

Piano Aziendale per il Governo delle Liste di Attesa – anno 2023–

Sommario

1. Premessa	3
2. Riferimenti.....	4
3. Organizzazione interna.....	7
4. Accesso alle prestazioni sanitarie.....	7
4.1. Modalità di accesso alle prestazioni sanitarie	7
4.1.1. Prescrizione su ricettario SSR	7
4.1.2. Prescrizione con ricetta bianca.....	8
4.1.3. Accesso diretto	8
4.1.4. Libera professione intramoenia	8
4.2. Corretta compilazione della prescrizione	8
4.2.1. Tipologia di accesso	8
4.3. Quesito diagnostico	9
4.4. Classi di priorità della prestazione.....	9
4.5. Dalle prestazioni ai percorsi	10
4.6. Validità della priorità di accesso	10
5. Governo delle prestazioni	11
5.1. Il Centro Unico di Prenotazione regionale.....	11
5.2. Il CUP aziendale	11
5.3. Agende e registri di prenotazione	11
5.4. Gestione delle agende e sospensione delle attività	12
5.5. Tempi massimi di attesa	12
6. Governo delle prestazioni	14
7. Garanzia dei tempi massimi di attesa	15
8. Strumenti a tutela del rispetto dei tempi di attesa	15
9. Strumenti di governo delle liste di attesa	16
9.1. Utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini	17
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	17
9.3. Libera professione intramoenia.....	17
10. Monitoraggio delle prestazioni	18
11. Comunicazione e partecipazione	19
12. Responsabilità dell'utente.....	20
Allegato 1 Elenco prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio - CRO	21
Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio.....	23

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. Rispetto alla gestione delle Liste di attesa, un'IRCCS non è valutato sui tempi complessivamente garantiti alla popolazione di riferimento, ma, in qualità di Ente Erogatore, è valutato sui tempi garantiti per le prestazioni, facendo riferimento in tal senso ai primi accessi. Tali primi accessi dovrebbero fare riferimento solo a casistica inerente il mandato specifico attribuito all'IRCCS dalla normativa, ovvero per situazioni cliniche di sospetto oncologico e correlate ad esigenze di approfondimento, inquadramento, stadiazione di uno stato patologico pre/canceroso.

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 2023 (DGR 480 del 17/03/2023, Lr 22/2019 - linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale per l'anno 2023. approvazione definitiva) 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.

Permane anche nel 2023 una criticità complessiva regionale, oltre che nazionale, sui tempi di attesa, che dà alla misurazione dei tempi di attesa una valenza diversa rispetto a quella considerata negli anni precedenti, dato che la turbolenza generata dalla pandemia ha modificato la pressione della domanda e ha avuto un impatto negativo sulle dotazioni dell'offerta (es: riduzione della mobilità interregionali dei professionisti, in particolare infermieri; maggior affluenza dei professionisti verso il privato). Si è creata infatti una situazione in cui i picchi di domanda non sono più gestibili con strumenti di ordinaria gestione (overbooking) e pertanto, anche aumentando la produzione, i tempi di attesa non migliorano. In particolare il consolidato sistema di prioritizzazione BDP per regolare i primi accessi, risente di uno squilibrio di significato legato al fatto che la priorità indicata non

rispecchia tanto il bisogno clinico del paziente, ma l'esigenza di trovare un'offerta. Questo altera i flussi di primo accesso, generando criticità operative soprattutto in un istituto che dovrebbe avere utenza esclusivamente oncologica e con sospetto oncologico.

Nel 2023 non ci sarà la forte iniezione di risorse previste dalle misure nazionali per superare i ritardi generati dalla pandemia, che aveva permesso di sostenere l'attività delle Aziende sanitarie regionali, anche se non in modo ottimale, data la forte variabilità cui è stata soggetta sia la domanda sia l'offerta stessa. Si utilizzeranno le risorse aggiuntive, regionali e aziendali, a partire dal momento in cui saranno rese disponibili.

In continuità con l'esercizio precedente, i principali obiettivi dell'Istituto per il 2023 sono:

- ripristinare un equilibrio interno tra domanda e offerta, reindirizzando le risorse interne in aree di maggior bisogno;
- efficientare ulteriormente l'utilizzo delle agende informatizzate, in particolare normalizzando la configurazione dell'intera offerta ambulatoriale (in coerenza con quanto descritto nel paragrafo 5.4);
- strutturare un percorso dedicato per i team multidisciplinari, quale principale snodo di attività per tutti i pazienti oncologici presi in carico e a garanzia dell'erogazione delle prestazioni nei tempi clinici necessari al paziente nel suo percorso di cura;
- aggiornare i report di monitoraggio dei tempi di attesa con i criteri condivisi a livello regionale (in coerenza con quanto descritto al capitolo 10);
- riavviare un dialogo con la medicina territoriale per il corretto invio del paziente presso l'Istituto (in coerenza con quanto descritto al capitolo 10).

2. Riferimenti

RIFERIMENTI NAZIONALI

- **20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute:** Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa
- **21/02/2019 Intesa Stato-Regioni:** Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021
- **30/12/2018 Legge n. 145:** Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.
- **12/01/2017 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- **27/04/2016 Regolamento UE del Parlamento Europeo n. 676:** Regolamento generale sulla protezione dei dati- **09/02/2012 Decreto Legge n. 5:** Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo
- **02/11/2011 Decreto Ministeriale del Ministro dell'Economia e delle Finanze:** Dematerializzazione 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 , della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555)
- **23/12/2005 Legge n. 266:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)
- **30/06/2003 Decreto Legislativo n. 196:** Codice in materia di protezione dei dati personali
- **27/12/2002 Legge n. 289:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)
- **11/07/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- **16/04/2002 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa
- **14/02/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- **27/03/2000 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale
- **19/06/1999 Decreto Legislativo n. 229:** Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- **23/07/1998 Decreto del Presidente della Repubblica:** Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000
- **29/04/1998 Decreto Legislativo n. 124:** Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449

- **27/12/1997 Legge n. 449:** Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica
- **23/12/1996 Legge n. 662:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica
- **19/05/1995 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"
- **23/12/1994 Legge n. 724:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica

RIFERIMENTI REGIONALI

- **24/02/2023 Delibera della Giunta Regionale n. 333:** Dlgs 281/1997, art 4. accordo tra governo, regioni e province autonome di trento e bolzano sul documento recante "linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato". rep n 100/csr del 9 luglio 2020. recepimento.
- **23/12/2021 Delibera della Giunta Regionale n. 1965:** Lr 22/2019. dgr 1446/2021 "definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del servizio sanitario regionale". rettifica errori materiali
- **12/12/2019 Legge Regionale 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
- **29/11/2019 Delibera della Giunta Regionale n. 2049:** 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 acuti con l'attività territoriale' e istituzione della rete oncologica del Friuli Venezia Giulia
- **17/12/2018 Legge Regionale n. 27:** Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale
- **14/09/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1680:** Approvazione del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia
- **06/07/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1252:** DM 70/2015. Appendice 2: organizzazione dell'attività chirurgica programmata (interventi chirurgici e procedure invasive)
- **22/09/2017 Delibera della Giunta Regionale n. 1783:** DPCM 12.1.2017 - Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra LEA)
- **16/10/2015 Delibera della Giunta Regionale n. 2034:** Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia
- **16/10/2014 Legge Regionale n. 17:** Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
- **01/08/2014 Delibera della Giunta Regionale n. 1466:** Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private
- **28/07/2011 Delibera della Giunta Regionale n. 1439:** Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 – approvazione
- **26/03/2009 Legge Regionale n. 7:** Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale
- **16/02/2007 Delibera della Giunta Regionale n. 288:** Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA
- **30/06/2006 Delibera della Giunta Regionale n. 1509:** Piano regionale attuativo del Piano

nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 – approvazione

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.

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.

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. Tipicamente il paziente oncologico è inserito in un PDTAR (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e di Ricerca) che prevede dei momenti di controllo clinico e/o strumentale per monitorare l'andamento delle terapie e l'evoluzione della patologia. Tali prestazioni sono prescritte dalla struttura che ha in carico il paziente e al paziente viene assegnato un appuntamento.

Quando il paziente termina il proprio PDTAR viene "dimesso" dall'Istituto, tramite l'invio al curante di una lettera di dimissione ambulatoriale che fa da raccordo tra la storia clinica del paziente, presente sul patient summary del FSE se il paziente è regionale, ed eventuali indicazioni clinico terapeutiche da seguire nella cronicità/superamento della malattia.

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 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.

Data la patologia trattata presso l'Istituto, la prenotazione dei primi accessi mediante punti di accesso esterno, è limitata alle priorità B e D, che rappresentano quadri di clinici compatibili con patologie oncologiche.

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. Dalle prestazioni ai percorsi

Nelle more della definizione da parte della ROR di specifici PERCORSI di CURA, da codificare all'interno dei sistemi informativi, ed in attesa dell'approntamento all'interno degli strumenti informativi regionali di strumenti operativi per la gestione dei percorsi di cura dei paziente e non solo delle singole prestazioni, il CRO adotta in via sperimentale una modalità prescrittiva interna per le prese in carico, che tramite il quesito diagnostico identifica il momento del percorso in cui è inserito il paziente e conseguentemente assegna un tempo di esecuzione atteso per la prestazione, legato al momento specifico in cui si trova il paziente. Questo consente di utilizzare le agende degli accessi successivi (altro accesso) definendone una scala di priorità legata al processo di cura, senza ricorrere impropriamente ai primi accessi, priorità B o D.

Le fasi del percorso di un paziente oncologico all'interno dell'Istituto tipicamente sono:

- Primo Accesso (PA)
- Il paziente che è stato valutato in Meeting MultiDisciplinare e per il quale va attuato il percorso di cura deciso (MMD)
- AVvio al percorso Diagnostico (AVD)
- Monitoraggio clinico della malattia (Follow-UP) (FUP)
- RIValutazione della malattia (RIV)
- Second OPinion/teleconsulto (SOP)
- STudi Clinici (parte di pratica clinica) (STC).

Nel corso del 2023 il CRO definirà una procedura aziendale per il percorso ambulatoriale, che terrà conto della sperimentazione sulla prescrizione delle prestazioni con graduazione della priorità clinica anche in fase di "accesso successivo", in base al percorso in essere.

4.6. 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 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 PDTAR 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". L'Accordo Stato-regioni del 09.07.2020 relativo alle "linee di indirizzo per il governo del

percorso del paziente chirurgico programmato" recepito con DGR 333/2023, dà indicazioni operative sulla messa in lista dei pazienti chirurgici programmati, in particolare per il percorso oncologico. Nel corso del 2023, il CRO adeguerà la registrazione degli interventi a tali indicazioni.

5.4. Gestione delle agende e sospensione delle attività

Le agende di primo accesso 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 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 (breve)	Da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni
P (programmata)	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 2020, 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 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi .

Per i ricoveri, l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata deve 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 **PDTAR** 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 **PDTAR** 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 aziendale.

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.

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.

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.

L'Istituto, essendo un IRCCS e non un Ente di cui al paragrafo 9.1 della DGR 2034/2015 "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia", ovvero un'Azienda per l'Assistenza Sanitaria, non è tenuto all'attivazione di ulteriori procedure specifiche relative al diritto di garanzia, ma, nel caso di prestazioni di primo accesso con priorità B o D, concorre con la propria offerta con le Aziende sanitarie al rispetto dei tempi previsti.

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso non sia garantita nei tempi massimi previsti, la Direzione Sanitaria prevede i seguenti percorsi al fine di 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, se migliorativa.

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. 115 del CCNL del 19/12/19 della dirigenza sanitaria del S.S.N.

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, a valle degli accordi per le Risorse Aggiuntive Regionali e dell'autorizzazione della Direzione regionale per l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive attraverso il cosiddetto Fondo Balduzzi e attraverso l'art. 115 del CCNL del 19/12/19 della dirigenza sanitaria del S.S.N.

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.

La sfida per un IRCCS è mantenere un equilibrio tra primi accessi e la gestione dei pazienti presi in carico per il loro trattamento secondo gli standard dei PDTAR (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali e di Ricerca), sia nella fase di acuzie, che di follow up.

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 è utilizzato con la massima efficienza, in relazione alle risorse disponibili, con l'obiettivo di tendere, anche mediante l'utilizzo di risorse aggiuntive, ad 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 (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 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

Le prestazioni oggetto di monitoraggio sono quelle individuate dal PRGLA 2019-2021 (allegato), eventualmente integrate da altre considerate critiche e stabilite dal Direttore Sanitario.

Tutti i monitoraggi verteranno sui medesimi criteri di selezione delle prenotazioni e delle prestazioni erogate, facendo riferimento al report predisposto nel 2021 da ARCS e dal gruppo tecnico per la rilevazione dei tempi di attesa. Per le finalità interne, nei monitoraggi non si applicheranno pesi diversi all'utenza regionale ed extraregionale, dato che per valutare l'efficienza della presa in carico è da considerarsi l'intera utenza oncologica, che nello specifico dell'Istituto è per ca il 40% extraregionale.

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 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.

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).

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 - CRO

Le prestazioni erogate presso l'Istituto sono "ad indirizzamento" oncologico.

VISITE SPECIALISTICHE

Sono inserite le prestazioni erogate dal CRO per utenti esterni, in primo accesso, non per prestazioni erogate mediante convenzione con altre Aziende, che integrano il percorso di cura del paziente.

Numero progressivo monitoraggio nazionale	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (1680/2018)
7	Prima Visita ginecologica	89.26	89.26.1	89.26
10	Prima Visita dermatologica	89.7	89.7A.7	89.7A.7
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	89.7A.9	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	89.7B.6	89.7B.6
15	Prima visita algologica (<i>Linee Gestione 2020</i>)		89.7A.1	89.7A.1

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero progressivo monitoraggio nazionale	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680/2018)
15	Mammografia bilaterale ER	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D

31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1	88.91.1
35	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
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con on endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1,	45.16.1

Allegato 2 Elenco prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero progressivo monitoraggio nazionale	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34;85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x