

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

Doc. CCI
n. 7

RELAZIONE

CONCERNENTI L'ATTUAZIONE DEGLI ADEMPIMENTI
PREVISTI DALL'ACCORDO TRA LO STATO, LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO
DEL 14 FEBBRAIO 2002 IN MATERIA DI ACCESSO ALLE
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE E DI
INDIRIZZI APPLICATIVI SULLE LISTE DI ATTESA

(Anno 2003)

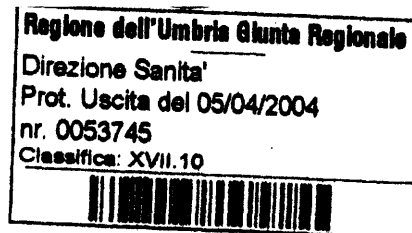
(Articolo 52, comma 4, lettera c), della legge 27 dicembre 2002, n. 289)

Presentata dalla Regione Umbria

—————
Comunicata alla Presidenza il 9 giugno 2004
—————


**REGIONE DELL'UMBRIA
GIUNTA REGIONALE**

Direzione regionale Sanità e Servizi sociali



Oggetto: Attuazione adempimenti di cui alla lett. c) dell'art. 52 della L. 289/02 in materia di servizi sanitari.

| | | | | |
|--|-----------|---------------|-----------|----------------------|
| REGIONE DELL'UMBRIA - GIUNTA REGIONALE | | | | |
| SEGRETERIA GENERALE PRESIDENZA GIUNTA REGIONALE | | | | |
| Data di Arrivo | | - 6 APR. 2004 | | Segla |
| | PGR. GAB. | S. GEN. | P. INDIV. | UN. COORD. |
| ORIGINALE | SERV. | SEZ. | DIREZIONE | INDIC. DIRET. D.M.F. |

Al Segretario Generale

Presidenza Giunta Regionale

Dott. Lucio CAPORIZZI

SEDE

La Regione Umbria ha attivato dal 1998 progetti o programmi volti alla gestione delle liste di attesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale, con un primo progetto approvato dal Ministero della Sanità, e successivamente anche per i ricoveri.

L'obiettivo primario è sempre la riduzione delle liste di attesa attraverso molteplici azioni che coinvolgono diverse figure professionali e che agiscono sia sul versante dell'appropriatezza della domanda, sia sull'efficienza dell'offerta dei servizi. Le strategie sono quelle di monitorare le prestazioni, garantire la massima trasparenza delle liste, potenziare modelli operativi orientati all'efficienza e sperimentando nel contempo sistemi di filtro della domanda di ricovero.

I vari progetti o programmi hanno consentito e consentono una valutazione delle modificazioni in itinere delle situazioni aziendali, utilizzando monitoraggio a cadenza stabilita per le prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero.

Nei progetti è prevista la messa in opera di interventi di razionalizzazione della domanda tendente a ridurre la quota di inappropriata della prestazione, anche ridefinendo l'assetto organizzativo e gestionale dei Cup uniformemente sul territorio regionale.

Ogni azienda ha programmato una serie di attività volte al raggiungimento dell'obiettivo complessivo: queste vanno dall'aumento dei punti di erogazione delle prestazioni, alla stipula di contratti con consulenti esterni, all'aumento di accessi settimanali per i punti di erogazione, alla sperimentazione di progetti di telemedicina, fino all'introduzione e organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria.

Facendo riferimento a quest'ultimo aspetto, nel tentativo di orientare in maniera univoca e omogenea nelle singole aziende le strategie, la Direzione Generale sanità e Servizi Sociali nel

documento riguardante “*Prime misure per la riqualificazione dell’assistenza ed il controllo della spesa sanitaria*”, ha sottolineato l’esigenza di collocare la libera professione all’interno delle misure volte a ridurre i tempi di attesa, prevedendo “vincoli per la libera professione intramoenia in caso di superamento dei tempi massimi, che coincideranno nella sospensione della libera professione stessa qualora si rilevi una situazione di bassi volumi di attività istituzionale a fronte dei volumi di attività erogati in libera professione”. Le prestazioni erogate in regime di attività libero professionale intramuraria comunque, finora non sono state specificatamente monitorate, pertanto, non avendo a disposizione dati e andamenti temporali relativamente a tale attività svolta nelle singole aziende, le eventuali riduzioni riscontrate dei tempi di attesa complessivi per l’accesso alle prestazioni, non sono ascrivibili precisamente ad una misura adottata piuttosto che ad altre.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi d’attesa:

Il primo programma di monitoraggio triennale nella Regione Umbria è stato definito con Nota n. 5461 del 13.04.99, inviata a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Umbre. Alla nota erano allegati lo schema relativo alla metodologie del monitoraggio e la lista delle prestazioni oggetto di rilevazione (per un totale di oltre 90, ma va ricordato che non tutte le realtà aziendali erogano la totalità delle prestazioni incluse nella lista). E’ stato previsto che il monitoraggio fosse effettuato in un giorno indice, comunicato volta per volta, con cadenza trimestrale.

I risultati delle rilevazioni, che riguardavano un numero di prestazioni erogate variabile da azienda ad azienda (compreso tra 50 e 80), venivano inviati alla Regione su supporto cartaceo, a firma del Direttore Sanitario o del Direttore Generale.

Le informazioni raccolte dalle aziende riguardano:

- Le prestazioni oggetto di rilevazione
- Il tempo massimo di attesa deliberato per la prestazione
- I giorni di attesa per prestazione
- La sede (o unità) di erogazione

Su tali informazioni gli uffici dell’Assessorato calcolavano per ogni azienda:

- Lo scarto percentuale tra i tempi teorici (TMA) e i tempi reali per singola prestazione
- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici

- La % complessiva di punti di erogazione che superano i tempi massimi teorici di più del doppio.

Finito il monitoraggio triennale, sono state effettuate rilevazioni, sempre a cadenza stabilita e con un giorno indice concordato seguendo anche quelle che sono state le indicazioni ministeriali, che di fatto ha affidato all'Agenzia dei servizi Sanitari Regionali il coordinamento fra le regioni della sorveglianza dei tempi d'attesa.

Si sono fatte rilevazioni, nel 2002 e nel 2003, in conformità a quanto effettuato dalle altre regioni, aderendo anche alla prima sperimentazione del programma e del software dell'ASSR. Attualmente, superata positivamente la fase di sperimentazione, la rilevazione per le prestazioni di specialistica ambulatoriale è entrata a regime su scala nazionale, e quindi tutte le Regioni e tutte le Aziende Sanitarie parteciperanno alla rilevazione in un giorno indice stabilito a livello centrale.

I referenti delle singole nostre Aziende Sanitarie dopo aver partecipato alle giornate di formazione, sono partite con la nuova metodica il 21 gennaio 2004, giorno indice per la rilevazione. Sono state monitorate 7 prestazioni ambulatoriali e 5 ricoveri, secondo lo schema nazionale. I dati raccolti a livello di unità eroganti, validati dalla regione, sono stati inviati all'ASSR che elaborerà i dati e permetterà di effettuare valutazioni e confronti.

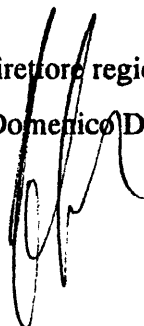
Per dovere di precisione dobbiamo comunque ricordare che la sperimentazione ha dato risultati validi per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, ma non per i ricoveri. La Regione Umbria ha comunque deciso di effettuare la rilevazione anche sui ricoveri nello stesso giorno indice presso tutte le strutture e non solo su alcune come proposto ancora dall'ASSR.

Per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi per la riduzione dei tempi d'attesa:

La regione dell'Umbria nel nuovo Piano Sanitario Regionale ha definito quelle che saranno le strategie da attuare nel triennio (allegato). Siamo ancora nella fase di progettualità di alcune metodologie da adottare, che troveranno risposta nell'immediato futuro.

Cordiali saluti

Il Direttore regionale
Dott. Domenico De Salvo



7.3.3. MIGLIORARE LA GESTIONE DELLE LISTE DI ATTESA.

I fattori che influenzano i tempi di attesa e la gestione delle liste sono molteplici; le fasi su cui porre attenzione sono quelle della prescrizione, della prenotazione e follow up, della esecuzione e del monitoraggio¹⁷.

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che è erogato e della necessità/adequatezza in rapporto alla patologia o anche al tipo di approccio organizzativo che è utilizzato. Le iniziative da intraprendere devono aumentare il grado di appropriatezza delle prestazioni rese, anche in rapporto alla evoluzione tecnologica che pone continuamente gli operatori di fronte a scelte diagnostiche e terapeutiche rinnovate, con l'esigenza di comprendere quali siano le prestazioni realmente idonee e quale sia il loro migliore livello di utilizzo. Infatti la soluzione più semplice, l'aumento dei volumi dell'offerta e il conseguente aumento della capacità produttiva dei servizi, finisce con riproporre il problema in veste sempre più importante e con un aumento dei costi illimitato.

A) PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.

Gli obiettivi sui quali la Regione deve impegnarsi, dal lato della domanda, sono i seguenti:

A.1) Individuazione del livello di priorità clinica per la prescrizione.

I criteri di priorità si devono basare in primo luogo sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico presente: eziologia, stadio e decorso, con riguardo ai possibili danni legati a ritardi nel trattamento, alla presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali, alle fattispecie particolari che richiedano di essere trattate secondo tempistiche prefissate.

¹⁷ Le prime due si riferiscono alla «domanda» di prestazione, mentre le altre attengono più alla «offerta» di assistenza; per tutte, comunque, ci sono delle considerazioni che vanno tenute presenti:

- appropriatezza ed efficacia della domanda e della offerta;
- adeguatezza della programmazione sanitaria ai diversi livelli;
- disponibilità di risorse finanziarie sufficienti;
- riorganizzazione del lavoro all'interno delle strutture sanitarie;
- ricorso a forme di incentivazione, programmi di formazione ed obiettivi per l'implementazione di linee guida e percorsi assistenziali.

I principi per la gestione delle priorità di accesso sono i seguenti:

- individuare la priorità clinica¹⁸, sia per le prestazioni di ricovero che per quelle ambulatoriali, comunque per quelle maggiormente rappresentative;
- la lista deve essere strutturata in modo da permettere l'individuazione di tale priorità;
- inserire i pazienti in lista di attesa, se l'indicazione clinica all'intervento è corretta, rispettando l'ordine di presentazione dei pazienti;
- pazienti con pari livello di priorità devono essere trattati secondo l'ordine cronologico di presentazione;
- in caso di sospensione il paziente deve rientrare in lista in una posizione che tenga conto della posizione originaria.

Non ha valore la sola applicazione dei tempi di attesa massimi (per categorie di attesa: emergente, urgente, breve attesa, attesa senza limite definito, programmata), ma occorre definire categorie di attesa in base all'effettivo bisogno clinico. I «Raggruppamenti di attesa omogenei» (RAO¹⁹) possono rappresentare una soluzione.

Un problema gestionale connesso con l'individuazione di classi di priorità è la possibilità di modifica del livello di priorità del singolo paziente nel tempo, con la conseguente necessità di prevedere, a livello di sistema di gestione delle prenotazioni, la registrazione di tali modifiche.

Per ogni singolo esame richiesto va sempre collegato il sospetto diagnostico, fornendo una griglia per patologia oltre che per grado di urgenza, in modo di fornire elementi per la valutazione sulla appropriatezza delle richieste, tenendo sotto controllo il volume complessivo delle singole prestazioni e conseguentemente l'entità delle liste d'attesa.

A.2) Implementazione del sistema di prenotazione.

Il sistema di prenotazione secondo il modello centralizzato CUP aziendale deve estendersi, arrivando ad un modello centralizzato regionale e per la stessa esigenza di trasparenza ed equità, va esteso il sistema di prenotazione centralizzato anche alle attività libero-professionali in intramoenia.

La sensibilizzazione dei MMG e PLS, con la predisposizione di protocolli e linee guida concordate, e con la possibilità di prenotare direttamente le prestazioni per i propri assistiti (prevedendo di estendere la possibilità a tutte le farmacie), dovrebbe ridurre la richiesta di prestazioni improprie.

¹⁸ È necessario definire liste di priorità, con corrispondenti tempi di attesa clinicamente accettabili, evitando di focalizzare l'attenzione esclusivamente sul limite assoluto di attesa, ma prevedendo sistemi che possano garantire maggiore priorità e minori attese alle situazioni realmente più bisognose. Il problema dell'individuazione di priorità cliniche comporta un approccio sistemico, realizzabile pienamente solo a livello locale. A livello regionale è opportuno adottare un sistema di classificazione unico, che fornisca dati confrontabili ed assicuri equità di accesso per il cittadino verso tutte le strutture del territorio. È compito della Regione definire gli obiettivi di sistema, supportando le Aziende a livello metodologico ed effettuando un attento monitoraggio.

¹⁹ I RAO sono categorie di contenuto clinico per l'accesso alla prestazione specialistica (diagnostica o terapeutica), omogenee per l'attesa che può essere assegnata al caso clinico senza compromettere la diagnosi del paziente. È necessario che prima dell'applicazione dei RAO, venga condivisa dai professionisti, tutti i medici prescrittori, la logica della «priorità di attesa», considerando tre livelli:

- urgenza di fare la sola diagnosi clinica
- urgenza di fare la diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato
- urgenza di fare diagnosi clinica in quanto il paziente potrà essere curato e sollevato da problemi socio-sanitari.

Per l'applicazione della metodica dei RAO, va previsto il coinvolgimento dei servizi di prenotazione, dei Medici Specialisti e dei Medici di Medicina Generale, la revisione di procedure operative di prenotazione, la definizione ed applicazione di RAO concordati e l'ampliamento progressivo del numero dei partecipanti, ipotizzando una fase di sperimentazione iniziale. È opportuno prevedere anche audit delle attività prescrittive, da parte dei MMG e PLS (in particolare per quelli di maggiore complessità).

La prenotazione di esami o prestazioni di controllo deve avvenire secondo un canale parallelo, con prenotazione diretta da parte del servizio che ha effettuato la prima prestazione; nel rispetto dei tempi indicati dallo specialista.

A.3) *Monitoraggio delle prestazioni.*

Il monitoraggio delle liste di attesa è un indispensabile strumento di programmazione sanitaria nell'ambito aziendale e sovraaziendale. Si tratta di analizzare i dati rilevati e di monitorare i bisogni e le priorità assistenziali dei cittadini in rapporto alle caratteristiche dell'offerta fornita. L'esigenza diventa non tanto quella di conoscere il tempo di attesa, ma di correlare il tempo con la classe di priorità, tenendo in considerazione le esigenze espresse dai cittadini e valutando la capacità del sistema di rispondere in maniera adeguata. È necessario quindi rilevare non solo il tempo di attesa, ma anche altri fattori, quali il numero di utenti in lista, il numero di prestazioni potenzialmente erogabili e quelle erogate, etc. Molteplici informazioni aggregate possono permettere di effettuare valutazioni maggiormente precise, comprendendo le criticità presenti e individuando le aree di sofferenza dove è necessario intervenire.

Le informazioni raccolte dovranno permettere di verificare:

- la corrispondenza tra la codifica del prescrittore e quella confermata dallo specialista;
- i giorni di attesa in base alla classe di appartenenza;
- il numero di prestazioni che non sono state codificate con classi prioritarie;
- il comportamento dei vari prescrittori;
- la prescrizione e la erogazione delle prestazioni effettuate, riconducendole al medico prescrittore, al cittadino che le riceve, alla struttura che le eroga;
- gli aspetti quantitativi: volumi di attività, tipologia di prestazioni richieste, spesa generata;
- gli aspetti organizzativi e gestionali: tempi di attesa, tipologia di attività effettuata;
- gli aspetti correlati alle variazioni della domanda espressa di prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Il monitoraggio delle attività e delle prestazioni va effettuato, con le stesse modalità e con gli stessi principi ispiratori, anche per le attività svolte in regime di attività intramoenia, che, se regolato e controllato, può contribuire alla riduzione delle liste d'attesa.

A tal fine è necessario riformulare il programma di monitoraggio regionale.

A.4) *Comunicazione ed informazione agli utenti.*

Per cercare di favorire l'accesso dei pazienti e garantire la trasparenza degli atti è necessario predisporre strumenti corretti di informazione all'utenza relativamente al percorso di accesso alla prestazione; è necessario offrire riferimenti certi per le fasi che precedono e preparano l'accesso alla struttura, permettendo un corretto orientamento e il contatto con gli interlocutori preposti a fornire le informazioni di cui necessitano. Questo permette all'utente di esercitare un maggiore controllo sull'iter seguito dalla propria richiesta, oltre che di collaborare in modo più attivo con le strutture, ad esempio segnalando per tempo eventuali rinunce.

Il modo più adeguato è adottare sistemi centralizzati in cui la gestione sia affidata ad una struttura unica per strutture sanitarie complesse. Tramite il contatto telefonico e la comune attività di sportello si viene a creare un servizio continuativo di assistenza e di distribuzione di informazioni, anche allo scopo di orientare l'utenza e di non generare in essa una sensazione di abbandono, garantendo la raccolta e la trasmissione di informazioni riguardanti i tempi di attesa, a favore sia dei cittadini che dei MMG.

Gli obiettivi da raggiungere per la Regione dal lato dell'offerta, sono i seguenti:

- a) aumento della percentuale di disponibilità di prestazioni prenotabili a CUP e sperimentazioni di agende informatiche differenziate per priorità cliniche di prestazioni, con il definitivo superamento delle liste chiuse;
- b) migliore organizzazione del lavoro, verifica e messa in atto di interventi tesi ad aumentare i tempi di effettivo utilizzo delle apparecchiature tecnologiche e delle strutture, utilizzando anche tutte le forme di remunerazione legate al risultato;
- c) utilizzo dell'overbooking, che permette di aumentare il numero di prenotazioni possibili in base al calcolo statistico del numero di persone prenotate che non si presentano all'appuntamento;

d) previsione di meccanismi di incentivazione legate al risultato per il personale di alcune strutture con tempi critici;

e) potenziamento dell'informazione regionale per gli utenti attraverso gli URP e tutti i sistemi di informazione attivati.

L'obiettivo finale per il PSR è quello di individuare le prestazioni prioritarie in modo da promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le prestazioni scelte sono indicate nella tabella finale riassuntiva (Tab. 7.3), mentre il gruppo di lavoro regionale, formato da referenti aziendali e regionali, valuterà l'opportunità di aggiungerne altre a queste, per coprire aree diagnostiche rilevanti per il servizio sanitario regionale. I tempi massimi di attesa dovranno essere definiti dal gruppo anche in base alle indicazioni della normativa nazionale e dovranno essere riferiti a prestazioni ordinarie richieste come primo accesso e non come controlli.

B) PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO.

Rappresentano obiettivi del triennio per la nostra Regione:

B.1) *Il sistema di gestione.*

Deve essere consentita la registrazione della data di prenotazione (quella in cui la richiesta di ricovero è pervenuta all'operatore addetto all'accettazione): tale data deve essere riportata sul registro delle prenotazioni previsto dall'art. 3, comma 8, della legge 724/1994, sia che esso sia gestito in forma cartacea, sia che esso si connoti come sistema di prenotazione informatizzata.

Anche per i ricoveri programmati, possono verificarsi rinunce temporanee o sospensioni, mancate presentazioni o l'inserimento di pazienti con codici di priorità più urgenti. Queste eventualità influenzano sia la determinazione della durata delle attese che l'ordine di accesso dei pazienti disponibili; è pertanto importante ricondurre ad una condizione di leggibilità questi fenomeni. È necessario registrare gli eventi, prevenendo l'inserimento sul registro di un campo specifico per l'aggiunta di note scritte.

Ogni struttura erogatrice deve dotarsi di strumenti di informazione per gli utenti, che esplicitino i passaggi e gli interlocutori che intervengono nel processo che va dalla richiesta di ricovero al ricovero stesso, passando attraverso le fasi intermedie di prenotazione, permanenza in lista, contatti periodici per i pazienti con lunghe liste di attesa, chiamata finale. Per ciascun passaggio occorre definire chiaramente chi è preposto all'attività, le modalità e i tempi.

La presenza di un'unica modalità di accesso ai ricoveri all'interno della struttura contribuisce a rendere ulteriormente riconoscibile l'iter seguito dal paziente, riducendo la variabilità tra reparti.

I ricoveri medici diagnostici devono essere garantiti, sempre fatti salvi i criteri di appropriatezza d'uso delle risorse ospedaliere, entro un tempo massimo in ragione del sospetto diagnostico (griglia di patologie) facendo anche riferimento alle classi d'urgenza.

I ricoveri chirurgici programmati devono essere valutati dallo specialista chirurgo, ai fini dell'inserimento in lista.

L'inserimento dei pazienti nelle liste, la tenuta e la gestione delle stesse devono essere attuati a livello dipartimentale, secondo criteri che tengano conto della patologia, della sua gravità e dell'urgenza. Nelle liste va riportato il numero di inserimento del paziente, il nome del medico proponente, la patologia diagnosticata e le generalità del paziente, informando lo stesso sul numero di inserimento e sul tempo di attesa stimato. Le liste vanno inviate periodicamente in Direzione Sanitaria, insieme all'elenco dei pazienti iscritti che sono stati ricoverati; sarà la Direzione ad effettuare i dovuti controlli sulla gestione delle liste e fornire dati per il monitoraggio regionale.

La sperimentazione e incentivazione della ospedalizzazione domiciliare in definiti campi di attività, potrebbe contribuire a ridurre la entità della problematica.

B.2) *I flussi informativi.*

La data di prenotazione deve essere registrata fra le informazioni di accettazione che vanno a confluire sulla scheda di dimissione ospedaliera, quale campo obbligatorio a livello regionale. Anche se la rilevazione retrospettiva risente di problemi di tempestività e non permette di ottenere direttamente dati sul numero di pazienti in lista e sui fenomeni interni della lista, si ritiene che tale modalità sia semplice ed

affidabile: il calcolo della differenza tra data di ammissione al ricovero e quella di prenotazione è sicuramente fattibile, e con questa modalità di campo della SDO è possibile anche stimare il numero di pazienti in lista nel caso in cui il volume di produzione non risulti particolarmente variabile (moltiplicazione tra numero di pazienti trattati in media al giorno e l'attesa media in giorni). Anche in questo caso si tratta di individuare poche salienti prestazioni sulle quali promuovere iniziative di miglioramento dei tempi di attesa. Le patologie e prestazioni svolte in regime di urgenza-emergenza sono chiaramente escluse in quanto devono essere effettuate in tempi compatibili con lo stato clinico del singolo paziente.

Per quanto riguarda il monitoraggio, vanno tenute sotto controllo:

— le prestazioni o ambiti le cui liste di prenotazione manifestano tempi di attesa superiori ad un valore limite fissato dalla Regione o ritenuto adeguato a livello nazionale;

— le prestazioni o ambiti che la Regione o il livello nazionale ritiene ad alta complessità diagnostico terapeutica o di alto valore socio sanitario;

— le prestazioni o ambiti connesse a percorsi diagnostico terapeutici di patologie sulle quali la Regione o il livello nazionale ha dichiarato di concentrare una particolare attenzione sulla tempestività di risposta.

Le prestazioni selezionate per la Regione, anche in accordo con i riferimenti di indirizzo nazionali, sono indicate nella tabella riassuntiva, e materia di lavoro per il gruppo di lavoro regionale.

Tabella 7.3: Prestazioni selezionate per i monitoraggi di specialistica ambulatoriale e ricoveri.

| Monitoraggio delle prestazioni specialistica ambulatoriale | Monitoraggio dei ricoveri |
|---|---|
| a) RMN della colonna, senza e con contrasto (88.93.1) | o Artroprotesi d'anca per patologia non traumatica acuta (codici intervento 81.51, 81.52, 81.53) (ricovero ordinario) |
| b) TAC del capo, senza e con contrasto (87.03.1) | o Artroscopia ((codici intervento 80.02) (day hospital) |
| c) Eco (color) doppler dei tronchi sovraortici (88.73.5), eco (color) dopplergrafia degli arti superiori, inferiori, distrettuale (88.77.2) | o By pass aortocoronarico (codici intervento afferenti ai DRG 106 - 107) (ricovero ordinario) |
| d) Ecocolordopplergrafia cardiaca (88.72.3) | o Cataratta (codici intervento afferenti ai DRG 39) (day hospital) |
| e) Elettromiografia (93.08.1) | o Colectomia (codici intervento 51.52 - 51.23) (ricovero ordinario) |
| f) Mammografia bilaterale (87.37.1) (escluse quelle facenti parte di campagne di screening) | o Chemioterapia (codici di diagnosi principale V58.1) (1° accesso) (day hospital) |
| g) Visita generale della branca di oncologia (89.7) | o Radioterapia (codici di diagnosi principale V58.0) (1° accesso) (day hospital) |
| h) Visita generale della branca cardiologia (89.7) | o Coronarografia (codici di intervento 88.55, 88.56, 88.57) (ricovero ordinario) |
| i) Visita oculistica (95.02) | |
| j) Esofagogastroduodenoscopia (45.13) | |
| k) Ecografia addome sup. (88.74.1) inf. (88.75.1) completo (88.76.1) | |