

Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa

SOMMARIO

	Premessa.....	pg	3
1	Accesso alle prestazioni sanitarie.....	pg	7
1.1	Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie.....	pg	7
1.1.1	Prescrizione su ricettario SSR (ricetta rossa e ricetta dematerializzata).....	pg	7
1.1.2	Prescrizione con ricetta bianca.....	pg	7
1.1.3	Accesso diretto.....	pg	8
1.1.4	Libera professione intramoenia.....	pg	8
2.1.	Tipologia di accesso.....	pg	8
2.1.1	Prestazioni di “Primo accesso”.....	pg	8
2.1.2	Prestazioni di “Altro accesso”.....	pg	9
2.1.3	Prestazioni senza indicazione del tipo di accesso.....	pg	9
2.2.	Quesito diagnostico.....	pg	9
2.3	Classi di priorità delle prestazione.....	pg	9
2.4	Validità della priorità di accesso.....	pg	10
3	Governo delle prestazioni.....	pg	10
3.1	Il Centro Unico di Prenotazione regionale	pg	10
3.2	Livello aziendale e CUP aziendale.....	pg	10
3.3	Agende e registri di prenotazione.....	pg	11
3.4	Gestione delle agende e sospensione delle attività.....	pg	11
4	Tempi massimi di attesa.....	pg	11
4.1	Prestazioni ambulatoriali.....	pg	11
4.2	Prestazioni in regime di ricovero.....	Pg	12
4.3	Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).....	Pg	13
4.4	Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).....	pg	13
4.5	Garanzia e tutela del rispetto dei tempi di attesa.....	pg	13
4.6	Responsabilità dell’utente (Drop Out).....	pg	14
5	Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA.....	pg	14
5.1	Prestazioni in regime ambulatoriale.....	pg	14
5.2	Prestazioni in regime di ricovero.....	pg	16
6	Monitoraggio prestazioni, tempi di attesa e flussi informativi.....	pg	17
6.1	Monitoraggi nazionali dei tempi di attesa.....	pg	17
7	Strumenti di governo delle liste di attesa.....	pg	17
7.1	Libera professione intramoenia.....	pg	17
7.2	Utilizzo grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.....	pg	18
	Informazione e comunicazione.....	pg	18
	Normativa di riferimento.....	pg	19
	Riferimenti regionali.....	pg	20

PREMESSA

Il presente documento, indicato come Programma Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa (di seguito PAAGLA) dell'I.R.C.C.S Burlo Garofolo, deriva dal Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 – 2021 che persegue il rispetto dei tempi massimi di attesa in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021.

Il PAAGLA dell'I.R.C.C.S Burlo Garofolo è aderente agli atti ed i provvedimenti assunti a livello regionale in materia di liste di attesa ed in particolare:

- DGR n. 1439/2011 “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 – 2012”;
- DGR n. 2034/2015 “Organizzazione e regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia”.

Pertanto, il presente Programma recepisce i concetti e le modalità di accesso, nonché le classi di priorità, per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e la loro validità prescrittiva, così come definite dal PRGLA (cap. 1 e 2).

Il monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi è assicurato tramite le funzioni aziendali dell’Ufficio Gestione delle Prestazioni sanitarie e CUP (cap. 3), mentre le agende informatizzate a gestione diretta dei sistemi CUP, garantiscono il rispetto della gestione trasparente e della totale visibilità delle agende di prenotazione, sia dell’attività istituzionale che della libera professione intramoenia (cap. 3).

Il rispetto dei tempi massimi di attesa (almeno nel 90% delle prenotazioni) per le prestazioni definite dalla DGR n. 1825/2019 erogate dall’Istituto, avviene attraverso un sistema di prenotazione informatizzato che rileva i rapporti tra tempi di prenotazione e offerta, secondo le classi di priorità cliniche (cap. 4).

Per evitare un aumento dei tempi massimi di attesa, il PAAGLA indica la necessità di un sistema di monitoraggio, controllo e confronto fra prescrittori ed erogatori che deve stare a garanzia della correttezza e dell’appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso ecc.). Tale monitoraggio/controllo viene attuato a cura dell’Ufficio Gestione delle Prestazioni sanitarie e CUP che invia un report alla Direzione Sanitaria, che tramite la Direzione Medica, provvede alla comunicazione al prescrittore (interno o di altra azienda) quale feed-back per un costante miglioramento dell’attività prescrittiva. Ove la verifica dell’appropriatezza prescrittiva, non consenta il rispetto dei tempi massimi di attesa, si provvede ad indicare percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare, quali aumento della disponibilità dell’offerta (anche solo temporanea) o l’autorizzazione alle attività aggiuntive (R.A.R., attività a pagamento, ...).

In sintesi sono previste, quindi, le seguenti azioni:

- 1) Monitoraggio periodico (mensile), dei tempi di attesa, a cura del CUP (vedi tabella 1);
- 2) Monitoraggio periodico (mensile), sulla corretta configurazione delle agende e sulla separazione tra prime visite e controlli, a cura del CUP;
- 3) Controllo di appropriatezza prescrittiva (mensile), a cura del CUP e della DMO;
- 4) Eventuale acquisizione di prestazioni (RAR, prestazioni aggiuntive, Libera professione individuale e aziendale, etc.), a cura della Direzione Sanitaria, sentiti i direttori di Dipartimento/Struttura.

Tabella 1: *monitoraggio semestrale (gen-giu 2019) dei tempi di attesa (prestazioni traccianti Prorità "B")*.

Prestazioni ambulatoriali istituzionali - Riepilogo % prestazioni erogate entro le soglie di attesa prestabilite GENNAIO-GIUGNO 2019							
Priorità	prestazione sanitaria	c.p.amm.	p.amm. complessive	di cui prenotate valutabili	percentuale valutabili	Std reg	% con attesa entro 10 gg
B - Breve	Ecografia addome completo	88.76.1	24,	20,	83,3%	10,	100,
B - Breve	Ecografia addome inferiore (incluso: ureteri, vescica pelvi maschile o femminile)	88.75.1	3,	2,	67,3%	10,	100,
B - Breve	Ecografia addome superiore (efo fegato vie biliari, pancreas, milza, reni surreni, retroperitoneo)	88.74.1	6,	4,	67,3%	10,	100,
B - Breve	Ecografia addome superiore reni surreni	88.74.1	3,	3,	100,3%	10,	100,
B - Breve	Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	88.75.1	42,	36,	86,3%	10,	81,
B - Breve	Elettrocardiogramma (ECG)	89.52	12,	12,	100,3%	10,	92,
B - Breve	Esame audiometrico tonale	95.41.1	4,	4,	100,3%	10,	50,
B - Breve	Holter, elettrocardiogramma dinamico	89.50	2,	2,	100,3%	10,	0,
B - Breve	RM addome inferiore e pelvi con MdC (incluso vescica, pelvi maschile o femminile e relativo distretto vascolare)	88.95.5	1,	1,	100,3%	10,	0,
B - Breve	RM addome inferiore e pelvi (incluso vescica, pelvi maschile femminile e relativo distretto vascolare)	88.95.4	1,	1,	100,3%	10,	0,
B - Breve	RM cervello tronco encefalico con MdC (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.2	1,	1,	100,3%	10,	0,
B - Breve	RM cervello tronco encefalico (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.1	4,	4,	100,3%	10,	100,
B - Breve	RM ginocchio e/o gamba (incluso articolazione, parti molli distretto vascolare)	88.94.1	3,	3,	100,3%	10,	33,
B - Breve	RM gomito e/o avambraccio (incluso articolazione, parti molli distretto vascolare)	88.94.1	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	RM rachide lombosacrale	88.93	2,	2,	100,3%	10,	100,
B - Breve	RM rachide toracico (dorsale)	88.93	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	RM spalla e/o braccio	88.94.1	3,	3,	100,3%	10,	67,
B - Breve	RM torace (efo mediastino, esofago relativo distretto vascolare)	88.92	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	Spirometria semplice	89.37.1	3,	1,	33,3%	10,	100,
B - Breve	TC capo (efo encefalo, cranio, sella turcica, orbite)	87.03	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	TC caviglia e/o piede	88.38.6	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	Visita allergologica	89.7A.7	35,	25,	71,3%	10,	96,
B - Breve	Visita chirurgica	89.7A.4	108,	105,	97,3%	10,	92,
B - Breve	Visita dermatologica	89.7A.7	138,	127,	92,3%	10,	84,
B - Breve	Visita dietologica	89.7	2,	1,	50,3%	10,	100,
B - Breve	Visita endocrinologica	89.7A.8	26,	25,	96,3%	10,	52,
B - Breve	Visita gastroenterologica	89.7A.9	35,	31,	89,3%	10,	94,
B - Breve	Visita ginecologica	89.26	215,	209,	97,3%	10,	55,
B - Breve	Visita immunologica	89.7	1,			10,	
B - Breve	Visita nefrologica	89.7B.4	17,	16,	94,3%	10,	94,
B - Breve	Visita neurologica	89.13	50,	46,	92,3%	10,	26,
B - Breve	Visita oculistica	95.02	135,	127,	94,3%	10,	95,
B - Breve	Visita ortopedica	89.7B.7	115,	107,	93,3%	10,	44,
B - Breve	Visita ostetrica	89.26	31,	31,	100,3%	10,	48,
B - Breve	Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8	95,	93,	98,3%	10,	38,
B - Breve	Visita pediatrica	89.7C8	1,	1,	100,3%	10,	100,
B - Breve	Visita pneumologica	89.7B.9	8,	8,	100,3%	10,	100,
B - Breve	Visita urologica	89.7C.2	15,	13,	87,3%	10,	92,

Tabella 2: monitoraggio semestrale (gen-giu 2019) dei tempi di attesa (prestazioni traccianti Priorità "D")

Prestazioni ambulatoriali istituzionali - Riepilogo % prestazioni erogate entro le soglie di attesa prestabilite GENNAIO-GIUGNO 2019								
Priorità	prestazione sanitaria	c.p.amm.	p.amm. complessive	di cui prenotate valutabili	percentuale valutabili	Std reg	% con attesa entro 30 gg	% con attesa entro 60 gg
D - Differita	Ecografia addome completo	88.76.1	35,	33,	94, %	60,	76,	100,
D - Differita	Ecografia addome inferiore (incluso: ureteri, vescica pelvi maschile o femminile)	88.75.1	15,	15,	100, %	60,	67,	93,
D - Differita	Ecografia addome inferiore vescica	88.75.1	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	Ecografia addome superiore (efo fegato vie biliari, pancreas, milza, reni surreni, retroperitoneo)	88.74.1	6,	5,	83, %	60,	40,	100,
D - Differita	Ecografia addome superiore reni surreni	88.74.1	10,	10,	100, %	60,	80,	100,
D - Differita	Ecografia cardiaca, cuore a riposo (ecocardiografia)	88.72.11	2,	2,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	88.75.1	24,	19,	79, %	60,	89,	100,
D - Differita	Elettrocardiogramma (ECG)	89.52	18,	18,	100, %	60,	94,	94,
D - Differita	Elettromiografia semplice per muscolo EMG	93.08.1	10,	10,	100, %	60,	80,	90,
D - Differita	Esame audiometrico tonale	95.41.1	47,	45,	96, %	60,	96,	100,
D - Differita	Holter, elettrocardiogramma dinamico	89.50	11,	9,	82, %	60,	33,	78,
D - Differita	RM addome inferiore e pelvi con MdC (incluso vescica, pelvi maschile o femminile e prostata)	88.95.5	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	RM caviglia e/o piede (incluso articolazione, parti molli distretto vascolare)	88.94.1	2,	2,	100, %	60,	0,	100,
D - Differita	RM cervello tronco encefalico con MdC (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.2	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	RM cervello tronco encefalico (incluso relativo distretto vascolare)	88.91.1	7,	7,	100, %	60,	71,	88,
D - Differita	RM ginocchio e/o gamba (incluso articolazione, parti molli distretto vascolare)	88.94.1	5,	5,	100, %	60,	20,	100,
D - Differita	RM rachide lombosacrale	88.93	4,	4,	100, %	60,	50,	100,
D - Differita	RM rachide toracico (dorsale)	88.93	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	RM spalla e/o braccio	88.94.1	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	RM torace (e/o mediastino, esofago relativo distretto vascolare)	88.92	1,	1,	100, %	60,	0,	0,
D - Differita	Spirometria semplice	89.37.1	3,	3,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	TC capo (efo encefalo, cranio, sella turcica, orbite)	87.03	1,	1,	100, %	60,	100,	100,
D - Differita	Visita allergologica	89.7A.7	180,	176,	98, %	30,	81,	99,
D - Differita	Visita chirurgica	89.7A.4	199,	197,	99, %	30,	97,	99,
D - Differita	Visita dermatologica	89.7A.7	468,	467,	100, %	30,	96,	100,
D - Differita	Visita dietologica	89.7	2,	1,	50, %	30,	100,	100,
D - Differita	Visita endocrinologica	89.7A.8	158,	155,	98, %	30,	79,	90,
D - Differita	Visita gastroenterologica	89.7A.9	111,	105,	95, %	30,	99,	100,
D - Differita	Visita ginecologica	89.26	381,	359,	94, %	30,	82,	91,
D - Differita	Visita immunologica	89.7	8,	7,	88, %	30,	88,	100,
D - Differita	Visita nefrologica	89.7B.4	43,	42,	98, %	30,	69,	100,
D - Differita	Visita neurologica	89.13	70,	65,	93, %	30,	28,	58,
D - Differita	Visita neuropsichiatrica	89.7	5,	4,	80, %	30,	75,	100,
D - Differita	Visita oculistica	95.02	751,	733,	98, %	30,	70,	100,
D - Differita	Visita ortopedica	89.7B.7	403,	369,	92, %	30,	23,	63,
D - Differita	Visita ostetrica	89.26	11,	11,	100, %	30,	100,	100,
D - Differita	Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8	546,	539,	99, %	30,	96,	100,
D - Differita	Visita pediatrica	89.7C.8	1,	1,	100, %	30,	100,	100,
D - Differita	Visita pneumologica	89.7B.9	16,	16,	100, %	30,	87,	100,
D - Differita	Visita urologica	89.7C.2	30,	27,	90, %	30,	100,	100,

Vengono qui considerate, inoltre, le indicazioni operative relative agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione (es.: fermo macchina di apparecchi diagnostici, assenza improvvisa di specialisti etc.), consistenti in sostituzioni temporanee di macchinari (anche in service) o di specialisti (consulenze) oppure deviando direttamente l'utenza verso prestazioni esterne.

Riguardo all'ottimizzazione dell'offerta, il documento contempla l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto,

- prevede l'incremento delle sedute operatorie e la programmazione anche al pomeriggio o il sabato,
- interviene sia sui processi all'interno dell'Istituto che condizionano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015) tramite l'ufficio continuità assistenziale;
- attua modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali (es.: l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate);

Il presente documento, inoltre,

- attua la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le aree cardiovascolare e oncologica, così come indicato dal PRGLA (par.4.3);

- recepisce il nuovo elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi (cap. 5);
- prevede il coinvolgimento e la partecipazione delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute ed il periodico ricevimento da parte dell'Istituto delle associazioni e dei comitati dei diritti;
- garantisce l'informazione ai cittadini sull'offerta di prestazioni sanitarie e la comunicazione sulle liste di attesa nonché sulle problematiche che potrebbero insorgere utilizzando gli strumenti più idonei, a partire dal sito web aziendale (cap. 9).

Le disposizioni contenute si applicano all'offerta sanitaria dell'I.R.C.C.S. Burlo Garofolo.

Il presente documento è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.

1. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

L'I.R.C.C.S Burlo Garofolo si fa garante di erogare prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza Nazionali come definito dalla Regione Friuli Venezia Giulia, agli iscritti al Servizio Sanitario Regionale / Servizio Sanitario Nazionale.

Le prestazioni inserite tra i Livelli Essenziali di Assistenza Regionali, aggiuntive rispetto a quelle Nazionali, sono garantite a carico del Servizio sanitario regionale ai soli iscritti al Servizio Sanitario Regionale.

1.1 MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

L'accesso alle prestazioni erogate del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) avviene tramite:

- prescrizione su ricettario SSR (ricetta rossa e ricetta dematerializzata);
- prescrizione su ricetta bianca;
- accesso diretto;
- libera professione intramoenia.

1.1.1 PRESCRIZIONE SU RICETTARIO SSR (RICETTA ROSSA E RICETTA DEMATERIALIZZATA)

La prescrizione su ricettario SSR permette di accedere alle prestazioni di specialistica ambulatoriale previste dai livelli essenziali di assistenza (LEA) e presenti nel Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale. Ogni ricetta prevede la possibilità di prescrivere un massimo di 8 (otto) prestazioni singole appartenenti alla stessa branca specialistica, mentre per la branca di riabilitazione sono prescrivibili da 3 (tre) a 6 (sei) cicli da 10 (dieci) prestazioni.

Non è possibile effettuare successive integrazioni di prestazioni sulla stessa ricetta da parte dell'erogatore; in caso di necessità di ulteriori esami/prestazioni deve essere emessa una nuova ricetta da parte dello specialista.

Su una ricetta non possono essere prescritte prestazioni di specialistica ambulatoriale appartenenti a branche specialistiche diverse; le prestazioni appartenenti alla branca "altre prestazioni" possono essere associate a qualsiasi branca.

Possono prescrivere su ricettario SSR i seguenti professionisti:

- medici di medicina generale (MMG);
- pediatri di libera scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale (MCA);
- specialisti dipendenti del SSR o convenzionati con il SSR;

Il ricettario è personale e identifica il medico prescrittore, responsabile dell'appropriatezza, correttezza e completezza dei dati (classe di priorità assegnata, eventuale esenzione, ...).

1.1.2 PRESCRIZIONE CON RICETTA BIANCA

La ricetta bianca è una prescrizione su carta intestata o con timbro che identifica il medico prescrittore; riporta la data di prescrizione e la firma del prescrittore. La prestazione è a totale carico dell'assistito secondo il tariffario regionale. Deve essere utilizzata per prescrizioni in regime libero professionale, prescrizioni di farmaci non a carico del SSR, prestazioni non previste nei LEA e presenti nel nomenclatore tariffario o per utenti sprovvisti dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Anche nella ricetta bianca deve essere indicato il testo quesito. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

1.1.3 ACCESSO DIRETTO

L'accesso diretto consiste nella possibilità per l'utente, di accedere alle seguenti specialità, limitatamente alla prima visita e senza prescrizione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta presso le strutture pubbliche:

- a) odontoiatria (*);
- b) ostetricia-ginecologia (*);
- c) pediatria (*);
- d) psichiatria;
- e) neuropsichiatria infantile (*);
- f) oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche (*).

E' altresì ammesso l'accesso diretto da parte dell'utente nei casi previsti da specifica normativa (vedi diabetologia e fibrosi cistica e donatori di organi).

In tutti i casi di accesso diretto l'erogatore dovrà produrre, contestualmente all'accettazione, una prescrizione SSR con le medesime regole di esenzione e di pagamento. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

(*) = specialità presenti presso l'IRCCS Burlo Garofolo

1.1.4 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA

L'attività svolta in Libera professione intra-moenia si aggiunge all'offerta istituzionale ed è disciplinata dalla normativa in materia e dai contratti collettivi nazionali di lavoro della dirigenza medica e della dirigenza sanitaria. In regime libero-professionale possono essere erogate solo le medesime prestazioni già erogate in attività istituzionale, secondo volumi di attività, per struttura erogatrice e per singolo medico, definiti in trattativa di budget.

Nell'esercizio dell'attività libero professionale, non è consentito l'utilizzo del ricettario del SSR. Ad eccezione di un eventuale ricovero, le prestazioni conseguenti o connesse con l'attività erogata in regime libero professionale intra-muraria possono pertanto essere prescritte solo su ricetta bianca e, quindi erogate con spese a carico del cittadino.

La prenotazione dell'attività di libera professione intramuraria viene effettuata su agende informatizzate, dedicate al singolo professionista. Non sono in nessun caso ammesse agende cartacee.

La responsabilità del controllo del rispetto delle norme in materia di libera professione intramoenia sono poste in capo alla Direzione Medica.

2.1 TIPOLOGIA DI ACCESSO

La ricetta rossa/dematerializzata può contenere solamente prescrizioni di prestazioni che hanno lo stesso tipo di accesso ("*primo accesso*" o "*altro accesso*" o "*accesso senza indicazione*").

2.1.1 PRESTAZIONI DI "PRIMO ACCESSO"

Per "*primo accesso*" è da intendersi:

- *il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore;*

- nel caso di paziente affetto da malattie croniche, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o in un ciclo di prestazioni, il medico prescrittore deve indicare la priorità per l'inizio dell'erogazione.

2.1.2 PRESTAZIONI DI "ALTRO ACCESSO"

Per prestazioni successive al "primo accesso" (classificate sulla prescrizione come "altro accesso") sono da intendersi le visite di controllo e le visite/prestazioni di follow-up in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza e la documentazione scritta esistente viene aggiornata o modificata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Tali prestazioni vengono di norma erogate dalla struttura che ha effettuato il primo accesso o da altra struttura in presenza di percorsi condivisi.

Nel presente documento sono chiamate "follow-up" le visite di controllo a lungo termine finalizzate a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze e a verificare la stabilizzazione della patologia o la sua progressione.

Le visite/prestazioni di controllo e di follow-up e le prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), ove necessarie e se non diversamente richiesto dall'utente, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita effettuata. In tal modo all'utente viene subito fornita la data per l'effettuazione del controllo e delle prestazioni specialistiche previste nei PDTA. Ogni erogatore è tenuto ad organizzare le agende distinguendo le attività riservate ai controlli, follow-up e PDTA rispetto a quelle dedicate ai primi accessi.

2.1.3 PRESTAZIONI SENZA INDICAZIONE DEL TIPO DI ACCESSO

Per le sole prestazioni di laboratorio non è prevista l'indicazione del tipo di accesso.

2.2 QUESITO DIAGNOSTICO

Il quesito diagnostico è obbligatorio per tutte le prescrizioni. Può essere formulato come:

- *quesito diagnostico/codice diagnosi*, ovvero il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato l'utente ed aver eventualmente valutato indagini strumentali precedenti (radiologiche, di laboratorio, ecc.);
- *motivazione clinica*, ovvero descrizione dei sintomi accusati dall'utente (per es. colica addominale, gonalgia, tosse) e/o dei segni rilevati dall'obiettività, da utilizzare qualora non si possa formulare uno specifico quesito.

2.3 CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI

L'indicazione della classe di priorità sulla ricetta è obbligatoria per tutte le prestazioni di primo accesso e vale su tutto il territorio regionale, a prescindere dall'Azienda di appartenenza dell'utente; la classe di priorità non deve essere indicata per le prestazioni classificate come "altro accesso" (es.: visite/prestazioni di controllo) o senza indicazione del tipo di accesso.

Sulla base delle indicazioni regionali, sono definite le nuove classi di priorità e i relativi tempi di attesa, che decorrono dal momento in cui l'utente accede al sistema di prenotazione:

- **U (Urgente)** da eseguire **entro 72 ore**. Gli utenti con situazioni cliniche che devono essere valutati con una tempistica inferiore vanno indirizzati al Pronto Soccorso;
- **B (Breve)** da eseguire **entro 10 giorni**;

- **D (Differibile)** da eseguire **entro 30 giorni** per le visite o **60 giorni** per gli accertamenti diagnostici;
- **P (Programmata)** da eseguire **entro 120 giorni** a partire dall'1/1/2020.

Una ricetta con più prestazioni della stessa branca deve essere erogata presso la medesima azienda, anche in momenti diversi.

2.4 VALIDITA' DELLA PRIORITA' DI ACCESSO

L'utente s'impegna ad accedere al sistema di prenotazione (presentazione allo sportello CUP o in farmacia o suo accesso a call center regionale o a prenotazione web) entro i seguenti termini:

- ✓ priorità **U** -urgente non oltre le 72 ore dalla data di emissione;
- ✓ priorità **B** -breve non oltre i 4 giorni dalla data di emissione.
- ✓ priorità **D** -differita non oltre i 30 giorni dalla data di emissione.
- ✓ priorità **P** -programmata non oltre i 120 giorni dalla data di emissione.

Qualora l'utente si presenti oltre i termini suindicati verrà reindirizzato al medico prescrittore per una rivalutazione.

Avvenuta la prenotazione la prescrizione non ha scadenza e resta valida anche nel caso in cui l'appuntamento già fissato debba essere rinviato per esigenze dell'utente.

3. GOVERNO DELLE PRESTAZIONI

3.1 IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE REGIONALE

Il Centro Unico di Prenotazione Regionale svolge le funzioni così come definite dal PRGLA.

3.2 LIVELLO AZIENDALE E CUP AZIENDALE

Le funzioni aziendali sono le seguenti:

- gestione del front e del back office degli sportelli aziendali;
- indirizzo e coordinamento delle strutture erogatrici e dei prescrittori;
- implementazione a sistema e contabilizzazione delle prestazioni erogate;
- contabilizzazione e cassa, sia con sportelli automatici che attraverso gli sportelli presidiati;
- configurazione delle agende di prenotazione delle prestazioni per prime visite, esami strumentali, interventi e procedure, controlli e libera professione intramoenia per gli erogatori pubblici;
- garantire la visibilità delle agende di prenotazione delle strutture. Tutte le Agende di prenotazione devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per tipologia di accesso e, per il primo accesso, per criteri di priorità. Non è previsto l'utilizzo delle agende cartacee;
- monitoraggio locale dei tempi d'attesa ed adozione delle iniziative di contenimento degli stessi;
- gestione operativa delle situazioni che determinano sospensioni temporanee di erogazione delle prestazioni;
- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale in raccordo con il livello regionale;
- verifica sulla correttezza dei flussi informativi.

3.3 AGENDE E REGISTRI DI PRENOTAZIONE

L'agenda di prenotazione è lo strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Ai fini del diritto di accesso alla documentazione garantito dalla Legge del 7 agosto 1990, n. 241, gli erogatori devono tenere, sotto la personale responsabilità del Direttore Sanitario, specifica documentazione anche su supporto informatico. Tale documentazione è soggetta a verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni. Tutti gli utenti che vi abbiano interesse, possono richiedere alle direzioni sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, con la salvaguardia della riservatezza dei dati delle persone. Per quanto attiene i registri di Prenotazione dei Ricoveri, il Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) ha reso obbligatorio il loro utilizzo nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di attesa".

3.4 GESTIONE DELLE AGENDE E SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA'

È vietata la sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriale o di ricovero programmato.

In caso di situazioni eccezionali, le strutture e servizi dovranno dare tempestiva informazione alla Direzione Sanitaria che a sua volta dovrà attenersi alle seguenti disposizioni:

- comunicare la sospensione al livello regionale indicando le cause, i tempi previsti per la ripresa dell'attività e le misure adottate per gestire la criticità (pazienti già programmati ed in attesa di erogazione);
- procedere alla sospensione della prenotazione della corrispondente attività di libera professione intramoenia,

In ogni caso, l'attività di prenotazione deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste nel PAAGLA.

La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

4. TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Il tempo massimo di attesa è il tempo che intercorre tra la data di prenotazione di una prestazione sanitaria (ricovero o prestazione ambulatoriale) e la data di erogazione della stessa. Il tempo massimo di attesa è fissato dalla Regione in attuazione delle indicazioni nazionali.

Di seguito vengono riportati i tempi massimi di attesa rispettivamente per le Prestazioni Ambulatoriali, le Prestazioni in regime di Ricovero e le Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA).

4.1. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Le prestazioni ambulatoriali per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle di primo accesso.

Rimangono escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni che non risultano prescritte con impegnativa;
- le prestazioni urgenti (U) per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza o in un periodo immediatamente successivo (72 ore);
- le prestazioni classificate come: "altro accesso" (visite/prestazioni di controllo) o senza tipologia di accesso (prestazioni di laboratorio);
- le prestazioni erogate all'interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDT) o nell'ambito del percorso nascita (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;

- le prestazioni in pre e post ricovero;
- le prestazioni erogate nell'ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening.

Per ciascuna Classe di priorità e con riferimento a tutte le strutture sanitarie, il tempo massimo di attesa deve essere garantito (ai fini del monitoraggio) come riportato nella tabella sottostante.

Tabella 1. Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali per Classi di priorità

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
B (breve)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni
P (programmata)	- fino al 31/12/2019 è considerata da eseguirsi entro 180 giorni - dall'1/1/2020 è considerata da eseguirsi in 120 giorni e il monitoraggio sarà esteso anche a questa priorità	Almeno 90% delle prenotazioni dall'1/1/2020

Le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), sono riportate nei paragrafi successivi.

4.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Le prestazioni di ricovero per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati.

Rimangono esclusi dal monitoraggio:

- i ricoveri urgenti;
- i ricoveri la cui l'accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico o non di competenza delle Aziende.

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Tabella 2. Tempi massimi di attesa per prestazioni in regime di ricovero per Classi di priorità

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l’attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero <u>senza attesa massima definita</u> per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi .

Per i ricoveri, l’inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica. I criteri sono definiti e depositati in DS (rif. Procedura “Gestione dei Registri di Prenotazione “ IO-01-PRO DSN rev. 2 del 19/03/2012).

Per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data d’inserimento dell’utente nel registro di prenotazione. Tale data è da intendersi come quella in cui lo specialista conferma la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all’inserimento dell’utente nel registro di prenotazione.

Le prestazioni di pre-ricovero, eseguibili dopo l’inserimento nel registro di prenotazione, devono essere limitate a quelle necessarie per stabilire l’idoneità all’intervento chirurgico. Non fanno parte pertanto del percorso tutti gli esami e le prestazioni effettuati per giungere alla diagnosi dalla quale si è poi sviluppata l’indicazione al ricovero.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell’inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate all’utente informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d’attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es.: informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun utente può richiedere di prendere visione della propria posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione medica. Qualora si modifichino le condizioni cliniche dell’utente oppure l’utente intenda rinviare l’intervento, è possibile apportare modifiche all’ordine di priorità, a cura del medico proponente.

4.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

In relazione al monitoraggio dei PDTA si fa riferimento a quanto indicato dal PRGLA (paragrafo 4.3)

4.4 RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)

Al fine di promuovere l’appropriatezza prescrittiva la Regione Friuli Venezia Giulia utilizza il modello dei “Raggruppamenti di attesa Omogenei – RAO” e richiama gli specifici criteri di priorità regionali ovvero quelli redatti da AGENAS e recepiti dalla Regione

4.5 GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

La garanzia del rispetto dei tempi massimi d’erogazione di una prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell’offerta che l’azienda di residenza / domicilio garantisce ai propri assistiti.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti la Direzione Sanitaria (tramite l’Ufficio Gestione delle Prestazioni sanitarie e CUP) prevede la seguente modalità di “Percorsi di Tutela” idonei a soddisfare e garantire l’erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante:

- a) verifica dell’appropriatezza prescrittiva e della congruenza del criterio di priorità con il quesito diagnostico/sospetto clinico confrontandosi con lo specialista di riferimento;

b) eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea dell'offerta;

Al termine dell'iter i pazienti che non hanno trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia verranno ricontattati ed a loro proposta la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione.

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'I.R.C.C.S prevede l'attivazione di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, tramite:

- attività aggiuntiva (risorse aggiuntive regionali, attività a pagamento).

Tali percorsi alternativi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prefissati e non prevedono pertanto la libera scelta dell'erogatore da parte dell'utente.

Se l'Istituto non ottempera a quanto sopra previsto, l'utente, previa autorizzazione, può effettuare la prestazione in libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate. In questo caso all'utente spetta il rimborso dell'intera spesa sostenuta ad eccezione del costo del ticket che rimane a suo carico.

4.6 RESPONSABILITA' DELL'UTENTE (DROP OUT)

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva ad una prestazione prenotata causano un danno rilevante all'organizzazione ed agli utenti in attesa di prestazione sanitaria.

L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso d'impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 3 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15)

Il mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro i trenta giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all'intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

5. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E OSPEDALIERA SOGGETTE AI MONITORAGGI PREVISTI DAL PNGLA

5.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ed erogate dall'I.R.C.C.S Burlo Garofolo sono le seguenti e potranno essere periodicamente revisionate.

VISITE SPECIALISTICHE

N.ro	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	89.7A.3
2	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	89.7A.8
3	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	89.13
4	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	95.02
5	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	89.7B.7
6	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	89.26
7	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	89.7B.8

8	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	89.7C.2
9	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	89.7A.7
10	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	89.7A.9
11	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	89.7B.6
12	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N.ro	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore (DGR 1680)	FVG
Diagnostica per Immagini					
13	TC del Torace	87.41	87.41	87.41	
14	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1	
15	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1	
16	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2	
17	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3	
18	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4	
19	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5	
20	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6	
21	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03	
22	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1	
23	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.A	
24	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.B	
25	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.C	
26	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D	
27	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E	
28	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F	
29	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5	
30	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1	
31	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2	
32	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4	
33	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5	
34	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93	
35	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1	

36	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
37	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.3
38	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
39	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
40	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
41	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
42	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2

Altri esami Specialistici				
43	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
44	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
45	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
46	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	89.44
47	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
48	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
49	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
50	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
51	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
52	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1
53	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1
54	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1

5.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e potrà essere periodicamente revisionato.

N.ro	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
2	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
3	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
4	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
5	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

6. MONITORAGGIO PRESTAZIONI, TEMPI DI ATTESA E FLUSSI INFORMATIVI

Obiettivi del monitoraggio sono la verifica periodica del rispetto dei tempi previsti, l'identificazione tempestiva degli eventuali punti critici e la messa in atto di eventuali azioni correttive.

6.1 MONITORAGGI NAZIONALI DEI TEMPI DI ATTESA

I monitoraggi relativi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale previsti sono quelli di seguito riportati:

- a) Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b) Monitoraggio delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- c) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- d) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico;
- e) Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>);
- f) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- g) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione, dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, nel sistema CUP.

7. STRUMENTI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

7.1 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA

L'IRCCS Burlo Garofolo disciplina i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. La suddetta attività è svolta dal referente aziendale per la ALPI (Attività Libero Professionale Intramoenia), mediante i monitoraggi mensili, e l'utilizzo del cruscotto aziendale.

In conformità a quanto previsto dall'art. 7 della L.R. 7/2009, e al fine di assicurarne il corretto esercizio nel rispetto dell'articolo 1, comma 5, della Legge n. 120/2007 e s.m. e i., il documento definisce sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero:

- a) i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria con riferimento alle singole Unità operative (a cura del referente della DMO);
- b) le modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale nonché all'attività libero professionale, mediante timbratura dedicata (a cura del referente della DMO);
- c) la modalità di gestione e visibilità sia delle agende di prenotazione che dei relativi tempi di attesa (a cura del referente della DMO);
- d) le prestazioni per le quali non è prevista la libera professione (a cura del referente della DMO);
- e) le azioni previste in caso di superamento dei tempi d'attesa (a cura del referente della DMO, come da regolamento aziendale ALPI).

Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono:

- ✓ uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali,

nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare all'utente le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali;

- ✓ la *"libera professione aziendale"* è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando all'utente solo la eventuale partecipazione al costo (ticket).

L'attività libero professionale può essere esercitata solo da chi svolge tale attività in regime istituzionale con proporzioni e percentuali concordate all'interno di ciascuna Struttura.

Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente, non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.

7.2. UTILIZZO GRANDI APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

La L.R. n.7 del 2009 prevede che le Aziende garantiscano l'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie dedicate alle attività per esterni per almeno l'80% della loro capacità produttiva (72 ore settimanali). E' previsto inoltre, che ove necessario, ciascuna Azienda provveda alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; ed elabori un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale ed un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

8. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

In coerenza con l'obiettivo regionale, l'IRCCS garantisce la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfioramento dei tempi massimi, sui diritti e doveri per mezzo del sito aziendale, dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), e della Carta dei servizi.

Le seguenti informazioni vengono divulgate con i sistemi più idonei:

- ✓ l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero programmato e relativi tempi massimi previsti;
- ✓ i percorsi previsti a garanzia dei tempi d'attesa;
- ✓ le responsabilità degli utenti;
- ✓ i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e prestazioni libero professionali intra-murarie;
- ✓ l'accessibilità e le procedure per suggerimento, reclami, disdetta, sanzioni e altre informazioni utili per l'utente.

Sul sito aziendale è presente il link *"prenota, paga, referto on line, annulla"* dal quale si può:

- prenotare gli esami e/o la verificare i tempi d'attesa per le prestazioni di primo accesso;
- pagare quanto dovuto;
- cancellare una prenotazione entro i termini previsti;
- conoscere i diritti ed i doveri con i relativi benefici e sanzioni;
- visionare le relazioni sull'andamento dei Tempi di Attesa

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

RIFERIMENTI NAZIONALI

- **20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute:** Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa
- **21/02/2019 Intesa Stato-Regioni:** Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021.
- **30/12/2018 Legge n. 145:** Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.
- **12/01/2017 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- **27/04/2016 Regolamento UE del Parlamento Europeo n. 676:** Regolamento generale sulla protezione dei dati.
- **09/02/2012 Decreto Legge n. 5:** Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo.
- **02/11/2011 Decreto Ministeriale del Ministro dell'Economia e delle Finanze:** De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 16 del decreto legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria).
- **8 luglio 2011 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute:** "Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale";
- **28/10/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano:** Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- **29/04/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali";
- **3 ottobre 2009 Decreto Legislativo n. 153** "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69";
- **26/03/2008 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Attuazione dell'articolo 1, comma 810 lettera c), della Legge 27 dicembre 2006 n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività;
- **03/08/2007 Legge n. 120:** Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria;
- **07/04/2006 Decreto del Presidente della Repubblica:** Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008;
- **28/03/2006 Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555);

- **23/12/2005 Legge n. 266:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006);
- **30/06/2003 Decreto Legislativo n. 196:** Codice in materia di protezione dei dati personali;
- **27/12/2002 Legge n. 289:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003);
- **11/07/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa;
- **16/04/2002 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa;
- **14/02/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa;
- **27/03/2000 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale;
- **19/06/1999 Decreto Legislativo n. 229:** Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- **23/07/1998 Decreto del Presidente della Repubblica:** Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000;
- **29/04/1998 Decreto Legislativo n. 124:** Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449;
- **27/12/1997 Legge n. 449:** Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica;
- **23/12/1996 Legge n. 662:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica;
- **19/05/1995 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari";
- **23/12/1994 Legge n. 724:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

RIFERIMENTI REGIONALI

- **25/10/2019 Delibera della Giunta Regionale n. 1815:** *"Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2012"*;
- **17/12/2018 Legge Regionale n. 27:** Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale;
- **14/09/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1680:** Approvazione del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia;
- **06/07/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1252:** DM 70/2015. Appendice 2: organizzazione dell'attività chirurgica programmata (interventi chirurgici e procedure invasive);
- **22/09/2017 Delibera della Giunta Regionale n. 1783:** DPCM 12.1.2017 - Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra LEA);

- **16/10/2015 Delibera della Giunta Regionale n. 2034:** Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia;
- **16/10/2014 Legge Regionale n. 17:** Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria;
- **01/08/2014 Delibera della Giunta Regionale n. 1466:** Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private;
- **28/07/2011 Delibera della Giunta Regionale n. 1439:** Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 – approvazione;
- **26/03/2009 Legge Regionale n. 7:** Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale;
- **16/02/2007 Delibera della Giunta Regionale n. 288:** Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA;
- **30/06/2006 Delibera della Giunta Regionale n. 1509:** Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 - approvazione