



**REGIONE TOSCANA**  
**GIUNTA REGIONALE**

**ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 20-07-2009 (punto N. 30)**

**Delibera**

**N.638**

**del 20-07-2009**

*Proponente*

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

*Pubblicita'/Pubblicazione:* Atto soggetto a pubblicazione integrale (PBURT/BD)

*Dirigente Responsabile:*Valtere Giovannini

*Estensore:* Ilaria Lombardi

*Oggetto:*

Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito.

Presenti:

CLAUDIO MARTINI

ANNA RITA BRAMERINI

AMBROGIO BRENNA

RICCARDO CONTI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

PAOLO COCCHI

*Assenti:*

MASSIMO TOSCHI

**STRUTTURE INTERESSATE:**

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

**MOVIMENTI:**

**CONTABILI**

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-24047	2009	Prenotazione	29		5.100.000,00
U-24047	2010	Prenotazione	29		5.150.000,00

*Note:*

## LA GIUNTA REGIONALE

Visti gli articoli 4, comma 10, e 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;

Visto l’articolo 3, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante “*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*”;

Visto l’articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante “*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*”;

Visto l’articolo 72, comma 11, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, recante “*Misure di finanza pubblica per la stabilizzazione e lo sviluppo*”;

Visto l’articolo 28 della legge 23 dicembre 1999, n. 488, recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria (2000))*”;

Visto il decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, recante “*Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l’attività libero-professionale dei dirigenti sanitari*”;

Visto il D.P.C.M. 27 marzo 2000, recante “*Atto di indirizzo e coordinamento concernente l’attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario regionale*”;

Visto l’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, recante “*Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria*”;

Premesso che:

L’attivazione dell’Istituto della libera professione *intramoenia* nelle strutture delle aziende sanitarie, oltre a rafforzare il legame di appartenenza del dirigente sanitario alla propria azienda e garantire l’esercizio delle prestazioni libero professionali, è in grado di consentire una modalità di erogazione delle stesse, in particolare quelle in costanza di ricovero, più funzionale e di maggior garanzia per l’utente rispetto all’esercizio *extramoenia* della libera professione. Le disposizioni regolamentari dell’attività libero-professionale prodotte in questi ultimi anni sono finalizzate ad organizzare questa attività in modo da assicurare l’integrale assolvimento dei compiti istituzionali ordinari e di garantire la piena funzionalità dei servizi, in particolare:

- salvaguardando il ruolo istituzionale del servizio svolto dall’Azienda diretto ad assicurare l’accessibilità alle cure sanitarie necessarie a chiunque ne faccia richiesta secondo i principi di universalità ed equità che regolano il Servizio Sanitario Toscano;
- garantendo parità di trattamento dei cittadini, al di là del fatto che questi ultimi si avvalgono o meno di prestazioni rese in regime di attività libero professionale.

La normativa, nazionale e regionale, intervenuta in merito alla regolamentazione della attività libero professionale *intramoenia*, si è costantemente confrontata con la criticità del rispetto dei principi di uguaglianza, e di equità, nell’accesso ai Servizi sanitari che, presumibilmente, questa modalità avrebbe determinato, individuando nel corretto equilibrio tra attività istituzionale ed

attività libero professionale, come previsto al comma 3 dell' art.15 - *quinques* del decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229, lo strumento più adeguato per superare tale criticità.

Questa criticità interessa, ancor che con diversa intensità per la garanzia del diritto alla salute del cittadino, sia l'area dei bisogni soddisfatti nell'Assistenza specialistica e diagnostica strumentale ambulatoriale sia l'area dei bisogni soddisfatti nell'Assistenza ospedaliera. In entrambe le aree, l'equilibrio tra attività istituzionale ed attività libero professionale, costantemente perseguito dal legislatore, consegue alla dimensione effettiva, non sempre pari alla programmata, dei suoi determinanti essenziali: il volume delle prestazioni erogate, e i tempi di attesa registrati, nei due diversi regimi.

Atteso che il Sistema Sanitario Regionale considera l'attività di ricovero ospedaliero richiesta in regime di libera professione parte integrante dell'offerta istituzionale del Sistema Sanitario: l'attività di ricovero svolta in regime libero professionale concorre, infatti, a determinare il fabbisogno complessivo di posti letto ospedalieri del Sistema sanitario regionale e la Regione partecipa alla spesa per ciascuna delle prestazioni di ricovero erogate su libera scelta dell'assistito in regime libero professionale nel limite di una quota pari al 65% della tariffa stabilita dalla regione per l'erogazione delle medesime prestazioni a carico del Servizio Sanitario Regionale;

Atteso altresì che il ricovero ospedaliero, per la sua rilevanza assistenziale, in quanto correlato alla significatività della malattia, e per il suo grado di appropriatezza, relativamente al livello organizzativo necessario, si configura come una prestazione sanitaria unica e non altrimenti soddisfatta, che risponde a bisogni con caratteristiche omogenee, configurandosi perciò come uno specifico Livello Essenziale di Assistenza: Assistenza ospedaliera;

Condiviso, per quanto precedentemente ricordato, che il Sistema Sanitario Regionale debba garantire il fabbisogno appropriato delle prestazioni di ricovero ospedaliero comprese nello specifico Livello Essenziale di Assistenza, anche estendendo tale garanzia all'esercizio del diritto di libera scelta dell'assistito, contribuendo al costo sostenuto in tale modalità per una quota parte pari al 65% del costo della stessa prestazione in regime ordinario;

Atteso, altresì, che la normativa nazionale e regionale riconosce al cittadino non soltanto il diritto a ricevere le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza secondo una corretta modalità assistenziale ma anche ad usufruirne in un tempo massimo previsto in anticipo, come previsto nel DPCM 16.04.2002;

Considerato, quindi, che il tempo di attesa per la prestazione di ricovero ospedaliero è elemento costitutivo ed essenziale della prestazione di ricovero, in quanto correlato ai risultati di cura, così che la garanzia della dimensione "tempo di attesa" deve essere, comunque assicurata, nel relativo livello essenziale di assistenza ospedaliera, senza distinzione alcuna tra regime istituzionale e regime libero professionale, altrimenti generandosi prestazioni sanitarie diverse per lo stesso bisogno di salute;

Considerato che, in particolare, l'attività chirurgica registra difficoltà a contenere i tempi di attesa, sia per motivi demografici che in ragione dell'estensione della risposta chirurgica per problemi clinici in precedenza non convenientemente risolvibili con procedure chirurgiche e che, in questo contesto, a maggior ragione è necessario garantire l'omogeneità temporale tra l'accesso alle prestazioni sanitarie in regime istituzionale e in regime libero professionale, al fine di salvaguardare i diritti costituzionali alla salute e di uguaglianza tra tutti i richiedenti le prestazioni chirurgiche;

Considerato altresì che l'area chirurgica toscana è stata interessata in questi anni da una profonda riorganizzazione secondo il modello dell'Ospedale per intensità di cure, promuovendo nelle Aziende sanitarie, oltre linee separate per l'accesso al trattamento chirurgico in urgenza ed in elezione, una articolazione delle specifiche attività in: Chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, Week Surgery e Ricovero ordinario, anche per qualificare ulteriormente il processo chirurgico che richiede per “ fare le cose giuste e al momento giusto ” una corrispondenza, sul versante organizzativo, tra intensità, comprensiva del tempo di attesa, e complessità, del bisogno chirurgico;

Ritenuto che il diritto di uguaglianza tra tutti i richiedenti le prestazioni chirurgiche può essere assicurato con modalità organizzative che siano aderenti alla natura della chirurgia in libera professione *intramoenia*, intesa come risorsa nel contesto più ampio dei servizi e dell'offerta chirurgica complessiva del sistema sanitario regionale, prevedendo per il livello essenziale di assistenza specifico una modalità di accesso basata sul criterio, determinante per l'accesso al trattamento chirurgico, dell'ordine cronologico di inserimento, a parità di gravità, del paziente nel registro di prenotazione, indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;

Valutato altresì che, in ciascuna Azienda Sanitaria Toscana è, di norma, ben organizzato e formalizzato il percorso istituzionale del paziente chirurgico fin dalla formulazione della domanda, e che il percorso di accesso alla attività chirurgica su libera scelta dell'assistito, già definito con precedente delibera di Giunta n. 351 del 04-05-2009, può facilmente essere integrato, per le finalità di cui al presente atto, con il percorso istituzionale, già disciplinato anche per la linea specifica della Chirurgia ambulatoriale con delibera di Giunta n. 408 del 18-05-2009, organizzando funzionalmente un unico accesso al trattamento chirurgico, sia in costanza di ricovero che in regime ambulatoriale, in ragione della opportunità di assicurare al professionista chirurgo, per appropriatamente organizzare il bisogno chirurgico, la disponibilità di tutte le linee produttive dell'offerta chirurgica aziendale: Ricovero ordinario, Week Surgery, Day Surgery, Chirurgia ambulatoriale;

Ritenuto, a tal fine, opportuno che le Aziende Sanitarie si attengano alle seguenti regole e principi base:

- la gestione del percorso chirurgico dovrà essere informatizzata, quale condizione prioritaria per attivare un efficace gestione della chirurgia sia in regime ordinario che libero-professionale;
- il medico chirurgo dovrà compilare, dopo qualsiasi visita chirurgica effettuata in regime istituzionale o in libera professione *intra-moenia* che si concluda con la proposta di un intervento chirurgico, una scheda contenente le seguenti informazioni:
  - dati anagrafici del paziente;
  - descrizione diagnosi e relativa codifica ICD 9 CM;
  - descrizione dell'intervento chirurgico proposto;
  - codifica ICD 9 CM dell'intervento;
  - codice di priorità;
  - *setting* assistenziale appropriato ( Ric. ordinario, Week Surgery, Day Surgery, Chirurgia ambulatoriale);
  - data;
- il paziente, al termine di una visita chirurgica che si conclude con la richiesta d'intervento chirurgico, dovrà ricevere dal chirurgo la scheda di cui al punto precedente con la quale dovrà presentarsi all'Ufficio per la programmazione chirurgica per avviare il suo *iter* come previsto nella delibera di Giunta n. 351 del 04-05-2009;

- L'Ufficio Libera professione, ove l'assistito abbia scelto la modalità in libera professione per accedere al trattamento chirurgico indicato, dovrà informare l'assistito della modalità di accesso in libera professione introdotta con il presente atto;
- l'Ufficio per la programmazione chirurgica, indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito, provvederà, direttamente o tramite trasmissione dall'Ufficio Libera professione del documento specifico allegato alla delibera di Giunta n. 351 del 04-05-2009, all'inserimento nel Registro unico di prenotazione e nella lista di programmazione/attesa suddivisa per ciascuna Unità Operativa, (art. 3 comma 8 Legge 724/94). Tale Registro, denominato " Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili", deve essere distinto per i ricoveri ordinari e quelli in Day Surgery e dovrà essere disponibile ( in rete informatica ) presso le singole UU.OO in base alla specialità richiesta e presso la Direzione del Presidio Ospedaliero. Le modalità di accesso e tenuta del registro delle liste di attesa, (art. 3 comma 8 Legge 724/94), per le prestazioni specialistiche ambulatoriali chirurgiche, di cui alla delibera di Giunta n. 408 del 18-05-2009, sono regolamentate secondo le procedure CUP e sistemi informativi specifici già in atto in ciascuna Azienda;

Ritenuto altresì che per soddisfare le regole e principi base di cui al capoverso precedente la Direzione Sanitaria di ciascuna Azienda dovrà, quindi, definire una procedura generale per:

- la gestione dei registri di ricovero ( Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili), che può prevedere variazioni, comunque esplicitate ed approvate, per adeguamento alle specificità dei Presidi, Dipartimenti o UU.OO. La procedura deve prevedere criteri espliciti per la definizione delle priorità di accesso, con riferimento alle indicazioni nazionali e regionali, di cui alla D.G.R n. 351 del 04-05-2009, concertate nell'Area vasta di riferimento. La responsabilità della tenuta dei registri di ricovero e del rispetto delle presenti direttive ricade in capo al Direttore Sanitario del Presidio. La Direzione Sanitaria di Presidio deve garantire una attività di vigilanza continua, in particolare relativamente all'utilizzo corretto, trasparente ed appropriato del registro; tale attività di vigilanza deve riguardare le modalità operative in ordine alla gestione quotidiana, all'inserimento dati, alla conservazione, alla tutela dell'accesso e della riservatezza. Devono essere definite le procedure e le responsabilità sul controllo della qualità dei dati, con particolare riferimento alla congruenza delle classi di priorità assegnate ai pazienti e dei tempi di effettiva erogazione. Vanno periodicamente valutate la sensibilità e la specificità dei criteri utilizzati per l'attribuzione alle diverse classi di priorità. Le informazioni derivate dalle attività di verifica devono essere periodicamente portate a conoscenza dei prescrittori e dei decisori. Si ricorda che il DPCM 19/5/1995 (punto 4.3) prevede la possibilità di svolgere azioni di controllo sulle agende di prenotazione anche da parte di soggetti esterni, in particolare i MMG;

Valutato che le modalità di governo delle liste di prenotazione per gli interventi chirurgici precedentemente ricordate assicurano, ove correttamente espletate, pari tempo di attesa per bisogni di salute simili, indipendentemente dalla scelta per il regime ordinario o libero professionale espressa dall'assistito, in ciò garantendo i principi di universalità ed equità, di uguaglianza ed imparzialità sui risultati di salute propri del Sistema Sanitario Toscano;

Ritenuto che, ove non diversamente stabilito per specifiche condizioni e patologie cliniche da atti o disposizioni regionali, il tempo di attesa per gli interventi chirurgici sia in regime di ricovero ordinario che di Day Surgery che in regime ambulatoriale, per gli interventi di cui agli Allegati 1 e 2 della D.G.R n. 268/2002, debba essere contenuto entro un periodo massimo di tre mesi, almeno in un Presidio/Stabilimento ospedaliero od ambulatorio chirurgico del Servizio Sanitario Toscano;

Valutato altresì opportuno che le informazioni sulla offerta chirurgica nella Regione Toscana e sui relativi tempi di attesa fornite dal Registro di Prenotazione di ciascuna Azienda siano rese disponibili all'assistito, anche al fine di facilitare e sostenere il suo diritto di accesso, tramite un numero verde regionale, quale interfaccia fra l'utente e la/le aziende sanitarie toscane, con funzioni di accompagnamento del cittadino nell'individuazione dell'offerta sul territorio regionale della prestazione chirurgica erogata nei tempi previsti, e con funzioni di verifica della non disponibilità di tale offerta, in un arco temporale di 7 giorni lavorativi;

Ritenuto altresì che ove gli interventi chirurgici prescritti, indipendentemente dal *setting* assistenziale proposto, non siano ottenibili nel tempo massimo di tre mesi in un Presidio/Stabilimento ospedaliero o in un presidio Ambulatoriale chirurgico del Sistema Sanitario Toscano, l'Azienda dell'assistito debba rimborsare allo stesso un contributo pari al costo della prestazione, se effettuata, previsto nella Delibera di Giunta Regionale n. 268/2002 “ Nomenclatore regionale tariffario (del. G.R. n. 229/97) - Modifiche ed integrazioni ” ;

Atteso che rimangono in vigore le disposizioni di cui alla delibera del Consiglio Regionale della Regione Toscana n. 151 del 19.4.1994, in materia di interventi / prestazioni sanitarie, elencate per patologia, non ottenibili in forma adeguata al caso clinico o erogate con tempi di attesa che vanno oltre quelli previsti per ciascuna patologia o comunque tali da compromettere lo stato di salute dell'assistito o da precludere la possibilità dell'intervento e delle cure;

Ritenuto necessario integrare e aggiornare le precedenti delibere di Giunta n. 376 del 7 aprile 1997, n. 355 del 2 aprile 2001 e n. 555 del 23 luglio 2007 che rimangono in vigore per le parti non modificate dalla presente delibera;

Vista la legge regionale 24 dicembre 2008, n. 70 (Bilancio di previsione per l'anno finanziario 2009 e bilancio pluriennale 2009/2011);

Richiamata la propria delibera 29 dicembre 2008, n. 1162, che approva il Bilancio gestionale 2009; Sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;

A voti unanimi

### **DELIBERA**

di adottare la seguente direttiva che impegna le Aziende sanitarie toscane ad:

1. attivare specifici Progetti aziendali per assicurare un incremento della produzione chirurgica in atto e promuovere un'ulteriore qualificazione del processo chirurgico al fine di garantire agli assistiti toscani il “ trattamento giusto al momento giusto “ coerentemente alla classificazione del bisogno chirurgico secondo classi di priorità adottata nelle singole Aziende e, comunque, nel tempo massimo di tre mesi per qualsiasi trattamento chirurgico proposto nei *setting* assistenziali Ambulatoriale ed Ospedaliero, mediante la ottimizzazione delle risorse strutturali, tecnologiche e professionali esistenti e la reingegnerizzazione dei processi interessati;
2. integrare, contestualmente all'iniziativa di cui al punto 1 e con decorrenza dalla data di approvazione dei Progetti ivi previsti, le liste di prenotazione del paziente chirurgico in regime istituzionale con le specifiche liste di attesa per la attività chirurgica su libera scelta dell'assistito, di cui alla precedente delibera di Giunta n. 351 del 04-05-2009, istituendo un unico Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili in regime

ospedaliero al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;

3. regolamentare le modalità di accesso e tenuta del registro delle liste di attesa, (art. 3 comma 8 Legge 724/94), per le prestazioni specialistiche ambulatoriali chirurgiche, di cui alla delibera di Giunta n. 408 del 18-05-2009, secondo le procedure CUP e sistemi informativi specifici già in atto in ciascuna Azienda, comunque assicurando un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche ambulatoriali indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;
4. disporre che nei Registri, di cui ai precedenti punti 1 e 2, siano inseriti in ordine progressivo i nominativi dei pazienti con le informazioni richieste in premessa, rispettando i seguenti criteri di scorrimento della lista:
  - a) ordine progressivo;
  - b) non risposta alla chiamata;
  - c) non disponibilità del paziente;
  - d) codice di priorità clinica/socio-sanitaria;

qualora si determinassero necessità di scorrimento della lista superando l'ordine progressivo, dovrà essere prevista specifica annotazione da parte dei Direttori del Presidio ospedaliero, i quali dovranno indicare la condizione che ha motivato lo scorrimento non progressivo, con chiara indicazione della data e di chi contatta il paziente;

5. contenere, ove non diversamente stabilito per specifiche condizioni e patologie cliniche da atti o disposizioni regionali, entro un periodo di tre mesi il tempo massimo di attesa per gli interventi chirurgici erogati sia in regime di ricovero ordinario che di day surgery e ambulatoriale;
6. di stabilire che il rispetto dello scorrimento della lista secondo l'esclusivo criterio dell'ordine progressivo può essere derogato per il trattamento chirurgico richiesto in regime libero professionale quando:
  - sia rispettato per gli assistiti iscritti nei Registri di cui ai punti 2 e 3 nelle posizioni immediatamente precedenti e successive all'assistito che ha optato per la scelta in regime libero professionale, il tempo di attesa massimo, o programmato secondo la classe di priorità assegnata, previsto nel presente atto e/o nella normativa e disposizioni regionali o aziendali vigenti;
  - il Direttore del Presidio ospedaliero dovrà annotare specificamente per ciascun intervento chirurgico effettuato in libera professione in deroga al principio di cui al punto 2, il rispetto del tempo di attesa o programmato previsto per gli assistiti in attività ordinaria e trasmetterne copia al Direttore Sanitario;
7. impegnare le Aziende sanitarie a prevedere negli accordi contrattuali con le Case di Cura private accreditate, ove possibile integrando gli stessi anche in corso d'anno, le disposizioni di cui al punto 2, nello specifico della " istituzione di un unico Registro di Prenotazione degli interventi chirurgici programmabili in regime ospedaliero al fine di assicurare un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito";

8. rendere disponibile, a decorrere dal 30 ottobre 2009, un numero verde regionale, quale interfaccia fra l'utente e la/le aziende sanitarie toscane, con funzioni di accompagnamento del cittadino nell'individuazione dell'offerta sul territorio regionale della prestazione chirurgica erogata nei tempi previsti, e con funzioni di verifica della non disponibilità di tale offerta, in un arco temporale di 7 giorni lavorativi;
9. rimborsare, ove il termine di cui al punto 5) non sia rispettato, il paziente con un contributo pari al costo della prestazione, se successivamente effettuata presso strutture private non convenzionate, previsto nella Delibera di Giunta Regionale n. 268/2002 " Nomenclatore regionale tariffario (D.G.R n. 229/97) - Modifiche ed integrazioni ";
10. di assegnare, a sostegno della realizzazione del call center, l'importo di €100.000,00 per l'anno 2009 e di €150.000,00 per l'anno 2010;
11. di assegnare, a sostegno della concessione di incentivi economici alle Aziende Sanitarie Toscane che richiederanno, tramite presentazione di specifico progetto, di implementare il proprio budget di risorse, €5.000.000,00 per l'anno 2009, e €5.000.000,00 per l'anno 2010;
12. di dare atto che al 31/12/2010 verrà effettuata un'analisi dell'attività svolta e dei risultati conseguiti, al fine di valutare gli eventuali oneri finanziari da imputare a carico del bilancio di previsione 2011 per dare continuità al progetto;
13. di prenotare la spesa complessivamente prevista di 10.250.000,00, per €5.100.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio gestionale 2009 e per €5.150.000,00 sul capitolo 24047 del bilancio pluriennale 2009/2011, esercizio finanziario 2010;
14. di impegnare le Aziende sanitarie a produrre i Progetti di cui al punto 1 alla Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà entro il 30 settembre 2009;
15. di provvedere con successivo atto della Direzione generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà, da adottarsi entro il 30 ottobre 2009, ad approvare, ed assegnare alle Aziende toscane i finanziamenti necessari, per la realizzazione dei Progetti presentati;
16. di prevedere il 1° novembre 2009, quale data di decorrenza per assicurare in ciascuna Azienda sanitaria un unico tempo di attesa per l'accesso alle prestazioni chirurgiche elettive indipendentemente dalla modalità, ordinaria o in libera professione, scelta dall'assistito;
17. di prevedere, data la complessità del progetto ed al fine di ottimizzare gli investimenti e le modalità attuative nelle singole aziende, il 1° febbraio 2010 quale data di decorrenza per il rimborso all'assistito del contributo di cui al punto 9.

Il presente atto è soggetto a pubblicazione integrale sul BURT, ai sensi dell'art.5, comma 1, lettera f) della L.R. n° 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della G.R., ai sensi dell'art.18, comma 2, della medesima L.R. n° 23/2007 e successive modifiche ed integrazioni.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA  
IL DIRETTORE GENERALE  
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile  
VALTERE GIOVANNINI

Il Direttore Generale  
VINICIO EZIO BIAGI