIUM SCORE | 60 | AG |



| N. | Descrizione PRGLA | Nomencl e diDisciplina | Cat RT Catalogo RT codice e descrizione | T maxCla s.D | Ambiti di garanzia |
|----|--|---------------------------|--|--------------------|-----------------------|
| 20 | TC torace | 87.41 | 3A11 TC CUORE | 60 | AG |
| 20 | TC torace | 87.41 | 3B41 TC TORACE | 60 | AG |
| 20 | TC torace | 87.41 | 3B51 TC TORACE AD ALTA RISOLUZIONE | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3A26 ANGIO TC AORTA TORACICA | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3A29 ANGIO TC AORTA TORACO ADDOMINALE | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3A214 ANGIO TC CIRCOLO POLMONARE | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3A13 TC CORONAROGRAFIA | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3A12 TC CUORE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 21 | TC torace MDC | 87.41.1 | 3B42 TC TORACE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 22 | TC addome superiore | 88.01.1 | 3C21 TC ADDOME SUPERIORE | 60 | AG |
| 23 | TC addome superiore MDC | 88.01.2 | 3C22 TC ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 23 | TC addome superiore MDC | 88.01.2 | 3C41 TC FEGATO MULTIFASICA | 60 | AG |
| 24 | TC addome inferiore | 88.01.3 | 3C23 TC ADDOME INFERIORE | 60 | AG |
| 25 | TC addome inferiore MDC | 88.01.4 | 3A213 ANGIO TC AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI | 60 | AG |
| 25 | TC addome inferiore MDC | 88.01.4 | 3A212 ANGIO TC ARTERIE RENALI | 60 | AG |
| 25 | TC addome inferiore MDC | 88.01.4 | 3C24 TC ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 26 | TC addome completo | 88.01.5 | 3C25 TC ADDOME COMPLETO | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3A28 ANGIO TC AORTA ADDOMINALE | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3A210 ANGIO TC AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3C32 TC [CLISMA TC] TENU | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3C26 TC ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3C31 TC COLON [COLONSOPIA VIRTUALE] | 60 | AG |
| 27 | TC addome completo MDC | 88.01.6 | 3D25 TC UROGRAFIA [URO-TC] | 60 | AG |
| 28 | TC capo | 87.03 | 3F16 TC CRANIO CON CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE | 60 | AG |
| 28 | TC capo | 87.03 | 3F14 TC CRANIO CON CENTRAMENTO STEREOTASSICO | 60 | AG |
| 28 | TC capo | 87.03 | 3F11 TC CRANIO-ENCEFALO | 60 | AG |
| 28 | TC capo | 87.03 | 3F41 TC ORBITE | 60 | AG |
| 28 | TC capo | 87.03 | 3F21 TC SELLA TURCICA | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3A24 ANGIO TC VASI INTRACRANICI | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3A21 ANGIO TC VASI INTRACRANICI E COLLO [CAROTIDI] | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F17 TC CRANIO CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE SENZA/CON MDC | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F15 TC CRANIO CENTRAMENTO STEREOTASSICO SENZA/CON MDC | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F13 TC CRANIO CON STUDIO PERFUSIONE | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F12 TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F42 TC ORBITE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 29 | TC capo MDC | 87.03.1 | 3F22 TC SELLA TURCICA SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 30 | TC rachide | 88.38.1 | 3E41 TC RACHIDE CERVICALE | 60 | AG |
| 30 | TC rachide | 88.38.1 | 3E43 TC RACHIDE DORSALE | 60 | AG |
| 30 | TC rachide | 88.38.1 | 3E45 TC RACHIDE LOMBOSACRALE E SACROCOCCIGEO | 60 | AG |
| 31 | TC rachide MDC | 88.38.2 | 3E42 TC RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 31 | TC rachide MDC | 88.38.2 | 3E44 TC RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 31 | TC rachide MDC | 88.38.2 | 3E46 TC RACHIDE LOMBOSACRALE E SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 32 | TC di bacino | 88.38.5 | 3E614 TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE | 60 | AG |
| 32 | TC di bacino | 88.38.5 | 3E615 TC BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE CON MDC | 60 | AG |
| 34 | RM encefalo età evol anni 0-10 | 88.91.A | 4F119 RM ENCEFALO E TRONCO IN ETA' EVOLUTIVA ANNI 0-10 | 60 | AG |
| 35 | RM encefaloMDC | 88.91.2 | 4F116 RM ENCEFALO CENTRAMENTO NEURONAVIGATORE MDC | 60 | AG |
| 35 | RM encefaloMDC | 88.91.2 | 4F118 RM ENCEFALO CENTRAMENTO STEREOTASSICO MDC | 60 | AG |
| 35 | RM encefaloMDC | 88.91.2 | 4F12 RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 36 | RM encefaloMDC, in età evolutiva anni 0-10 | 88.91.B | 4F120 RM ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO, O DIFFUSIONE IN ETA'EVOLUTIVA ANNI 0-10 | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore | 88.95.4 | 4D31 PIELO-RM | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore | 88.95.4 | 4C23 RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore | 88.95.4 | 4D71 RM INGUINE-SCROTO | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore | 88.95.4 | 4D81 RM PENE | 60 | AG |
| 37 | RM di addome inferiore | 88.95.4 | 4D83 RM PENE CON FARMACOSTIMOLAZIONE IC | 60 | AG |
| 38 | RM di addome inf.MDC | 88.95.5 | 4C24 RM ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 38 | RM di addome inf.MDC | 88.95.5 | 4D72 RM INGUINE-SCROTO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 38 | RM di addome inf.MDC | 88.95.5 | 4D84 RM PENE CON FARMACOSTIMOLAZ. IC SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 38 | RM di addome inf.MDC | 88.95.5 | 4D82 RM PENE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 4E41 RM RACHIDE CERVICALE | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 4E43 RM RACHIDE DORSALE | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 4E49 RM RACHIDE IN TOTO | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 4E45 RM RACHIDE LOMBOSACRALE | 60 | AG |
| 39 | RM della colonna | 88.93 | 4E47 RM RACHIDE SACROCOCCIGEO | 60 | AG |
| 40 | RM della colonna MDC | 88.93.1 | 4E42 RM RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |



| N. | Descrizione PRGLA | Nomenclatura di Disciplina | Cat RT | Catalogo RT codice e descrizione | T maxClass.D | Ambiti di garanzia |
|----|-----------------------|----------------------------|--------|--|--------------|--------------------|
| 40 | RM della colonna MDC | 88.93.1 | 4E44 | RM RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 40 | RM della colonna MDC | 88.93.1 | 4E410 | RM RACHIDE IN TOTO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 40 | RM della colonna MDC | 88.93.1 | 4E46 | RM RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 40 | RM della colonna MDC | 88.93.1 | 4E48 | RM RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E653 | ARTRO RM (IN SEDE SPECIFICA NON ALTRIMENTI CATALOGATA) | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E616 | RM ANCA BILATERALE | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E614 | RM ANCA DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E615 | RM ANCA SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E67 | RM AVAMBRACCIO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E68 | RM AVAMBRACCIO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E613 | RM BACINO | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E63 | RM BRACCIO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E64 | RM BRACCIO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E623 | RM CAVIGLIA DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E624 | RM CAVIGLIA SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E617 | RM COSCIA DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E618 | RM COSCIA SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E621 | RM GAMBA DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E622 | RM GAMBA SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E619 | RM GINOCCHIO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E620 | RM GINOCCHIO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E65 | RM GOMITO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E66 | RM GOMITO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E611 | RM MANO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E612 | RM MANO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E71 | RM MUSCOLOSCHIELETRICA E TESSUTI MOLLI | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E625 | RM PIEDE DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E626 | RM PIEDE SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E69 | RM POLSO DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E610 | RM POLSO SN | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E61 | RM SPALLA DX | 60 | AG |
| 41 | RM muscoloscheletrica | 88.94.1 | 4E62 | RM SPALLA SN | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E660 | ARTRO RM ANCA DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E661 | ARTRO RM ANCA SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E664 | ARTRO RM CAVIGLIA DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E665 | ARTRO RM CAVIGLIA SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E662 | ARTRO RM GINOCCHIO DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E663 | ARTRO RM GINOCCHIO SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E656 | ARTRO RM GOMITO DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E657 | ARTRO RM GOMITO SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E658 | ARTRO RM POLSO DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E659 | ARTRO RM POLSO SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E654 | ARTRO RM SPALLA DX (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E655 | ARTRO RM SPALLA SN (INCLUSO ESAME DI BASE) | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E642 | RM ANCA BILATERALE SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E640 | RM ANCA DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E641 | RM ANCA SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E633 | RM AVAMBRACCIO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E634 | RM AVAMBRACCIO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E639 | RM BACINO SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E629 | RM BRACCIO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E630 | RM BRACCIO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E649 | RM CAVIGLIA DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E650 | RM CAVIGLIA SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E643 | RM COSCIA DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E644 | RM COSCIA SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E647 | RM GAMBA DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E648 | RM GAMBA SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E645 | RM GINOCCHIO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E646 | RM GINOCCHIO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E631 | RM GOMITO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E632 | RM GOMITO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E637 | RM MANO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E638 | RM MANO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscoloch. MDC | 88.94.2 | 4E72 | RM MUSCOLOSCHIELETRICA E TESS.MOLLI SENZA E CON MDC | 60 | AG |



| N. | Descrizione PRGLA | Nomencl RT e diDisciplina | Cat RT Catalogo RT codice e descrizione | T maxCla s.D | Ambiti di garanzia |
|----|---------------------------|------------------------------|---|--------------------|-----------------------|
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E651 RM PIEDE DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E652 RM PIEDE SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E635 RM POLSO DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E636 RM POLSO SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E627 RM SPALLA DX SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 42 | RMmuscolosch. MDC | 88.94.2 | 4E628 RM SPALLA SN SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 43 | Ecocolor Doppler cardiaca | 88.72.3 | 2A19 ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO A RIPOSO | 30 | Zona |
| 43 | Ecocolor Doppler cardiaca | 88.72.3 | 2A111 ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO DURANTE PROVA FARMACOLOGICA INCLUSO ESAME DI BASE | 30 | Zona |
| 43 | Ecocolor Doppler cardiaca | 88.72.3 | 2A110 ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO DURANTE PROVA FISICA INCLUSO ESAME DI BASE | 30 | Zona |
| 43 | Ecocolor Doppler cardiaca | 88.72.3 | 2A17 ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO SENZA E CON MDC (A RIPOSO E DURANTE PROVA FISICA E/O FARMACOLOGICA) | 30 | Zona |
| 44 | ECD tronchi sovraortici | 88.73.5 | 2A21 ECOCOLOR DOPPLER TRONCHI SOVRAAORTICI | 60 | AG |
| 45 | Ecografia capo e collo | 88.71.4 | 2G11 ECOGRAFIA COLLO | 30 | AG |
| 45 | Ecografia capo e collo | 88.71.4 | 2G31 ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI MAGGIORI | 30 | AG |
| 45 | Ecografia capo e collo | 88.71.4 | 2G42 ECOGRAFIA PARATIROIDI | 30 | AG |
| 45 | Ecografia capo e collo | 88.71.4 | 2G41 ECOGRAFIA TIROIDEA | 30 | AG |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X111 ECO FEGATO CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.75.1 | 2X112 ECO INTESTINO CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X113 ECO LINFONODI CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X114 ECO MILZA CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X115 ECO PANCREAS CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X116 ECO POLMONE CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X117 ECO RENI CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.75.1 | 2X118 ECO UTERO E ANNESSI CON CONTRASTO (CEUS) | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.76.1 | 2C25 ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.75.1 | 2C23 ECOGRAFIA ADDOME INFERIORE | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2C21 ECOGRAFIA ADDOME SUPERIORE | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2C39 ECOGRAFIA ANSE INTESTINALI | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2X21 FIBROSCAN | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2C34 STUDIO ECOGRAFICO REFLUSSO GASTROESOFAGEO | 30 | Zona |
| 46 | Ecografia addome | 88.74.1 | 2C31 STUDIO ECOGRAFICO TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO | 30 | Zona |
| 47 | Eco mammella bilaterale | 88.73.1 | 2G52 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE | 30 | AG |
| 48 | Eco mammella monolaterale | 88.73.2 | 2G51 ECOGRAFIA MAMMARIA MONOLATERALE DX | 30 | AG |
| 48 | Eco mammella monolaterale | 88.73.2 | 2G53 ECOGRAFIA MAMMARIA MONOLATERALE SN | 30 | AG |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 1591 ECOGRAFIA OSTETRICA (1 TRIMESTRE) | 30 | Zona |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 1596 ECOGRAFIA OSTETRICA (3 TRIMESTRE) | 30 | Zona |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 2D52 ECOGRAFIA OSTETRICA DI SECONDO LIVELLO | 30 | Zona |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 2D54 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA (2 TRIMESTRE) | 30 | Zona |
| 49 | Ecografia ostetrica | 88.78 | 1598 ECOGRAFIA TRANSLUCENZA NUCALE | 30 | Zona |
| 50 | Ecografia ginecologica | 88.78.2 | 1590 ECOGRAFIA GINECOLOGICA | 30 | Zona |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A26 ECOCOLOR DOPPLER ARTERIE RENALI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A24 ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A25 ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI INFERIORI (A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A22 ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI SUPERIORI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A23 ECOCOLOR DOPPLER ARTERIOSO ARTI SUPERIORI (A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A41 ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI (ESCLUSO VASI VISCERALI) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A42 ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTER. O VENOSI SENZA E CON MDC (ESCLUSO VISCERALI) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A45 ECOCOLOR DOPPLER FETOPLACENTARE | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2G43 ECOCOLOR DOPPLER PARATIROIDI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2D82 ECOCOLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO (CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2D72 ECOCOLOR DOPPLER TESTICOLARE | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A43 ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A44 ECOCOLOR DOPPLER VASI VISCERALI SENZA E CON MDC | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A34 ECOCOLOR DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI (A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA) | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A33 ECOCOLOR DOPPLER VENOSO ARTI INFERIORI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A31 ECOCOLOR DOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolor Doppler A/V | 88.77.2 | 2A32 ECOCOLOR DOPPLER VENOSO ARTI SUPERIORI (A RIPOSO E DOPO PROVA FISICA O FARMACOLOGICA) | 60 | AG |



| N. | Descrizione PRGLA | Nomencl RT e diDisciplina | Cat RT | Catalogo RT codice e descrizione | T maxClas.D | Ambiti di garanzia |
|----|---------------------------------------|---------------------------|-------------|---|-------------|--------------------|
| 51 | Ecocolordoppler A/V | 88.77.2 | 2A36 | ECOCOLORDOPPLER VENOSO COLLO | 60 | AG |
| 51 | Ecocolordoppler A/V | 88.77.2 | 2X11 | ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC | 60 | AG |
| 51 | Ecocolordoppler A/V | 88.77.2 | 2A35 | MAPPA VENOSA ARTI INFERIORI | 60 | AG |
| 51 | Ecocolordoppler A/V | 88.77.2 | 2X12 | MDC ECOGRAFICO IN CORSO DI ESAME DI BASE | 60 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23.1 | 1482 | COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23.2 | 1483 | COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23 | 1484 | COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DX O PANCOLONSCOPIA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23.3 | 1485 | COLONSCOPIA IN ANESTESIA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23.3 | 1486 | COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.25.1 | 1487 | COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON BIOPSIA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.42.1 | 1488 | COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON POLIPECTOMIA | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.23 | 2C38 | ECOENDOSCOPIA COLON | 30 | AG |
| 52 | Colonscopia | 45.42 | 1937 | POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO E RETTO | 30 | AG |
| 53 | Sigmoidoscopia | 45.24 | 1489 | COLONSCOPIA PARZIALE (SN) | 30 | AG |
| 53 | Sigmoidoscopia | 45.24.1 | 2151 | SIGMOIDOSCOPIA (COLONSCOPIA SN) CON BIOPSIA | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.13 | 2C37 | ECOENDOSCOPIA ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.13 | 2348 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.16 | 1654 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.16 | 1655 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA IN SEDAZIONE COSCIENTE | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.13 | 1656 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] IN ANESTESIA | 30 | AG |
| 54 | Esofagogastroduodenoscopia | 45.13 | 1657 | ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] IN SEDAZIONE COSCIENTE | 30 | AG |
| 55 | Elettrocardiogramma | 89.52 | 1600 | ELETTROCARDIOGRAMMA | 30 | Zona |
| 56 | Elettrocardiogramma dinamico (Holter) | 89.50 | 1601 | ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (HOLTER) | 30 | Zona |
| 57 | Test cardiovascolare | 89.43 | 2244 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO AL CICLOERGOMETRO | 60 | AG |
| 57 | Test cardiovascolare | 89.41 | 2245 | TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE | 60 | AG |
| 58 | Altri test cardiovascolari | 89.44 | 1248 | ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO | 60 | AG |
| 58 | Altri test cardiovascolari | 89.44 | 2109 | SATE STUDIO ELETTROFISIOLOGICO | 60 | AG |
| 59 | Esame audiometrico tonale | 95.41.1 | 1642 | ESAME AUDIOMETRICO TONALE | 60 | AG |
| 60 | Spirometria semplice | 89.37.1 | 2170 | SPIROMETRIA SEMPLICE | 60 | AG |
| 61 | Spirometria globale | 89.37.2 | 2168 | SPIROMETRIA GLOBALE | 60 | AG |
| 62 | Fotografia fundus | 95.11 | 1680 | FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO DX | 30 | Zona |
| 62 | Fotografia fundus | 95.11 | 1681 | FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO SN | 30 | Zona |
| 63 | Esame fundus oculi | 95.09.1 | 1645 | ESAME DEL FUNDUS OCULI | 30 | Zona |
| 64 | Elettromiografia semplice | 93.08.1 | 1618 | ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] | 60 | AG |