

## LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del servizio sanitario regionale” e s.m.i.;

Visto la delibera 567/2016 “Programma Regionale di Sviluppo 2016-2020. Adozione” e in particolare il Progetto regionale Riforma e sviluppo della qualità sanitaria”, Intervento 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.”

Viste le DGR 245/2000, 143/2006 e 867/2006, con le quali si rideterminano i tempi massimi di attesa per l'erogazione di alcune specifiche prestazioni specialistiche, promuovendo soluzioni organizzative condivise a livello di Area Vasta;

Richiamata la DRG 1038/2005 avente ad oggetto “Protocollo d'intesa tra: la Regione Toscana le Aziende sanitarie e le Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale/pediatria di libera scelta degli specialisti convenzionati interni e dei medici specialisti dipendenti”, che prevede, per i cittadini, percorsi di cura integrati tra le diverse professionalità che possono intervenire su un bisogno di salute;

Vista la DGR 578/2009 che approva le “Linee di indirizzo per il governo e lo sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'adozione dei programmi attuativi aziendali, al fine di promuovere il diritto di accesso del cittadino e garantire tempi di attesa definiti”;

Considerata la DGR 493/2011 con la quale si adotta il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa, secondo le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2010-2012 (PNGLA);

Richiamata la DGR 529/2013 che approva le linee di indirizzo in materia di attività libero-professionale intramuraria della dirigenza sanitaria;

Vista la DGR 694/2014 che approva le linee di indirizzo per la “Ridefinizione delle modalità di accesso e della organizzazione dell'offerta clinico-diagnostica territoriale”

Sottolineato che, seppur in trend di miglioramento negli ultimi anni, i monitoraggi attivati dalla Regione in materia di liste di attesa, continuano a evidenziare criticità nell’offerta entro i tempi massimi previsti dalla normativa regionale;

Ritenuto che parte delle criticità sopradette siano da attribuire dalla mancata separazione tra le richieste generate nell’ambito del primo contatto fra il cittadino e il sistema sanitario, e le richieste originate a seguito della presa in carico del paziente, nel caso in cui problema di salute sia conosciuto (cronicità) e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up), per gli eventuali successivi approfondimenti ed i controlli generati successivamente al primo contatto;

Considerato pertanto di dover dare indirizzi alle Aziende al fine di riorganizzare l’offerta specialistica differenziando i due percorsi sopradetti;

Ritenuto di dover ridefinire, in seguito alla riorganizzazione delle aziende USL della Toscana, gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento per la programmazione e la valutazione dei tempi di

attesa per il rispetto degli standard del servizio sanitario regionale; prevedendo, tra l'altro, che alcune prestazioni siano garantite a livello di Zona sanitaria di residenza del cittadino;

Considerato che la riorganizzazione dell'offerta specialistica coinvolge i processi erogativi delle aziende sanitarie territoriali e delle aziende ospedaliere universitarie in un processo unitario di programmazione e che pertanto la governance delle liste di attesa è in capo alla Direzione della Programmazione di Area Vasta;

Valutata la necessità di istituire, nell'ambito della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, una cabina di regia composta dai Direttori della programmazione, dai Direttori sanitari delle Aziende sanitarie, dai Dirigenti dei Settori competenti, e coordinata da un project leader, che si avvarrà, per la valutazione d'impatto dei piani di Area Vasta, del supporto del Laboratorio MES e dell'ARS;

Precisato che dalla partecipazione alla suddetta cabina di regia non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale;

Ritenuto pertanto di approvare, per le motivazioni sopra esposte, l'allegato A, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Precisato di dare mandato alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale all'assunzione degli atti conseguenti all'attuazione della presente delibera;

a voti unanimi

#### DELIBERA

per quanto espresso in premessa,

1. di approvare il documento allegato A "Linee di indirizzo per i piani Operativi di Area Vasta finalizzati alla riorganizzazione dell'offerta e dell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali al fine di ridurre i tempi di attesa", parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di dare una risposta strategica al problema delle liste di attesa,
2. di dare indicazione ai direttori della programmazione, di concerto con l'azienda territoriale ed ospedaliera universitaria/e di ciascuna Area Vasta, di presentare un piano operativo a questo assessorato entro il 1/12/2016
3. di istituire, nell'ambito della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, una cabina di regia composta dai Direttori della programmazione, dai Direttori sanitari delle Aziende sanitarie, dai Dirigenti dei Settori competenti, e coordinata da un project leader, che si avvarrà, per la valutazione d'impatto dei piani di Area Vasta, del supporto del Laboratorio MES e dell'ARS;
4. di dare mandato alla Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale all'assunzione degli atti conseguenti all'attuazione della presente delibera.

IL DIRIGENTE RESPONSABILE  
LORENZO ROTI

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
ANTONIO DAVIDE BARRETTA

IL DIRETTORE GENERALE  
MONICA PIOVI

## ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO PER I PIANI OPERATIVI DI AREA VASTA FINALIZZATI ALLA RIORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA E DELL'ACCESSIBILITA' ALLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI AL FINE DI RIDURRE I TEMPI DI ATTESA

### PREMESSA

L'analisi del fenomeno "liste di attesa" in atto anche a livello regionale da diversi anni, il suo mutamento progressivo anche in considerazione del variare della domanda e degli assetti erogativi nel SSR, la possibilità di utilizzare buone pratiche già in corso, consentono oggi di fornire alle aziende sanitarie alcune indicazioni operative sulla base delle quali produrre, come espressione della programmazione di area vasta, dei piani di miglioramento capaci di incidere rapidamente su aspetti rilevanti per i cittadini in termini di accessibilità e valorizzazione, anche professionale, delle prestazioni specialistiche erogate nell'ambito del SSR.

### LIVELLI DI RESPONSABILITA'

Al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati, e secondo priorità cliniche, è necessario variare gli assetti erogativi nel SSR prevedendo **un livello di governance di Area Vasta**, Direzione Programmazione, che tenga conto dell'offerta complessiva disponibile, e **un livello operativo gestionale unico, individuato nei Dipartimenti Aziendali**, coordinati dalle direzioni sanitarie e capaci, in accordo con le Zone Distretto, di soddisfare le esigenze specialistiche nelle Zone in cui è articolata l'Azienda Usl.

### IL MODELLO OPERATIVO

Elementi essenziali di tale modello operativo sono i seguenti:

1. Procedere progressivamente ad una completa separazione tra le richieste generate nell'ambito del primo contatto fra il cittadino e il sistema sanitario (proprie dei medici delle cure primarie, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), per il quale deve essere soddisfatto il quesito diagnostico, e le richieste originate a seguito della **presa in carico** del paziente, da parte del sistema delle cure primarie e/o dagli specialisti, nel caso in cui problema di salute sia conosciuto (cronicità) e vi sia la necessità di seguirlo nel tempo (follow up), per gli eventuali successivi approfondimenti ed i controlli generati successivamente al primo contatto.

Nel primo contatto il quesito diagnostico, in quanto ancora sconosciuto, presenta tutte le caratteristiche dell'imprevedibilità e quindi necessita di certezza e tempestività delle prestazioni utili alla risposta. Nel caso

della presa in carico devono invece essere gestite le prestazioni di quei cittadini che, già conosciuti dal sistema, hanno la necessità di essere seguiti nel tempo, con altrettanta certezza e programmazione dei tempi di erogazione delle prestazioni.

2. Attivazione diffusa di percorsi di consulenza/prestazioni per il paziente cronico (sanità di iniziativa) e in regime di urgenza su specifici PDTA formalizzati e prenotabili direttamente dalle organizzazioni dei MMG, secondo quanto previsto negli accordi con la Medicina generale.

### **Prestazioni Primo accesso**

Il meccanismo necessario per soddisfare le richieste di specialistica ambulatoriale che quotidianamente vengono espresse nell'ambito di primi contatti, generati prevalentemente dai MMG, passa obbligatoriamente attraverso il bilanciamento della domanda con l'offerta oltre al perseguimento dell'aderenza ai criteri di appropriatezza. Pertanto la definizione del Piano di Area Vasta da mettere in atto, deve tener conto delle risorse presenti a livello di ogni ambito territoriale che, nei casi successivamente definiti, è rappresentato dall'ambito della domanda di zona distretto.

Le attività di specialistica ambulatoriale rappresentano una dimensione unitaria professionale e organizzativa, indipendentemente dalla struttura organizzativa erogativa. Non esistono cioè due realtà, una territoriale ed una ospedaliera, oppure una specialistica pubblica e una specialistica convenzionata, con distinti e separati livelli di programmazione, governo e gestione.

Esiste altresì un unico bacino di competenze dei medici specialisti e delle attività specialistiche operanti nei diversi ambiti suddetti, coordinati nella loro dimensione erogativa, che richiede la chiara definizione della missione e delle finalità dei diversi attori e livelli prestazionali, anche nell'ambito di percorsi ed attività.

La governance di questo sistema è in capo alla Direzione della Programmazione di Area Vasta, il livello di Gestione unica della attività risiede nei dipartimenti aziendali di competenza (Dipartimenti specialistici e Dipartimento della medicina generale), che si avvalgono di tecnostrutture operative presenti a livello direzionale, e che hanno la responsabilità, in accordo con le zone distretto, di soddisfare le esigenze specialistiche nelle varie zone in cui è articolata l'Azienda USL.

Quindi specialisti ospedalieri, specialisti ambulatoriali e attività specialistiche del privato accreditato convenzionato costituiscono un unico bacino dell'offerta specialistica di area vasta, rispondono ad una governance unitaria di area vasta, utilizzano sistemi di prenotazione unici e gestione di percorsi integrati e funzionalmente collegati.

Nella gestione del primo accesso si dovrà tener conto delle tempistiche previste dalla normativa nazionale per i diversi livelli di priorità clinica; tuttavia la Regione Toscana intende ridefinire gli ambiti di applicazione dei codici di priorità clinica: le prestazioni che hanno un codice di priorità di urgenza (U o B) devono avere tempi di risposta non superiori alle 48 ore o 10 giorni; il prescrittore nella richiesta dovrà considerare la specialità, le caratteristiche della patologia e la sua acuzie al fine di indicare la modalità più appropriata di accesso alle prestazioni. Per prestazioni con priorità U la prenotazione deve essere gestita o direttamente dal setting della medicina generale o attraverso un sistema di prenotazione che garantisca il rispetto del tempo massimo di 48 ore.

Le restanti prestazioni (D), originate nell'ambito di primo contatto, dovranno essere soddisfatte entro 15 giorni per le visite specialistiche e 30 giorni per la diagnostica, secondo indicazioni che Regione Toscana indicherà per gruppi di prestazioni specifiche.

Per le prestazioni di diagnostica più complessa di cui alla successiva tabella 1, i Piani operativi di abbattimento delle liste di attesa, dovranno tenere conto della potenziale evoluzione clinica sottesa alla patologia oggetto di indagine per cui, sostanzialmente, potranno essere previsti iniziali superamenti dei tempi massimi di attesa richiamati nel presente documento, solo per quelle prestazioni di primo accesso non correlati con quadri clinici potenzialmente in rapida evoluzione, quali ad esempio RM e TC muscoloscheletriche.

Nell'ambito dei Piani operativi dovranno trovare risposta anche quelle originate dai PDTA per condizioni croniche (a partire dalla sanità di iniziativa) o per condizioni acute (es. sospetta TVP, sospetta colica biliare, sospetta colica renale ecc.) che siano a prenotazione diretta dell'organizzazione delle cure primarie, in coerenza con i PDTA condivisi con la Medicina generale.

Tutte le altre prestazioni non rientranti nelle casistiche sopra descritte, rientrano tra le prestazioni di controllo e pertanto sono disciplinate come descritto nel paragrafo "secondo accesso"

Primo accesso	Secondo accesso
1. Il prescrittore è il MMG o il pediatra di LS	1. Il prescrittore può essere molteplice
2. Quesito diagnostico nuovo	2. Quadro diagnostico conosciuto
3. Imprevedibilità dell'esito	3. Esito prevedibile
4. Situazioni cliniche potenzialmente evolutive	4. Evoluzione clinica prevedibile
5. Necessità di risposta immediata	5. Necessità di una risposta clinica programmabile nel tempo
6. Determinanti altre decisioni cliniche	6. Non determinanti, generalmente, altre decisioni cliniche

Il tema dell'appropriatezza e del governo clinico della domanda dovrà trovare riscontro non solo sulla formalizzazione di protocolli e pdta ma, anche sulla base di specifiche indicazioni regionali, procedendo ad una progressiva strutturazioni di rapporti collaborativi diretti tra medicina generale e medicina specialistica, nell'ambito della evoluzione delle AFT della medicina generale, che dovranno poter contare su medici specialisti di riferimento per patologia / specialità.

### **Prestazioni di Secondo accesso**

Attualmente le agende di prenotazione a CUP sono costituite dal mix dei pazienti già in carico e dei pazienti di primo accesso. Questo perché spesso gli spazi agenda dei pazienti in follow up o per controlli hanno una estensione temporale non sufficientemente lunga.

Per loro natura i controlli per i follow up (o simili) hanno bisogno di tempi di prenotazione mediamente nell'ordine di qualche mese. Se le agende di prenotazione sono invece aperte per periodi di tempo più brevi o per un numero insufficiente di spazi visita, accade che le ricette dei controlli escano dall'habitat naturale in cui dovrebbero trovare la loro data di appuntamento (l'ospedale, lo specialista, etc.) ed entrano in competizione con gli spazi ambulatoriali delle prime visite e/o indagini diagnostiche.

E' necessario pertanto costruire agende specifiche per il follow up, preferibilmente annuali a scorrimento giornaliero per questo flusso di pazienti.

Questo vuol dire che il medico direttamente, o attraverso un servizio dedicato, nel momento in cui decide di chiedere una prestazione a distanza di un determinato arco temporale ha a sua disposizione una agenda annuale di disponibilità, giorno per giorno o settimana per settimana, che aggiunge, ogni giorno, un giorno

successivo di disponibilità alla fine dell'anno di prenotabilità. Pertanto il paziente se ha bisogno di controlli, deve uscire con la prenotazione.

Tale sistema deve favorire inoltre l'effettiva possibilità di presa in carico da parte del medico, riducendo così almeno in parte quel fenomeno che concorre alla frammentazione dei percorsi di cura e assistenza per problemi già noti, legato al fatto che oggi un cittadino, seppur preso in carico, è destinato a effettuare i suoi controlli programmati non potendo avere una continuità di relazione col medesimo medico specialista.

E' anche con questo obiettivo che viene responsabilizzata la funzione gestionale dei Dipartimenti.

I direttori della Programmazione, di concerto con el aziende sanitarie di Area Vasta, presenteranno a questo Assessorato un piano operativo di abbattimento delle liste di attesa entro e non oltre il 1 dicembre 2016, in coerenza con le linee di indirizzo richiamate in questo documento.

Il piano sarà valutato e condiviso con questo Assessorato e dovrà essere reso operativo, ad iniziare dalle linee di attività più critiche ed evidenziate nella reportistica prodotta per ciascuna delle AA.VV. entro il 1 gennaio 2017, per arrivare a regime nel primo semestre del 2017.

Il piano dovrà dunque contenere un cronogramma di attivazione delle diverse azioni previste che sarà oggetto di valutazione continua da parte dell'Assessorato

A livello regionale è costituita una cabina di regia composta dai direttori della programmazione, dai direttori sanitari delle aziende sanitarie, dai dirigenti regionali dei settori competenti, e coordinate da un project leader.

**GLI AMBITI TERRITORIALI DI BILANCIAMENTO DELLA DOMANDA E DELL'OFFERTA IN FUNZIONE DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA**

### **Definizione degli ambiti territoriali per la garanzia dei tempi massimi di attesa**

La riorganizzazione delle aziende sanitarie comporta la necessità di chiarire quali siano gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento, per la programmazione e la valutazione de tempi di attesa, per il rispetto degli standard del Servizio Sanitario Regionale (Zona distretto, ASL, Area Vasta).

Pertanto, anche in linea con lo spirito della riforma del SSR, alcune prestazioni specialistiche trovano nel livello di Zona distretto, il proprio ambito naturale di programmazione erogativa rispetto alla domanda espressa dagli assistiti a livello territoriale.

In particolare, anche sulla base dei dati storici di assorbimento interno alle 34 zone distretto della Toscana, della domanda di prestazioni specialistiche, che già allo stato attuale trovano, nella maggior parte dei casi, soddisfazione nella zona di residenza dell'utente, sono identificabile le prestazioni ( ved. Tabella 1 e 2) che devono essere soddisfatte sulla base di una programmazione erogativa di livello zonale.

Nelle tabelle che seguono sono riportate le richieste dei Medici di medicina generale e dei pediatri di base, elaborate sulla base delle prescrizioni elettroniche nei mesi di maggio e giugno 2016

I Piani operativi di singola Area Vasta potranno tenere conto delle criticità/opportunità specifiche per i distinti ambiti territoriali, e quindi ogni AV potrà individuare le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di diagnostica su cui avviare il Piano per l'abbattimento delle liste di attesa, fermo restando la progressiva estensione del lavoro a tutte le prestazioni individuate a livello regionale.

**Tabella 1**

Visite	Prescrizioni elettroniche maggio-giugno 2016	Numero medio prescrizioni settimanali	Prenotazioni da flusso TAT	
			Prenotazioni maggio-giugno 2016	% entro 15 gg (TA relativo)
Visita Oculistica	19.138	2.126	45.749	72,0%
Visita Oculistica di controllo	7.570	841	30.474	68,2%
Visita Ortopedica	13.796	1.533	21.676	79,6%
Visita Ortopedica di controllo	2.466	274	38.789	74,9%
Visita Cardiologica	15.309	1.701	28.060	70,7%
Visita Cardiologica di controllo	4.735	526	20.025	55,9%
Visita Dermatologica	24.522	2.725	35.900	78,3%
Visita Dermatologica di controllo	1.853	206	14.084	70,8%
Visita Otorinolaringoiatria	15.929	1.770	25.108	74,4%
Visita Otorinolaringoiatria di controllo	1.310	146	11.403	78,6%
Visita Neurologica	7.780	864	12.200	76,5%
Visita Neurologica di controllo	2.010	223	15.194	57,8%

**Tabella 2**

Prestazioni	Prescrizioni elettroniche maggio-giugno 2016	Numero medio prescrizioni settimanali	Prenotazioni da flusso TAT	
			Prenotazioni maggio-giugno 2016	% entro 30 gg (TA relativo)
Ecografia addome	32.126	3.570	38.362	67,4%
Rx scheletro e diretta d'organo	87.373	9.708	103.672	93,4%

## Di seguito si riportano le tabelle suddivise per Area Vasta

Numero di prescrizioni elettroniche di MMG e PLS, per visite (prima visita e visita di controllo) e prestazioni diagnostiche distribuite per Zona di residenza dell'utente.

Periodo: maggio - giugno 2016

### Area Vasta Centro

Prestazioni	della Val di Nievole	del Mugello	del Valdarno Inferiore	Empoiese	Fiorentina Nord-Ovest	Fiorentina Sud-Est	Firenze	Pistoiese	Pratese	Totale
Visita Cardiologica	692	93	157	996	599	401	725	1.126	1.290	6.079
Visita Cardiologica di controllo	219	38	81	356	205	139	250	243	293	1.824
Visita Otorinolaringoiatrica	891	121	232	1.191	542	348	606	1.137	1.110	6.178
Visita Otorinolaringoiatrica di controllo	103	11	21	68	40	31	42	69	32	417
Visita Ortopedica	744	147	225	1.189	465	360	509	1.192	1.074	5.905
Visita Ortopedica di controllo	136	23	44	173	58	42	48	131	90	745
Visita Oculistica	997	121	343	1.274	611	414	692	1.661	1.412	7.525
Visita Oculistica di controllo	430	81	107	378	225	153	200	452	243	2.269
Visita Neurologica	252	83	164	583	301	202	379	436	482	2.882
Visita Neurologica di controllo	106	6	64	229	65	34	38	118	65	725
Visita Dermatologica	840	274	428	1.760	1.116	947	1.560	1.496	1.945	10.366
Visita Dermatologica di controllo	108	18	43	113	115	97	136	102	90	822
<b>Totale Visite</b>	<b>5.518</b>	<b>1.016</b>	<b>1.909</b>	<b>8.310</b>	<b>4.342</b>	<b>3.168</b>	<b>5.185</b>	<b>8.163</b>	<b>8.126</b>	<b>45.737</b>
Ecografia Addome	1.390	344	484	2.008	2.131	1.662	2.963	1.878	2.853	15.713
Rx scheletro e diretta d'organo	3.586	962	1.262	4.418	4.990	4.020	6.611	5.036	6.208	37.093

Numero di prescrizioni elettroniche di MMG e PLS, per visite (prima visita e visita di controllo) e prestazioni diagnostiche distribuite per Zona di residenza dell'utente.

Periodo: maggio - giugno 2016

### Area Vasta Nord-Ovest

Prestazioni	della Bassa Val di Cecina	dell'Alta Val di Cecina	della Lunigiana	della Piana di Lucca	della Val d'Era	della Val di Cornia	della Valle del Serchio	della Versilia	delle Apuane	dell'Elba	Livornese	Pisana	Totale
Visita Cardiologica	161	97	248	1.057	572	5	281	551	628	9	88	1.111	4.808
Visita Cardiologica di controllo	24	53	77	150	137	12	51	221	82	4	22	277	1.110
Visita Otorinolaringoiatrica	348	38	187	1.260	454	317	269	387	372	198	1.182	678	5.690
Visita Otorinolaringoiatrica di controllo	20	6	21	57	44	21	25	36	31	4	38	54	357
Visita Ortopedica	259	37	179	1.032	609	20	209	275	399	8	223	823	4.073
Visita Ortopedica di controllo	34	19	52	63	133	3	33	77	54	1	22	190	681
Visita Oculistica	479	39	306	1.314	499	298	298	479	378	268	1.623	946	6.927
Visita Oculistica di controllo	129	42	85	250	295	127	52	178	110	88	330	506	2.192
Visita Neurologica	116	14	171	549	356	16	187	362	443	1	67	501	2.783
Visita Neurologica di controllo	16	9	35	95	110	5	15	84	29	2	7	124	531
Visita Dermatologica	345	105	220	1.888	751	32	435	1.161	597	14	334	1.381	7.263
Visita Dermatologica di controllo	21	10	17	57	43	3	24	68	49	1	8	79	380
<b>Totale Visite</b>	<b>1.952</b>	<b>469</b>	<b>1.598</b>	<b>7.772</b>	<b>4.003</b>	<b>859</b>	<b>1.879</b>	<b>3.879</b>	<b>3.172</b>	<b>598</b>	<b>3.944</b>	<b>6.670</b>	<b>36.795</b>
Ecografia Addome	323	134	468	1.780	1.007	323	448	1.375	1.221	124	1.126	1.684	10.013
Rx scheletro e diretta d'organo	1.140	414	1.653	5.323	2.568	1.197	1.625	4.301	3.172	606	3.571	4.471	30.041

Numero di prescrizioni elettroniche di MMG e PLS, per visite (prima visita e visita di controllo) e prestazioni diagnostiche distribuite per Zona di residenza dell'utente.

Periodo: maggio - giugno 2016

### Area Vasta Sud-Est

Prestazioni	Aretina	del Casentino	dell'Alta Val d'Elsa	dell'Amiata Grossetana	dell'Amiata Senese e Valdorcia	della Val di Chiana Aretina	della Val di Chiana Senese	della Val Tiberina	delle Colline dell'Albegna	delle Colline Metallifere	del Valdarno	Grossetana	Senese	Totale
Visita Cardiologica	445	75	209	165	157	281	204	92	383	381	377	910	418	4.097
Visita Cardiologica di controllo	63	26	74	113	39	51	125	23	215	229	51	506	203	1.718
Visita Otorinolaringoiatrica	187	142	261	206	107	108	204	13	402	444	136	1.081	430	3.721
Visita Otorinolaringoiatrica di controllo	5	9	36	38	12	16	25		68	52	9	165	74	509
Visita Ortopedica	175	112	298	228	119	114	230	3	446	543	102	819	339	3.528
Visita Ortopedica di controllo	18	13	81	112	28	20	73		123	146	10	204	167	995
Visita Oculistica	270	236	261	223	180	151	263	2	422	552	118	1.308	316	4.302
Visita Oculistica di controllo	80	88	227	197	85	80	249	11	513	356	50	687	342	2.965
Visita Neurologica	228	100	127	84	40	67	130	32	209	220	151	426	154	1.968
Visita Neurologica di controllo	27	10	45	51	14	16	74	4	111	74	9	208	56	699
Visita Dermatologica	639	249	470	275	149	400	237	113	579	572	432	1.398	797	6.310
Visita Dermatologica di controllo	18	26	56	47	8	24	44	13	80	73	16	139	73	617
<b>Totale Visite</b>	<b>7.673</b>	<b>2.102</b>	<b>4.054</b>	<b>10.049</b>	<b>5.280</b>	<b>4.496</b>	<b>7.043</b>	<b>8.469</b>	<b>11.677</b>	<b>49.379</b>	<b>1.461</b>	<b>7.851</b>	<b>3.369</b>	<b>31.429</b>
Ecografia Addome	746	242	436	203	172	339	444	150	372	415	530	917	804	5.770
Rx scheletro e diretta d'organo	2.521	1.020	978	668	546	1.242	1.123	862	1.444	1.350	1.862	3.029	2.024	18.669



Prescrizioni e Prenotazioni Maggio – Giugno 2016

Prestazioni	Prescrizioni MMG e PLS		Prenotazioni complessive (prescrizione di tutti i medici) da flusso TAT	
	Maggio- Giugno 2016	Numero medio prescrizioni settimanali	Prenotazioni maggio- giugno 2016	% entro 30 gg (TA relativo)
Angio-RMN	412	46	1.029	67,6%
RMN con contrasto	4.438	493	12.354	67,6%
<i>di cui RM encefalo con contrasto</i>	1.903	211	4.994	61,8%
RMN senza contrasto	19.740	2.193	29.921	79,3%
<i>di cui RM muscoloscheletrica</i>	8.039	893	10.429	86,3%
TC con contrasto	5.155	573	29.253	72,6%
<i>di cui TC Torace</i>	1.816	202	11.000	70,1%
TC senza contrasto	7.056	784	15.771	82,7%
<i>di cui TC rachide e speco vertebrale</i>	1.339	149	2.301	89,1%