

Direzione Strategica

## Sommario

1. Premessa .....	3
2. Riferimenti.....	3
3. Organizzazione interna.....	6
4. Accesso alle prestazioni sanitarie.....	6
4.1. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie.....	6
4.1.1. Prescrizione su ricettario SSR .....	6
4.1.2. Prescrizione con ricetta bianca .....	7
4.1.3. Accesso diretto.....	7
4.1.4. Libera professione intramoenia .....	7
4.2. Corretta compilazione della prescrizione.....	8
4.2.1. Tipologia di accesso.....	8
4.3. Quesito diagnostico.....	8
4.4. Classi di priorità della prestazione .....	8
4.5. Validità della priorità di accesso.....	9
5. Governo delle prestazioni .....	9
5.1. il Centro Unico di Prenotazione regionale .....	9
5.2. il CUP aziendale .....	9
5.3. agende e registri di prenotazione .....	10
5.4. gestione delle agende e sospensione delle attività .....	10
5.5. Tempi massimi di attesa.....	11
6. Governo delle prestazioni .....	13
7. Garanzia dei tempi massimi di attesa .....	14
8. strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa .....	14
9. Strumenti di governo delle liste di attesa .....	15
9.1. utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.....	15
9.2. Modello gestionale per garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, l'incremento delle sedute operatorie, i processi di deospedalizzazione .....	15
9.3. Libera professione intramoenia .....	16
10. Monitoraggio delle prestazioni .....	16
11. Comunicazione e partecipazione .....	17
12. Responsabilità dell'utente.....	18
13. Finanziamento delle attività critiche.....	18
14. Allegati.....	18

Direzione Strategica

Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio .....	19
Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio.....	24

Direzione Strategica

## 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 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 2021 (DGR 189 del 12/02/2021) si impegna nella programmazione e nella realizzazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa che, come dichiarato nel Piano Regionale, confermi "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 pertanto 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 utente, 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.

L'Istituto, nel far proprio l'impianto metodologico e organizzativo approvato nel 2020, ribadisce il proprio impegno al monitoraggio continuo delle criticità e alla predisposizione di piani di miglioramento interni. In particolare il CRO attiverà progettualità specifiche per il sostegno della produttività, in funzione dell'andamento della pandemia da SARS-CoV-2, in coerenza con quanto già attuato nel 2020 per il recupero dei pazienti sospesi.

## 2. Riferimenti

### RIFERIMENTI NAZIONALI

- **14 agosto 2020 Decreto-legge n. 104** recante "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'Economia", convertito in legge con modificazioni dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, ed in particolare quanto disposto al suo articolo 29, rubricato "Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa"
- **20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute:** Istituzione e funzioni dell'Osservatorio

Direzione Strategica

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

Direzione Strategica

(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

- **23 ottobre 2020 Deliberazione della Giunta regionale n. 1565:** approvazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa, nonché la successiva deliberazione della Giunta regionale **n. 1673 del 13 novembre 2020** di sua modifica
- **Legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22:** Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006
- **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

Direzione Strategica

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

### 3. Organizzazione interna

Allo stato attuale il CRO di Aviano gestisce la propria offerta di prestazioni sanitarie e il CUP con il coinvolgimento di professionisti afferenti alla Direzione Sanitaria e a quella Amministrativa e attraverso il raccordo con i Direttori di Dipartimento e i Responsabili di SOC e SOSD aziendali. La responsabilità è posta in capo alla Direzione Sanitaria. In tale modo vengono assicurati il monitoraggio e la valutazione del rapporto domanda/offerta e dei tempi d'attesa delle prestazioni e dei relativi volumi, la gestione delle agende per l'accesso alle prestazioni delle attività ambulatoriali erogate sia in regime istituzionale che di libera professione intramoenia, la valutazione della corretta codifica delle prestazioni ambulatoriali e della mobilità sanitaria; la gestione della libera professione intramoenia e di tutta l'attività aziendale a pagamento; l'implementazione dei criteri di priorità; l'appropriatezza dei ricoveri e la risoluzione di eventuali criticità legate all'occupazione dei posti letto ed ai relativi tempi di attesa.

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.

## 4. Accesso alle prestazioni sanitarie

### 4.1. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie

#### 4.1.1. Prescrizione su ricettario SSR

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.

Direzione Strategica

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, ...).

In nessun caso possono essere previsti ricettari di struttura.

#### 4.1.2. 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 individuale o di équipe, prescrizioni di farmaci non a carico del SSR, prestazioni non previste nei LEA e presenti nel nomenclatore tariffario. Anche nella ricetta bianca deve essere indicato il testo quesito. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

#### 4.1.3. Accesso diretto

L'accesso diretto consiste nella possibilità per l'utente, di accedere senza prescrizione su ricetta esclusivamente presso le strutture pubbliche, per le visite nelle specialità di:

- odontoiatria;
- ostetricia-ginecologia;
- pediatria;
- psichiatria;
- neuropsichiatria infantile;
- oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche.

Nell'ambito del CRO di Aviano, la ginecologia è la sola specialità per cui sia previsto l'accesso diretto.

È altresì ammesso l'accesso diretto da parte dell'utente nei casi previsti da specifica normativa.

In tutti i casi di accesso diretto l'erogatore produce comunque una prescrizione SSR con le medesime regole di esenzione e di pagamento. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

#### 4.1.4. Libera professione intramoenia

L'attività svolta in Libera Professione intramoenia 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 che pongono in capo all'Ente dal quale ogni singolo professionista dipende o con il quale è convenzionato le responsabilità del controllo. 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. 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 intramoenia possono pertanto essere prescritte solo su ricetta bianca e, quindi, erogate con spese a carico del cittadino.



Direzione Strategica

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

## 4.2. Corretta compilazione della prescrizione

### 4.2.1. Tipologia di accesso

Per “**primo accesso**”, coerentemente con quanto stabilito dal PRGLA, 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 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.

Per le sole prestazioni di laboratorio non è prevista l'indicazione della tipologia di accesso.

## 4.3. Quesito diagnostico

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.

## 4.4. Classi di priorità della prestazione

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 ed il corretto utilizzo dei codici di priorità in base al



Direzione Strategica

quesito diagnostico, sono adottati i criteri sviluppati in ambito regionale e i Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) redatti da AGENAS, 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.

#### 4.5. 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.

## 5. Governo delle prestazioni

### 5.1. il Centro Unico di Prenotazione regionale

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

### 5.2. il CUP aziendale

Le funzioni del CUP del CRO di Aviano, attualmente gestite in diversi punti dell'organizzazione interna, 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;
- garantire la visibilità delle agende di prenotazione;
- monitoraggio 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

Direzione Strategica

livello regionale;

- verifica sulla correttezza dei flussi informativi.

Nell'ambito della programmazione aziendale, tutte le funzioni saranno ricondotte ad un coordinamento centralizzato, come definito nel capitolo 3.

### **5.3. agende e registri di prenotazione**

L'agenda di prenotazione è lo strumento informatizzato utilizzato per gestire il calendario delle prenotazioni per le prestazioni. Come previsto dalla legge n. 241/1990 sulla trasparenza degli atti amministrativi, 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.

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. Per i primi accessi sono stratificate per criteri di priorità. 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.

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".

### **5.4. gestione delle agende e sospensione delle attività**

Le agende di primo accesso e di libera professione intramoenia sono 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 del percorso, sia in termini di tempistica che di équipe medica ed evitare all'utente un inutile primo passaggio "generico". Parte dell'offerta di prestazioni diagnostiche è gestita solo internamente, a garanzia dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti oncologici. Stante la mission, i livelli autorizzativi e più in generale la specificità dell'Istituto, risulta tuttavia indispensabile che la richiesta di prestazioni venga gestita anche 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. In tal senso la direzione strategica si coordina con il livello regionale.

Le agende non vengono mai chiuse e garantiscono la prenotabilità continua delle prestazioni. Per la prenotazione di prestazioni di controllo, sono attivate apposite agende dedicate, in modo da assicurare la continuità della cura fino alla risoluzione del problema di salute o, come più frequentemente accade in un istituto oncologico, per mantenere il controllo sui risultati conseguiti e garantire la tempestività nella diagnosi di una eventuale riacutizzazione.

È vietata la sospensione delle prenotazioni di prestazioni sanitarie ambulatoriali o di ricovero programmato. La eventuale sospensione 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

Direzione Strategica

rispetto alla opportunità e sicurezza della eventuale dilatazione delle tempistiche. La Direzione Sanitaria comunica la sospensione al livello regionale indicando le cause, i tempi previsti per la ripresa dell'attività e le misure adottate per gestire le criticità; procede inoltre alla sospensione della prenotazione della corrispondente attività di libera professione intramoenia. 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. La chiusura delle agende di prenotazione è espressamente vietata dalla legge 266 del 2005 (Legge Finanziaria 2006 art. 1 comma 282) che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori.

### 5.5. Tempi massimi di attesa

L'Istituto organizza l'offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dal PRGLA 2019-2021.

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.

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
<b>B (breve)</b>	Da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
<b>D (differita)</b>	Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni

Direzione Strategica

<b>P (programmata)</b>	Da eseguire entro 120 giorni	Almeno 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 2021, dell'Accordo dell'11 luglio 2002, del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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.
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,

Direzione Strategica

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 delle prestazioni

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, sia regionale che extra regionale, garantendo le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e regionali come previsto dalla normativa di riferimento.

Nell' ambito del processo di budget, 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, 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 sono 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.

Direzione Strategica

## 7. Garanzia dei tempi massimi di attesa

Il tempo massimo d'attesa che può intercorrere dalla data di prenotazione a quella di erogazione è fissato dalla Regione, in attuazione alle indicazioni nazionali, in base a valori standard di riferimento.

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).

## 8. strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa

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.

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) e registrato dal sistema.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti, la Direzione Sanitaria prevede i seguenti **percorsi di tutela** idonei a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi stabiliti mediante:

- a. ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale;
- b. eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea, dell'offerta.

L'utente che non ha trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia viene quindi ricontattato e gli viene 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, 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

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

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.

## 9. Strumenti di governo delle liste di attesa

### 9.1. 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 l'Istituto realizza un piano dettagliato che consente di adeguare le risorse tecnologiche al personale, tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione, nonché dell'esigenza di sostituzione delle apparecchiature obsolete.

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

Nella gestione delle liste di attesa dei ricoveri in elezione (sia medici che chirurgici) l'Istituto si avvale dell'uso sistematico delle classi di priorità, definite e riportate al capitolo 5.5.

Su tale base si regola e controlla l'accesso al ricovero e sono stabiliti gli ambiti di responsabilità per la garanzia della pianificazione dei ricoveri e la composizione delle liste di attesa nel rispetto dei criteri di accessibilità, equità e trasparenza. I Registri di Prenotazione dei Ricoveri sono informatizzati come previsto dal Piano Nazionale per il Contenimento dei Tempi di Attesa (Intesa Stato-Regioni del 28/03/2006) che ha reso obbligatorio il loro utilizzo nel formato e con le modalità previste dal Mattone "Tempi di Attesa".

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

- mantenere la gestione totalmente informatizzata delle agende di prenotazione;
- presidiare la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni regionali.

La Direzione Sanitaria agisce 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 brevi. Le eventuali problematiche di durata della degenza sono analizzate e vengono ricercate le soluzioni del caso



Direzione Strategica

(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 riguardi in buona parte il territorio extraregionale. Per quanto riguarda il territorio regionale, dovranno essere valutati accordi specifici con i distretti e la medicina generale, attraverso le rispettive aziende sanitarie regionali.

### 9.3. Libera professione intramoenia

L'Istituto 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. In conformità a quanto stabilito dall'art. 7 della LR 7/2009 e nel rispetto della Legge 120/2007 art. 1 comma 5, l'Istituto definisce e monitora:

- i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramoenia per singola struttura ed eventuale rimodulazione della loro proporzione;
- l'impegno orario di ciascun professionista rispetto all'attività istituzionale e a quella in libera professione intramoenia;
- la modalità di gestione delle agende di prenotazione e i relativi tempi di attesa;
- le prestazioni per le quali non è prevista la libera professione;
- le azioni previste in caso di superamento dei tempi di attesa.

## 10. Monitoraggio 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 intramoenia
- 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:

- 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 delle prestazioni di laboratorio individuate come critiche

Direzione Strategica

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle individuate dal PRGLA 2019-2021 (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.

Parallelamente, l'Istituto mette in atto una serie di **misure di controllo** sul lato della domanda, strutturando i seguenti monitoraggi periodici:

- 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 Dove esistenti o da altri documenti di consensus (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);

## 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:

- 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.

Direzione Strategica

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 con 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.

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. Finanziamento delle attività critiche

Annualmente vengono negoziate nel processo di budget operativo aziendale i volumi delle attività da garantire. Per le prestazioni particolarmente critiche possono essere utilizzati anche fondi legati alle Risorse aggiuntive regionali e acquisto di prestazioni aggiuntive (cosiddetta Libera professione aziendale). Per il 2021 il CRO chiederà di aver accesso ai fondi per il recupero dei tempi di attesa di cui alla LR 7/2009, che assegna annualmente alle Aziende territoriali fondi dedicati ad azioni di contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni da garantire ai propri residenti (sovraziendali nr 53 e 54).

## 14. Allegati

Allegato 1. Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Direzione Strategica

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

Direzione Strategica

**PRESTAZIONI STRUMENTALI**

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

Direzione Strategica

<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
<b>44</b>	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1	X
<b>45</b>	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1	X
<b>46</b>	Ecografia bilaterale della	88.73.1	88.73.1	88.73.1	X

Direzione Strategica

	mammella				
<b>47</b>	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2	X
<b>48</b>	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78	
<b>49</b>	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2	
<b>50</b>	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.7722	
<b>Altri esami Specialistici</b>					
<b>51</b>	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23	X
<b>52</b>	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42	X
<b>53</b>	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24	X
<b>54</b>	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13	X
<b>55</b>	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16.1 45.16.2	X
<b>56</b>	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52	
<b>57</b>	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50	
<b>58</b>	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41	
<b>59</b>	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	89.44	
<b>60</b>	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1	
<b>61</b>	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1	
<b>62</b>	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2	
<b>63</b>	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11	



Direzione Strategica

<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

Direzione Strategica

## Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

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

		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	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		X

# 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: 13/05/2021 12:43:45

IMPRONTA: 5CA5CA567BAD0B23A2DDF6132B593E3ABDD03D2C5EE3046AFCBBF96F9983EC27  
BDD03D2C5EE3046AFCBBF96F9983EC27B3BB45B290E2573E4BD42F96B25F3C4C  
B3BB45B290E2573E4BD42F96B25F3C4CFE5403E95753B7CB04CD36C2CD2AE0B3  
FE5403E95753B7CB04CD36C2CD2AE0B31055D06BEC7A5F93D979F855A3CF96B4

NOME: LORENA BASSO

CODICE FISCALE: BSSLRN70L63I403Q

DATA FIRMA: 13/05/2021 16:13:23

IMPRONTA: 8E9DAC1E12FD0901816A41D1059EF703075900C3BE5CB86552134AD6A37EF248  
075900C3BE5CB86552134AD6A37EF2482E2893C7CDBBF7757D72235CCDB89D6A  
2E2893C7CDBBF7757D72235CCDB89D6A07CDF59C9A7073C0DFBE0CF76DB7A2C6  
07CDF59C9A7073C0DFBE0CF76DB7A2C6BE4C92B9048F2BAF8E1C7BD875C3BBB0

NOME: CRISTINA ZAVAGNO

CODICE FISCALE: ZVGCST68P69Z401X

DATA FIRMA: 13/05/2021 16:19:39

IMPRONTA: 0F53BE3BAD714CBE334833CECEF180BF1B52628B5F1545304ADA35212EAE36A3  
1B52628B5F1545304ADA35212EAE36A34EC48DA3787C2CDBDBCFAF397AE9E863  
4EC48DA3787C2CDBDBCFAF397AE9E863CBA781A58DA11EA1159E42953F1E49E5  
CBA781A58DA11EA1159E42953F1E49E5FCEE660E6D6E63E5681CBCD81F6FA3CD

NOME: SILVIA FRANCESCHI

CODICE FISCALE: FRNSLV55B49F205D

DATA FIRMA: 13/05/2021 16:26:52

IMPRONTA: 2F16D7B0AA325FE5D2D2F0E22FB1C6EBC98D111CE464F2110A40434347B62901  
C98D111CE464F2110A40434347B62901F5969931A8DD41ADED1EA2BB16EBEBB5  
F5969931A8DD41ADED1EA2BB16EBEBB5607439BB0ACBBCAE52CFA4BBBCD162D90  
607439BB0ACBBCAE52CFA4BBBCD162D905AE2A0FE24BB0563017573952B319F07

NOME: NELSO TRUA

CODICE FISCALE: TRUNLS68E13C352L

DATA FIRMA: 13/05/2021 16:41:03

IMPRONTA: 3E713893794EE182C15B88CCC8A24F6B614B796B0FCE013E40202B9A33544DF6  
614B796B0FCE013E40202B9A33544DF603E701CF0AD393FCAF1E3856B47466AF  
03E701CF0AD393FCAF1E3856B47466AF17B4D6391ED05007F33F2BDF2FFED458  
17B4D6391ED05007F33F2BDF2FFED4587550C47FDC3DD2A397A2E11E7A94A5CF

NOME: "FRANCESCA TOSOLINI"

CODICE FISCALE: TSLFNC68M54L483X

DATA FIRMA: 13/05/2021 16:50:35

IMPRONTA: 7151B1B2AE225FCFB295BB481C70958343D9C1036863ABE3A657DB39A14CFB83  
43D9C1036863ABE3A657DB39A14CFB83FC5286D8C64F1741C54FFB0D9D178D79  
FC5286D8C64F1741C54FFB0D9D178D79C90B3B36526AE3FB150A2553E6C6A3C6  
C90B3B36526AE3FB150A2553E6C6A3C6EEE42599311697832470EA5076F7580F