

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

33081 - Aviano (PN) - Italy  
Via Franco Gallini 2  
C.F. - P.IVA 00623340932  
Tel. 0434/6591  
Fax 0434/652182

CENTRO DI RIFERIMENTO  
ONCOLOGICO



Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico (D.l. 31/07/1990, 18/01/2005, 11/12/2009)

**DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N° **588** DEL **24/12/2019**

OGGETTO

ADOZIONE PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI  
ATTESA.

***IL DIRETTORE GENERALE SOSTITUTO***

***Dott. Aldo Mariotto***

***ai sensi dell'art. 3, comma 6 del Decreto Legislativo 502/1992 e s.m.i.***

**OGGETTO: ADOZIONE PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA.**

Il Direttore Generale sostituto

Premesso che:

in data 21 febbraio 2019 è stata sancita l'Intesa (Rep. Atti 28/CSR) tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

il Piano nazionale in parola prevede che le Regioni e le Province autonome provvedano a recepire l'intesa sancita il 21 febbraio 2019 adottando i relativi piani regionali di governo delle liste d'attesa e che successivamente all'approvazione dei piani regionali anche le aziende sanitarie regionali adottano i nuovi programmi attuativi aziendali o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo all'invio dello stesso alla Regione che effettuerà un monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;

Precisato che con DGR n. 1815 del 25 ottobre 2019 la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha approvato il documento "Piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019 -2021" (PRGLA) e che al capitolo 7 ha previsto che entro 60 giorni dalla sua adozione, le aziende sanitarie e gli IRCCS adottano il nuovo programma attuativo aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito dalla Regione;

Ritenuto pertanto di adottare il programma attuativo aziendale in linea con le indicazioni regionali contenute nel PRGLA;

Precisato che il suddetto programma sarà reso disponibile sul portale aziendale, sarà costantemente aggiornato e verrà allegato annualmente al Piano Attuativo aziendale;

### **IL DIRETTORE GENERALE SOSTITUTO**

Preso atto del visto del Direttore della SOC Gestione risorse Economico Finanziarie che attesta la regolarità contabile del presente provvedimento;

Preso atto del visto apposto dal Responsabile dell'Ufficio Legale che attesta la legittimità del presente provvedimento;

Vista la nota prot. n. 0023885/P in data 04.12.2019 del Direttore della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità con la quale si dispone che, nelle more della nomina del nuovo Direttore Generale, sarà cura del Direttore Sanitario proseguire ad assicurare le funzioni di Direttore Generale dell'Ente a presidio della continuità dell'azione amministrativa;

Dato atto che con nota prot. 21253/DG del 05.12.2019 si è provveduto a informare il Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia della suddetta comunicazione al fine di acquisire eventuali

determinazioni in merito;

Visto il D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.”* e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 19.12.1996, n. 49 *“Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l’integrazione socio-sanitaria.”* e s.m. ed i.;

Visto il D.Lgs. 16.10.2003, n. 288 *“Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell’articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3.”* e s.m. ed i.;

Vista la L.R. 10.08.2006, n. 14 *“Disciplina dell’assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico “Burlo Garofolo” di Trieste e “Centro di Riferimento Oncologico” di Aviano.”* e s.m. ed i.;

acquisito, per quanto di rispettiva competenza, il parere favorevole:

del Direttore Sanitario, Dott. Aldo Mariotto,

del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Cristina Zavagno

e del sostituto Direttore Scientifico f.f. Dott. Gustavo Baldassarre

## **D E L I B E R A**

Per le ragioni in premessa specificate, che qui si intendono tutte confermate e costituenti parte integrante e sostanziale anche del dispositivo:

- di approvare, per quanto esposto in premessa, il documento *“Programma attuativo aziendale di governo delle liste di attesa”*, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- di precisare che il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale aziendale.

Allegati n. 1

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:29:28

IMPRONTA: 3D36C6510FC817598FC30DBFE16D39DC6DDD742885456077E40607DF788E3974  
6DDD742885456077E40607DF788E397445986EF1652C8B5D22DC52166A19AF60  
45986EF1652C8B5D22DC52166A19AF60BFA1471FE5B606FACCD3DAB4850F2E7D  
BFA1471FE5B606FACCD3DAB4850F2E7DE84887EF7ACF316049E03B6DE74FC4D2

NOME: MASSIMO ZANELLI

CODICE FISCALE: ZNLMSM74A23E473E

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:38:41

IMPRONTA: 9476E3B5C53AD2A26E6DBB4E2EE6EC583FB79612B7AF0F99DD0D84347BA78F7B  
3FB79612B7AF0F99DD0D84347BA78F7BF49537AC937B4D170E459344C02625F1  
F49537AC937B4D170E459344C02625F1BAC1BF12975E40FE5BD2634FABE47724  
BAC1BF12975E40FE5BD2634FABE477244987D9F3B9680F570F8BDB4177BA7644

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:43:22

IMPRONTA: 4DCE1CC2B0427B7CD1C6DA8569AA33201E17075E2AB5C385C8301BCB36303FF4  
1E17075E2AB5C385C8301BCB36303FF40BE28EE1D6C2F77EAE20089013DDE3F3  
0BE28EE1D6C2F77EAE20089013DDE3F33494E72D12287D98D224D177EA5B4271  
3494E72D12287D98D224D177EA5B42712DD7F4A7983421820DED1502B9CA886F

NOME: GUSTAVO BALDASSARRE

CODICE FISCALE: BLDGTV66T23F839V

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:46:27

IMPRONTA: 87F035F06899D42A858204777761E0EC4327EA517B234D63D059EE9DBF103D9C  
4327EA517B234D63D059EE9DBF103D9CD949BF4A10FAD1DB83AFFC3A60FE3757  
D949BF4A10FAD1DB83AFFC3A60FE37577CE20C42AF67595EE9B5CBD66BEA0D1F  
7CE20C42AF67595EE9B5CBD66BEA0D1FECD02D646885C6201DB7B0660E1B0C23

NOME: ALDO MARIOTTO

CODICE FISCALE: MRTLDA58P06L736W

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:48:33

IMPRONTA: 360D535E620942E15D415B4A124E13102966CC588945F630B51AAF2FEEA11FD4  
2966CC588945F630B51AAF2FEEA11FD44F88ABC0F658C748F375F12AFFE00C4A  
4F88ABC0F658C748F375F12AFFE00C4AEB7FE51724318000A46503D5BB76157B  
EB7FE51724318000A46503D5BB76157B60DE5D354442036F17641CBCOC54F15A

## Sommario

1. Premessa.....	2
2. Riferimenti .....	2
3. Organizzazione interna .....	3
4. Governo della domanda .....	3
4.1. agende .....	4
4.2. codici di priorità .....	5
4.3. validità della priorità di accesso.....	5
4.4. prenotazione delle prestazioni ambulatoriali.....	6
5. Tempi massimi di attesa .....	6
6. Governo dell’offerta, garanzia e strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa .....	9
7. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini .....	11
8. protocollo in caso di sospensione dell’erogazione della prestazione .....	12
9. modello gestionale per garantire l’incremento dell’efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l’incremento delle sedute operatorie, i processi di deospedalizzazione.....	12
10. Monitoraggi delle prestazioni .....	13
11. Comunicazione e partecipazione .....	14
12. Responsabilità dell’utente .....	15
13. Allegati .....	16
Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio .....	16
Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio .....	21

## 1. Premessa

L'IRCCS CRO di Aviano (da ora in poi, Istituto), si caratterizza come centro di ricerca sanitaria traslazionale e ospedale di alta specializzazione e di rilievo regionale, nazionale ed internazionale nel settore oncologico. Persegue quindi, secondo standard d'eccellenza, finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione dei servizi sanitari, di innovazione nei modelli d'assistenza e di trasferimento delle conoscenze, unitamente a prestazioni di sanitarie di alto livello.

L'Istituto, sulla base delle indicazioni contenute nel Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021 (DGR n. 1815 del 20/10/2019) e nelle Linee per la Gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale 2020 (DGR 1992 del 22/11/2019) si impegna nella programmazione e nella realizzazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha come obiettivo prioritario quanto già dichiarato nel Piano Regionale ovvero quello di confermare "strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela dell'utente per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)".

Il presente Piano ha il fine di individuare gli strumenti e le modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, per una concreta presa in carico dei pazienti prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) e lo sviluppo della gestione del paziente mediante team multidisciplinari e multiprofessionali (TMM), riconosciuti come strumenti per affrontare la complessità della gestione dei pazienti affetti da tumore, per assicurare un aumento della tempestività delle decisioni, migliorandone i tempi e il coordinamento e per contribuire a creare collegamenti con altre organizzazioni sanitarie assicurando riferimenti appropriati, consultazioni tempestive e ottimizzazione della continuità delle cure del paziente.

In tale contesto il supporto delle Associazioni di pazienti e familiari risulta rilevante, sia nei programmi di formazione e informazione verso gli operatori e la comunità, sia nella definizione stessa del PDTA con una loro partecipazione all'interno del gruppo di lavoro multidisciplinare e, non ultimo, con l'acquisizione di suggerimenti per il miglioramento continuo della qualità assistenziale e dei servizi.

## 2. Riferimenti

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021

Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa PRGLA 2019-2021 adottato con DGR 1815 del 25.10.2019

DGR 2034 del 16.10.2015 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa".

DGR 2049 del 29/11/2019 Recepimento accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano n. 59/CSR del 17 aprile 2019 concernente “Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l’attività ospedaliera per acuti e post con l’attività territoriale” e istituzione della rete oncologica del Friuli Venezia Giulia.

### **3. Organizzazione interna**

Ai fini dell’attuazione di quanto previsto dal presente piano, l’Istituto provvederà entro aprile 2020 alla costituzione di una unità di Gestione Prestazioni con mandato e responsabilità specifiche rispetto alla gestione dell’offerta sanitaria aziendale ed al coordinamento funzionale di tutte le strutture aziendali coinvolte nei processi qui descritti.

### **4. Governo della domanda**

In linea con gli atti di programmazione aziendale e regionale, non ultimo il recente atto di costituzione della rete oncologica regionale (DGR 2049 del 29/11/2019), i Direttori di Dipartimento, raccogliendo le istanze e le criticità di SOC e SOSD aziendali, si raccordano con la Direzione Strategica dell’Istituto e, attraverso questa, con l’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale e la Rete Oncologica Regionale del Friuli Venezia Giulia (ROR FVG) al fine di garantire l’integrazione delle attività specialistiche nella rete regionale a supporto della continuità assistenziale.

È inoltre fondamentale il ruolo del prescrittore nel garantire l’appropriatezza della risposta del sistema ed in tale senso l’Istituto si impegna a vigilare sui comportamenti prescrittivi in termini di completamento delle informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda.

Il quesito diagnostico o la diagnosi/indicazione clinica 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 e/o dei segni rilevati dall’obiettività, da utilizzare qualora non si possa formulare uno specifico quesito.

In fase di erogazione non è consentito effettuare successive integrazioni di prestazioni sulla stessa ricetta; in caso di necessità di ulteriori esami/prestazioni deve essere emessa una nuova ricetta da parte dello specialista.

Per “primo accesso”, coerentemente con quanto stabilito dal PRGLA, è da intendersi:

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

- il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da struttura diversa da quella del primo medico specialista;

- nel caso di paziente affetto da malattie croniche (compreso il paziente in follow up oncologico), la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

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.

Le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dallo Specialista che ha preso in carico il paziente, senza che questo sia rimandato al proprio MMG/PLS per la prescrizione, in particolar modo quando le prestazioni si rendono necessarie per rispondere al quesito diagnostico posto inizialmente.

La realizzazione della "presa in carico" del paziente si completa con la prenotazione delle prestazioni di controllo, secondo le tempistiche prestabilite, da parte della stessa struttura operativa che ha in carico il paziente e con la loro esecuzione, dove possibile, all'interno dell'Istituto.

#### **4.1. agende**

Le agende sono organizzate in modo da poter distinguere le attività riservate ai primi accessi, ai controlli/follow-up e, progressivamente ed auspicabilmente in misura sempre più prevalente, ai PDTA aziendali.

Entro il 30/06/2020, tutte le agende di primo accesso e di libera professione intramoenia saranno incluse nel sistema CUP regionale, visibili a tutti i prenotatori ad eccezione delle agende di visita oncologica e visita radioterapica che vengono gestite solo internamente all'istituto, pur con la massima trasparenza, per garantire, fin dal primo contatto, la correttezza della presa in carico, sia in termini di tempistica che di équipe medica ed evitare all'utente un inutile primo passaggio "generico". Stante la mission, i livelli autorizzativi e più in generale la specificità dell'Istituto, risulta tuttavia indispensabile che, a monte, la richiesta di prestazioni venga gestita dagli operatori del CUP regionale con la finalità di garantire che soltanto le prestazioni di tipo oncologico (o per sospetto oncologico) vengano indirizzate al CRO.

Le agende non vengono mai chiuse e garantiscono la prenotabilità continua delle prestazioni. All'utente deve poter essere prospettata almeno una data prenotabile. Per la prenotazione di prestazioni di controllo, sono attivate apposite agende dedicate, in modo da assicurare l'effettiva "presa in carico" del paziente, garantendo la prenotazione del controllo successivo, con agende almeno annuali aperte a scorrimento. La gestione delle agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione dell'offerta e assicurare il rispetto dei tempi massimi di attesa. La Direzione Sanitaria monitora l'offerta settimanalmente coordinandosi con i responsabili delle strutture per equilibrare l'offerta.



## 4.2. codici di priorità

L'Istituto organizza l'offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PRGLA 2019-2021. Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica devono essere considerate le seguenti definizioni contenute nel PRGLA:

**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.

Per rendere omogenee le modalità prescrittive e il corretto utilizzo dei codici di priorità in base al quesito diagnostico, sono adottati i criteri sviluppati in ambito regionale e i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) redatti da AGENAS (allegati), per quanto di pertinenza dell'Istituto.

Per le prestazioni successive al primo accesso, che non prevedono l'indicazione del criterio di priorità, nell'ottica della ottimale continuità assistenziale, nel campo dedicato al quesito diagnostico deve essere indicata la tempistica di programmazione della prestazione di controllo, espressa in mesi.

## 4.3. validità della priorità di accesso

Per limite di validità temporale si intende quello definito **ai fini della prenotazione** e si riferisce esclusivamente al tempo massimo entro il quale l'utente ha titolo per accedere al sistema di prenotazione e non al momento in cui viene erogata la prestazione.

Ai fini del rispetto della priorità di accesso assegnata dal medico prescrittore, l'utente è tenuto ad accedere al sistema di prenotazione 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-differibile 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 deve essere reindirizzato al medico prescrittore per una rivalutazione. Il sistema di prenotazione non consente l'inserimento di appuntamenti con ricette che abbiano superato i limiti di validità.

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.

#### **4.4. prenotazione delle prestazioni ambulatoriali**

Al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal prescrittore, il sistema propone la prima data disponibile. Qualora il cittadino rifiuti la data proposta, esce dal diritto di garanzia. Questa scelta dell'utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell'utente. Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall'utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello).

### **5. 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.

Le **prestazioni ambulatoriali** per le quali sono definiti i tempi massimi sono quelle di primo accesso. Rimangono pertanto 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), 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.

<b>Priorità</b>	<b>Tempo (in gg)</b>	<b>Valore soglia</b>
-----------------	----------------------	----------------------

B (breve)	10 giorni	Almeno il 90% delle prenotazioni
D (differita)	30 giorni visite 60 giorni accertamenti diagnostici	Almeno il 90% delle prenotazioni
P (programmata)	120 giorni	Almeno il 90% delle prenotazioni

Le **prestazioni di ricovero** per le quali sono definiti i tempi massimi riguardano esclusivamente i ricoveri programmati. Rimangono pertanto esclusi dal monitoraggio:

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

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito delle Linee annuali per la gestione del SSR 2020, dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

<b>Classe di priorità per il ricovero</b>	<b>Indicazioni</b>	<b>Valore soglia</b>
A	Ricovero entro <b>30 giorni</b> per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.	- per il 2019 la % non dev'essere inferiore al valore mediano II quartile osservato della distribuzione nell'anno 2016; - per il 2020 la percentuale non deve essere inferiore al valore III quartile osservato della distribuzione nell'anno 2016 (per il 2020 le Linee Annuali per la gestione del SSR anno 2020 prevedono la garanzia erogativa per gli interventi chirurgici per almeno il 90% dei codici assegnati A); - per il 2021 almeno il 90%
B	Ricovero entro <b>60 giorni</b> 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 <b>180 giorni</b> 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 senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro <b>12 mesi</b> .	

Per i ricoveri, l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata deve tenere conto dei criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Per le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento dell'utente nel registro (agenda) di prenotazione. Tale data è da intendersi come quella in cui viene confermata dallo specialista 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 (agenda) 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 Sanitaria. 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.

Le prestazioni incluse in specifici **PDTA** di ambito oncologico dovranno rispondere ai requisiti stabiliti dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa come previsto dalla normativa nazionale e dal PRGLA 2019-2021.

## 6. Governo dell'offerta, garanzia e strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa

L'**offerta complessiva** dell'istituto, in quanto ente a valenza nazionale e centro di riferimento regionale, si modula in base all'epidemiologia della popolazione afferente, senza distinzione basata sulla residenza dell'utente, sia regionale che extra regionale, alla quale sono equamente garantite prestazioni e criteri di priorità.

L'Istituto definisce l'offerta complessiva dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca di attività, programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sulla base dei dati storici di attività, delle strategie aziendali e regionali emergenti e, non ultimo, in coordinamento con la programmazione all'interno della Rete Oncologica Regionale. Per la definizione del fabbisogno è infatti fondamentale la fruibilità dei dati di prescrizione, che possono dare la corretta dimensione qualitativa e quantitativa della domanda in un dato periodo e in tal senso il miglior ambito coordinato di riferimento sarà per l'appunto la ROR.

Ai fini dell'appropriatezza organizzativa e della corretta erogazione sequenziale delle prestazioni nel percorso di diagnosi e cura del malato oncologico, l'Istituto sviluppa e attua **PDTA** condivisi e formalizzati nell'ambito dei Team Multidisciplinari e Multiprofessionali (TMM) ed eroga le prestazioni ivi comprese, quando previsto, in futuro, anche attraverso il day service. Di tali percorsi viene data adeguata informazione al paziente e ai suoi familiari, oltre che alle associazioni di volontariato attive in Istituto.

Per le prestazioni erogate in **regime libero professionale intramoenia** è assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

Le agende informatizzate di prenotazione di tali prestazioni sono nominali o di équipe e saranno disponibili a CUP regionale.

L'Azienda garantisce adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale, al fine di consentire una corretta tracciabilità di tale impegno.

Se nell'ambito del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in regime istituzionale risultasse, per una data specialità, il mancato raggiungimento della percentuale di erogazione prevista dal PRGLA 2019-2021, la Direzione Strategica provvederà al progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. La ridefinizione delle proporzioni tra attività istituzionale e libero professionale avrà la durata temporale necessaria alla risoluzione della criticità legata al rispetto del tempo di attesa della specifica prestazione. Tale strategia è prevista dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa.

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, la **garanzia** del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata 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 di prestazioni di primo accesso con priorità (B, D o P) ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

- quando l'utente accetta una disponibilità proposta entro i tempi massimi d'attesa all'interno dell'offerta della propria Azienda (ovvero Azienda "hub" per le prestazioni erogate dai presidi di 2° livello);
- in tutti i casi di assenza di offerta nei tempi massimi di attesa previsti (indipendentemente dalla scelta dell'utente).

Nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta nei tempi previsti, per le sole visite oncologica e radioterapica, la cui offerta è gestita esclusivamente dal CUP aziendale, in caso di sfioramento del tempo di attesa previsto deve essere attivato, da parte delle strutture coinvolte, il meccanismo di presa in carico che prevede la valutazione del caso e la sua gestione nei tempi e modalità consoni, se necessario ricorrendo agli strumenti di garanzia sopra indicati.

Per tutte le altre prestazioni, in assenza di disponibilità entro il tempo massimo di attesa, la prenotazione avviene ugualmente per la prima data disponibile. In tale contesto, a seguito della prenotazione oltre i tempi massimi, si attiveranno i meccanismi necessari per verificare la coerenza della richiesta con quanto previsto dal sistema RAO e dare risposta entro i tempi corretti previsti, previa valutazione di appropriatezza della richiesta, l'autorizzazione dovrà essere effettuata a carico dell'azienda sanitaria di residenza.

L'utente viene quindi ricontattato e gli viene comunicato il nuovo appuntamento.

Sulla base di monitoraggi che mettano in evidenza criticità sistematiche rispetto a determinate prestazioni, al fine della rimodulazione dell'offerta e nella logica del contenimento degli oneri a carico del bilancio aziendale, sono previsti i seguenti interventi da adottare.

- rilevazione ogni 24/48 ore dei posti disponibili e chiamata attiva da parte dell'operatore CUP aziendale finalizzata alla erogazione della prestazione in anticipo rispetto alla data prenotata
- rimodulazione della distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda
- finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale
- ricorso alle Risorse Aggiuntive Regionali destinate a tale scopo
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 comma 1 lett. d e comma 2 del CCNL 08/06/2000 della dirigenza sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa del S.S.N.

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

L'attivazione delle prestazioni aggiuntive al fine di garantire la continuità assistenziale e/o i livelli di offerta in modo tempestivo ed efficace, spetta alla Direzione Sanitaria.

Tali attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. In tale ambito dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

Parallelamente, l'Istituto mette in atto una serie di **misure di controllo** sia sul lato della domanda che su quello dell'offerta, strutturando monitoraggi periodici che forniscano le informazioni necessarie a supporto delle decisioni:

- verifica della correttezza e appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (priorità, quesito diagnostico, tipologia di accesso) e condivisione dei dati di monitoraggio con i prescrittori e le associazioni di volontariato attive presso l'Istituto allo scopo di aumentare la consapevolezza e sensibilità rispetto all'accesso appropriato alle prestazioni;
- verifica, da parte dello specialista che eroga la prestazione, della appropriatezza delle prescrizioni attraverso la valutazione della coerenza tra il codice di priorità definito dal prescrittore e i criteri definiti dai RAO (questa metodologia, che prevede l'utilizzo del sistema informatizzato G2, è stata recentemente sperimentata in Istituto per alcune prestazioni e sarà estesa progressivamente. Si precisa che la valutazione da parte dello specialista deve avvenire prima di effettuare la visita, al fine di porsi nelle medesime condizioni del prescrittore);
- monitoraggio periodico della corretta configurazione, apertura e visibilità delle agende di prenotazione;
- monitoraggio dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramoenia per singola struttura ed eventuale rimodulazione della loro proporzione;
- rilevazione dell'impegno orario di ciascun professionista rispetto all'attività istituzionale e a quella in libera professione intramoenia;
- monitoraggio dell'andamento dei tempi di attesa della specialistica ambulatoriale e dei ricoveri per tutte le prestazioni previste dal PRGLA 2019-2021 e di eventuali altre che dovessero risultare critiche per l'istituto (rif. Capitolo 5 del PRGLA 2019-2021).

## **7. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini**

L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini deve prevedere uno standard di riferimento pari ad almeno l'80% della capacità produttiva.

A tale scopo verrà realizzato un piano dettagliato che consenta di adeguare le risorse tecnologiche al personale, tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione, nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

## 8. protocollo in caso di sospensione dell'erogazione della prestazione

La sospensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali per motivi tecnici programmati (es. fermi macchina per manutenzione preventiva) o straordinari comporta interventi organizzativi, volti a fronteggiare i disagi causati dalle stesse sospensioni, condivisi tra la struttura interessata e la Direzione Sanitaria. La Struttura interessata comunica immediatamente alla Direzione Sanitaria la sospensione con le motivazioni dettagliate e avvia le procedure per il mantenimento dell'offerta programmata al fine di garantire la tempestiva ri-prenotazione della prestazione, non prima di una valutazione clinica dei singoli casi rispetto alla opportunità e sicurezza della eventuale dilatazione delle tempistiche.

Nel caso in cui l'evento non consenta la riprogrammazione locale, dovranno essere contattate altre aziende sanitarie regionali, o, eventualmente, extra-regionali.

**In caso di sospensione dell'erogazione di una prestazione, l'attività di prenotazione prosegue tenendo conto del periodo di sospensione.** È infatti vietata la sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato, secondo quanto disciplinato dal PRGLA 2019-2021 e dalla normativa nazionale.

## 9. Modello gestionale per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie, i processi di deospedalizzazione

L'Istituto provvederà all'emanazione di un piano aziendale di linee comportamentali e di criteri metodologici da adottare per la gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione (sia medici che chirurgici) declinando modalità di regolazione e controllo dell'accesso al ricovero, stabilendo ambiti di responsabilità per garantire la pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa governati da criteri di accessibilità, equità e trasparenza, garantendo la tutela dei diritti dei pazienti, facilitando la fruizione delle prestazioni assistenziali e rafforzando le regole di governo del percorso del paziente oncologico e della programmazione delle risorse.

Sarà garantita la comunicazione all'utente con la chiara esplicitazione dei criteri di gestione dell'accesso con l'obiettivo di consentire un facile riscontro sull'iter della richiesta di ricovero rendendo l'utente parte attiva in tale processo.

Relativamente alla garanzia di trasparenza ed equità di accesso, l'Istituto dovrà predisporre controlli ad hoc sulle attività, presidiando il sistema informatizzato di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, al fine di:

- garantire una gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- presidiare la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali (sulle caratteristiche cliniche del quadro patologico, dello stadio e del decorso



Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

della patologia, con particolare riguardo ai possibili danni legati ai ritardi nel trattamento, alla presenza ed intensità di sintomi e deficit funzionali).

Le funzioni andranno specificate per singola Struttura Operativa, restando comunque ferma la possibilità che la Direzione Sanitaria agisca direttamente su dinamiche particolarmente critiche sia dei processi intraospedalieri (che determinano la durata della degenza media) sia dei processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015). Attualmente le degenze medie dei pazienti ricoverati nel nostro Istituto sono generalmente rapide. Qualora si dovessero creare problematiche di durata della degenza, saranno analizzate le criticità e ricercate le soluzioni del caso (funzionamento dei servizi diagnostici e di supporto, ecc...). Per quanto riguarda i rapporti con l'assistenza primaria, va specificato come il territorio di afferenza degli utenti del CRO sia quanto mai differenziato e riguardo gran parte del territorio nazionale. Dovranno essere trovati accordi specifici con i distretti e la medicina generale dell'area di Pordenone così come delle altre aree regionali ed extraregionali, tenendo conto delle variabilità e delle distanze.

## **10. Monitoraggi delle prestazioni**

Il monitoraggio periodico dell'aderenza a quanto previsto dal PRGLA 2019-2021 in tema di tempi di attesa ha lo scopo di identificare tempestivamente le criticità e permettere quindi la messa in atto di strategie di adeguamento e miglioramento complessivo del sistema.

L'Istituto provvede alla produzione ed al conferimento dei flussi informativi, nei tempi e modalità previsti dall'allegato B al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021 e coerentemente con l'organizzazione regionale rispetto a tale tema, delineata nel PRGLA:

- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime ambulatoriale
- Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria
- Monitoraggio dell'aggiornamento sul sito web aziendale della sezione dedicata ai tempi ed alle liste di attesa
- Monitoraggio della effettiva inclusione di tutte le agende di prenotazione nel sistema CUP

Internamente, a supporto delle decisioni da parte della Direzione Strategica, sono inoltre attivati:

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

- monitoraggi ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale con cadenza settimanale
- monitoraggi ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale con cadenza settimanale
- monitoraggi ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale con cadenza mensile
- monitoraggio ex post dei tempi di refertazione della prestazioni di laboratorio individuate come critiche

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle individuate dal PRGLA 2019-2020 (allegato), eventualmente integrate da altre considerate critiche e stabilite dal Direttore Sanitario.

Rispetto al monitoraggio dei **PDTA** formalizzati dall'Istituto, coerentemente con quanto previsto dal precedente PNGLA 2010-2012 che include le Linee Guida per il Monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici complessi, le quali definiscono il PDTA come "sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero", la verifica delle tempistiche sarà articolata non per criteri di priorità delle singole prestazioni ma per fasi, così come previsto dalle suddette Linee Guida. Il dato di maggior rilievo è la tendenza generale del percorso complesso costruito sulla base delle evidenze scientifiche, al fine di evidenziare criticità di sistema e orientare la eventuale riprogettazione dell'offerta nell'ottica di ottimizzare risorse e tempi.

Per le prestazioni inserite in PDTA formalizzati, i tempi di attesa escono dalla valutazione. Ad esempio, rispetto alle prestazioni di Chemioterapia e Radioterapia, sarà attivato un monitoraggio specifico che, nella stessa logica del monitoraggio dei PDTA, avrà lo scopo di valutare la coerenza delle tempistiche di tali prestazioni con le raccomandazioni relative alle diverse patologie.

## 11. Comunicazione e partecipazione

Gli aspetti comunicativi legati a processi che prevedono il coinvolgimento, a vario titolo, di diversi attori, rivestono particolare importanza non solo in termini di "rendicontazione", ma anche e soprattutto di coinvolgimento e aumento della consapevolezza rispetto al proprio e altrui ruolo nel disegno complessivo.

Sul tema della comunicazione, l'Istituto si attiva pertanto su due fronti: quello interno costituito dai propri specialisti e quello esterno formato da MMG, PLS, altri medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri di altre aziende, utenti, associazioni di volontariato.

Verso questo ultimo gruppo di stakeholders, l'URP e l'Ufficio Comunicazione predispongono adeguata informativa da diffondere sia in forma cartacea che attraverso gli strumenti web, primo fra tutti il sito aziendale, contenente:

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

- l'elenco delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero erogate dall'Istituto;
- le modalità di accesso alle prestazioni;
- la procedura per la disdetta di appuntamenti;
- i percorsi previsti a garanzia dei tempi massimi d'attesa;
- le responsabilità degli utenti, comprese le sanzioni previste;
- i volumi e rapporti tra prestazioni istituzionali e in libera professione intramoenia;
- il percorso per la segnalazione di suggerimenti, reclami, elogi.

La Direzione Strategica attiva tavoli periodici con la componente del volontariato per la condivisione delle strategie di programmazione e revisione delle attività e dell'offerta di prestazioni, compresi i risultati dei monitoraggi previsti nel presente Piano.

Il coinvolgimento dei prescrittori avviene parallelamente sul fronte interno, ossia i propri medici specialisti e su quello esterno verso i medici di assistenza primaria e PLS, tenendo conto degli ambiti di provenienza dell'utenza. In entrambi gli ambiti la finalità è duplice; da un lato la sensibilizzazione alla corretta applicazione del presente Piano con particolare riguardo alla compilazione della prescrizione e all'utilizzo dei criteri di priorità, dall'altro la collaborazione per l'individuazione degli strumenti più adeguati al fine del miglioramento complessivo del sistema.

## 12. Responsabilità dell'utente

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria.

L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso di 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).

L'ufficio Cassa ha il compito di effettuare i controlli relativi alle mancate disdette e al mancato ritiro dei referti al fine di procedere, su autorizzazione della Direzione Amministrativa, ad eventuale recupero del credito o all'archiviazione del caso.

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, l'Istituto provvede ad attivare strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, SMS, chiamata telefonica, e-mail, altro).

### 13. Allegati

Allegato 1. Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Allegato 2. Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

#### Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

##### VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680/2018)	EROGATO AL CRO
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	89.7A.3	
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	89.7A.6	
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	89.7A.8	
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	89.13	
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	95.02	
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	89.7B.7	
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	89.26	X
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	89.7B.8	
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	89.7C.2	
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	89.7A.7	
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	89.7B.2	
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	89.7A.9	X

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

<b>13</b>	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	89.7B.6	X
<b>14</b>	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	89.7B.9	
<b>15</b>	Prima visita algologica (Linee Gestione 2020)					X

**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680/2018)	EROGATO AL CRO
<i>Diagnostica per Immagini</i>					
<b>15</b>	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1	X
<b>16</b>	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2	X
<b>17</b>	TC del Torace	87.41	87.41	87.41	X
<b>18</b>	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1	X
<b>19</b>	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1	X
<b>20</b>	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2	X
<b>21</b>	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3	X
<b>22</b>	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4	X
<b>23</b>	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5	X
<b>24</b>	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6	X
<b>25</b>	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03	X
<b>26</b>	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1	X
<b>27</b>	TC del rachide e dello speco	88.38.1	88.38.A	88.38.A	X

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

	vertebrale cervicale				
<b>28</b>	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.B	X
<b>29</b>	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.C	X
<b>30</b>	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D	X
<b>31</b>	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E	X
<b>32</b>	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F	X
<b>33</b>	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5	X
<b>34</b>	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1	X
<b>35</b>	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	X
<b>36</b>	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4	X
<b>37</b>	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5	X
<b>38</b>	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93	X
<b>39</b>	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1	X
<b>40</b>	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4	X
<b>41</b>	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.3	
<b>42</b>	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5	X
<b>43</b>	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1	X

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1	X
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1	X
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1	X
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2	X
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78	
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2	
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.7722	
<b>Altri esami Specialistici</b>					
51	Colonscopia totale con endoscopia flessibile	45.23	45.23	45.23	X
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42	X
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	45.24	45.24	X
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13	X
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16.1 45.16.2	X
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52	
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50	
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41	
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	89.44	
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1	
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1	
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2	

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

<b>63</b>	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11	
<b>64</b>	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	
<b>65</b>	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	
<b>66</b>	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	
<b>67</b>	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1	
<b>68</b>	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.E	
<b>69</b>	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F	93.08.F	
<b>70</b>	Trattamento intravitale (Linee Gestione 2020)				
<b>71</b>	Radioterapia (Linee Gestione 2020)				X



**Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio**

<b>PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO</b>				
<b>Numero</b>	<b>Prestazione</b>	<b>Codici Intervento ICD-9-CM</b>	<b>Codici Diagnosi ICD-9-CM</b>	<b>EROGATO AL CRO</b>
<b>1</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0	X
<b>2</b>	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82	
<b>3</b>	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5	X
<b>4</b>	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5	X
<b>5</b>	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82	X
<b>6</b>	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x	X
<b>7</b>	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193	
<b>8</b>	By pass aortocoronarico	36.1x		
<b>9</b>	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07		
<b>10</b>	Endoarteriectomia carotidea	38.12		
<b>11</b>	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52;		

Direzione Strategica

Rev. 0 del 20.12.2019

		81.53		
<b>12</b>	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0	
<b>13</b>	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x	
<b>14</b>	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57		
<b>15</b>	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11		X
<b>16</b>	Emorroidectomia	49.46 – 49.49		
<b>17</b>	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x		

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RAFFAELLA CATTARUZZA

CODICE FISCALE: CTTRFL70L64A5160

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:29:20

IMPRONTA: 6229B182F90C1BDE35BB5D3C4900075A11C9121BFF2192711AEFFB03E6A52B93  
11C9121BFF2192711AEFFB03E6A52B93627D06F38FA834088A212F6AF3E93DF9  
627D06F38FA834088A212F6AF3E93DF939C548C84391E16B67AB5CE9B14D74EB  
39C548C84391E16B67AB5CE9B14D74EB82A70FF3DBA2ACFA09F638EEC7C879A0

NOME: MASSIMO ZANELLI

CODICE FISCALE: ZNLMSM74A23E473E

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:38:25

IMPRONTA: AAB9EF750184FC5BD6A51557D085A442A8AF4F80800C70F02304797FF117F503  
A8AF4F80800C70F02304797FF117F503D9424809433704CB14D58EB8ED255DBE  
D9424809433704CB14D58EB8ED255DBE170CF5CF9D7865FCA60F91555CA593EC  
170CF5CF9D7865FCA60F91555CA593ECFC9A4415D97378228ADDA0733E13E483

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:43:08

IMPRONTA: BD703C7B67D1E0D47394FC0D66056C3B69BFCF703B9359A082F3633DB50EB186  
69BFCF703B9359A082F3633DB50EB186A1AD617F810322CFF917355E413A7176  
A1AD617F810322CFF917355E413A7176205D92A6FDCDAE5CDF9C1421F5208362  
205D92A6FDCDAE5CDF9C1421F52083621CED5A40AAA904E6EFF623FE99FE64B8

NOME: GUSTAVO BALDASSARRE

CODICE FISCALE: BLDGTV66T23F839V

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:46:09

IMPRONTA: 9AC63E106482F13C8A88E636648D49F2E3321FAF1995A95654684166CC3097C4  
E3321FAF1995A95654684166CC3097C4A2994FD08F0B5EACD9D4C0BB6EFFA147  
A2994FD08F0B5EACD9D4C0BB6EFFA147413B7001B5E1F6746C418667326121FD  
413B7001B5E1F6746C418667326121FD72BAD3A0976B88311B3D8C77AC8479AD

NOME: ALDO MARIOTTO

CODICE FISCALE: MRTLDA58P06L736W

DATA FIRMA: 24/12/2019 13:48:16

IMPRONTA: BB7DA67D6E74FC052E4341540A26E95F0627376893A6BB0D98E85339650983B9  
0627376893A6BB0D98E85339650983B9EF70404288B2EF059B8E1395020B0923  
EF70404288B2EF059B8E1395020B09234DBD9B3EB060850DC7B0A805E5F2AA04  
4DBD9B3EB060850DC7B0A805E5F2AA04BFB9B67C0E3E2F025E6F9AC80EB9D112

**IRCCS CENTRO DI RIFERIMENTO ONCOLOGICO DI AVIANO**

---

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE NELL'ALBO ON-LINE**

Copia della presente deliberazione viene pubblicata nell'Albo on-line del C.R.O. per 15 giorni consecutivi dal 24/12/2019, ai sensi dell'art. 32, comma 1, della Legge 18.06.2009, n. 69.

---

**CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ**

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 24/12/2019, ai sensi del combinato disposto degli artt. 46 e 50 della L.R. 19.12.1996 n. 49.

---

Inviato per quanto di competenza a:

- DIREZIONE SANITARIA

Aviano, li 24/12/2019

L'INCARICATO  
Stefania Colussi

---

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: STEFANIA COLUSSI

CODICE FISCALE: CLSSFN87S65I403X

DATA FIRMA: 24/12/2019 14:26:08

IMPRONTA: A1D9EA170EFCA2BB25D6240B7171042107139475A8024F2321E881EBB80D74A6  
07139475A8024F2321E881EBB80D74A626C27822EAA5548B46E1F6A9054DEAA8  
26C27822EAA5548B46E1F6A9054DEAA81B0E04ED7FFE5CDFDC2009D36A5DA88  
1B0E04ED7FFE5CDFDC2009D36A5DA883BF2E684CA056BD20EFCB3F12C6EA6D2