

REGOLAMENTO AZIENDALE PER ASSICURARE IL DIRITTO DI GARANZIA PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

REVISIONI				
Numero	0	1	2	3
Data	28.06.2024	29.11.2024		
Redazione/ Aggiornamento	SSD Governance Offerta Ambulatoriale	DAPOTG/SSD Governance Offerta Ambulatoriale		
Verifica	SSD Governance Offerta Ambulatoriale – Direzione Sanitaria Gestione Offerta Ambulatoriale	DAPOTG/SSD Governance Offerta Ambulatoriale		
Approvazione	Direttore Sanitario Dott. Daniele Pittioni	Direttore Sanitario Dott. Daniele Pittioni		

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3
Diritto di garanzia	Pre-lista	Prestazioni ambulatoriali

INDICE

1. Finalità	p. 2
2. Acronimi e abbreviazioni	p. 2 e 3
3. Prerequisiti	p. 3
4. Responsabilità	p. 4
5. Descrizione della attività	
5.1 Classi di priorità	p. 5
5.2 Validità della priorità di accesso	p. 5 e 6
5.3 Distinzione tra prestazioni da garantire a livello regionale da quelle aziendali	p. 6
5.4 Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa previsti	p. 7
5.5 Modalità operative	p. 7, 8 e 9

1. FINALITÀ

La seguente procedura ha lo scopo di identificare e disciplinare le modalità operative da applicare in caso di mancato rispetto dei tempi di attesa massimi garantiti per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate ad assistiti dell'Azienda Sanitaria Giuliano-Isontina, tenuto conto di quanto previsto dalla DGR 2034/2015 e dalla DGR 1815/2019, in aggiornamento al documento di cui al decreto ASUGI 401/21.

2. ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

AGENAS = Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

ASUGI = Azienda sanitaria Giuliano Isontina

CUP = Centro Unico di Prenotazione

DCS = Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità

DGR = Delibera di Giunta Regionale

FVG = Friuli Venezia Giulia

IRCCS = Istituto di ricovero e Cura a Carattere Scientifico

RAO = Raggruppamenti di Attività Omogenea

RUA = Responsabile Unico dell'Accesso

SC = Struttura complessa

SSN = Servizio Sanitario Nazionale

SSD GOA = Struttura semplice dipartimentale "Governance Offerta Ambulatoriale"

IFO GOA = Incarico di funzione organizzativa "Gestione Offerta Ambulatoriale"

3. PREREQUISITI

Il diritto di garanzia rappresenta il diritto dell'assistito del Servizio Sanitario Regionale del FVG, in possesso di tutti i requisiti necessari, di accedere a prestazioni ambulatoriali di primo accesso entro i tempi massimi di attesa stabiliti dalla classe di priorità, nell'ambito territoriale dell'Azienda Sanitaria di residenza.

Ciò premesso, il percorso di tutela deve essere garantito dall'Azienda Sanitaria solo in presenza dei seguenti requisiti:

- iscrizione nell'elenco degli assistiti ASUGI;
- la prima disponibilità offerta dal sistema di prenotazione non soddisfa i tempi massimi previsti per la priorità prescritta in nessuna delle strutture dell'ambito territoriale aziendale (incluso privati accreditati);
- la prestazione rientra tra quelle di primo accesso con priorità (B, D, P). L'utente non può vantare il diritto di garanzia quando, in presenza di un'offerta valida nell'ambito territoriale dove vale la garanzia dei tempi, rifiuta la migliore offerta che rispetta i tempi previsti.

Diventa fondamentale, quindi, la separazione delle agende di primo accesso da quelle dedicate agli accessi successivi, siano esse visite di controllo o *follow up* diagnostici, nonché la separazione dei canali di prenotazione: le agende di primo accesso devono avere visibilità pubblica, mentre quelle di accesso successivo devono essere riservate agli specialisti che hanno in cura il paziente.

Verrà controllata la percentuale di prime visite rispetto alle visite di controllo (Per tipologia, la percentuale di visite di primo accesso sul totale delle visite deve essere \geq al 60%.)

4. RESPONSABILITA'

- **Responsabile Unico dell'Accesso (RUA):**
 - nomina formalizzata come da indicazione "Linee per la gestione del SSR – 2024; obiettivo D.1.a" che è riferimento per la linea dell'azienda "responsabile unico dell'accesso";
 - referente unico delle liste di attesa con responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie (tutte le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere);
- **Responsabile del Procedimento di Gestione del percorso di tutela del diritto di garanzia:** Direttore Sanitario;
- **Direzione Sanitaria - Gestione Offerta Ambulatoriale:**
 - gestione e corretta configurazione del sistema informativo per abilitare e gestire il percorso di tutela;
- **Punto per la prenotazione delle prestazioni (sportello fisico CUP) abilitato a gestire le richieste di attivazione del percorso di tutela:**
 - gestisce le richieste di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali;
 - rappresenta il punto di ingresso per l'inserimento dei pazienti nelle pre-liste;
- **SSD Governance Offerta Ambulatoriale:**
 - monitoraggio andamento pre-liste;
 - identificazione criticità e attivazione di eventuali e ulteriori contromisure, per quanto di rispettiva competenza nella gestione dell'attività ambulatoriale di afferenza.

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

La DGR 2034/2015 che approva il documento "Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa" e la DGR 1815/2019 "Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021" e s.m.i., hanno indicato le modalità e i criteri di priorità con cui garantire agli assistiti del Friuli Venezia Giulia l'accesso alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale nel rispetto dei tempi di attesa indicati dal medico prescrittore e dai RAO. Se la richiesta è inappropriata, l'Azienda rilascia parere negativo motivato ed agisce sul medico prescrittore. In assenza di ulteriori delibere rimangono applicative le regole definite dalle due delibere summenzionate

Il diritto di garanzia rappresenta il diritto dell'assistito del SSR FVG, in possesso di tutti i requisiti necessari, di accedere alle prestazioni ambulatoriali di primo accesso entro i tempi massimi di attesa stabiliti dalle classi di priorità, nell'ambito territoriale dell'Azienda sanitaria di residenza.

5.1 Classi di priorità

I tempi massimi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso sono definiti dalle classi di priorità, che consentono di differenziare l'accesso alle prestazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente, con una tempistica più idonea ad affrontare il quadro clinico.

Le classi di priorità sono riportate dal medico sull'impegnativa, nella prescrizione delle prime visite o dei primi accessi per gli accertamenti diagnostico strumentali.

Per le prestazioni ambulatoriali, le classi di priorità ed i relativi tempi massimi di attesa sono i seguenti:

- **Classe U** (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **Classe B** (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- **Classe D** (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le prime visite ed entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **Classe P** (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni

La presenza della classe di priorità è obbligatoria per le richieste di primo accesso. La mancata indicazione da parte del medico del codice di priorità per le prestazioni di primo accesso comporta l'equiparazione del tempo massimo di attesa a quello previsto per la classe P "programmata".

5.2 Validità della priorità di accesso.

L'utente si impegna ad accedere al sistema di prenotazione (presentazione allo sportello CUP o in farmacia o suo accesso a *call center* regionale o a prenotazione *web*) in base alla tempistica definita dalla priorità indicata sulla prescrizione. In questo modo ha diritto di usufruire della prestazione nei tempi indicati dalla classe di priorità a partire dalla data di prenotazione. 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 della prenotazione di prestazioni con classi di priorità, il tempo intercorrente tra la data di prescrizione e quella di contatto - come previsto dalla DGR 1815/2019 - per la prenotazione è pari:

- **priorità B** breve non oltre i 4 giorni dalla data di emissione
- **priorità D** differita non oltre i 30 giorni dalla data di emissione
- **priorità P** programmata non oltre i 120 giorni dalla data di emissione

5.3 Distinzione tra prestazioni da garantire a livello regionale da quelle aziendali

In virtù del fatto che per alcune discipline, le prestazioni sono assicurate da centri Hub a livello regionale, è responsabilità di tali Azienda Sanitarie assicurare il diritto di garanzia anche agli assistiti regionali di relativa afferenza. L'elenco delle discipline le cui prestazioni di afferenza vanno garantite a livello regionale e non Aziendale (aggiornamento circolare DCS prot. 9478 del 22/05/2017) dovrà essere formalizzato con un atto giuntale o della DCS. Sono definite a valenza regionale le prestazioni di primo accesso afferenti alle seguenti discipline/funzioni:

- Neurochirurgia/Chirurgia vertebro-midollare
- Cardiochirurgia
- Chirurgia toracica
- Malattie rare

Per l'area pediatrica:

- Oncoematologia
- Chirurgia generale
- Oculistica
- Odontostomatologia
- Ortopedia
- Medicina fisica riabilitativa

Per le restanti discipline/funzioni, il diritto di garanzia deve essere assicurato all'interno del territorio aziendale.

5.4 Garanzia del rispetto dei tempi massimi di attesa previsti

Garantire il diritto di accesso al Percorso di tutela del diritto di garanzia è responsabilità dell'Azienda sanitaria territoriale di afferenza dell'assistito.

Le Aziende e gli IRCCS regolano la gestione del Percorso di Tutela del diritto di garanzia con accordo specifico.

L'ambito di applicazione del diritto di garanzia è circoscritto alla prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso con livello di priorità B, D o P.

Di seguito sono elencati gli ulteriori prerequisiti per il diritto di garanzia:

1. l'utente deve essere iscritto negli elenchi degli assistiti ASUGI (per le prestazioni afferenti alle discipline garantite su presidio *Hub*, deve essere assistito da una delle Aziende Sanitarie Regionali);
2. il quesito diagnostico dev'essere riportato nella prescrizione;
3. la prescrizione deve rispettare i criteri delle tabelle RAO stabiliti da AGENAS e, laddove presenti, seguire le integrazioni fornite a livello regionale o dall'Azienda Sanitaria;
4. la prima disponibilità offerta al paziente non rispetta i tempi massimi di attesa in ogni struttura aziendale, incluse le strutture del privato accreditato nell'ambito degli accordi contrattuali in essere.

Tali percorsi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prefissati e non prevedono la libera scelta dell'erogatore (professionista / struttura) da parte dell'utente.

5.5 Modalità operative

L'iter per la gestione della mancata garanzia dei tempi massimi di attesa, nel rispetto dei vincoli sopra riportati, prevede che, di fronte all'indisponibilità di offerta nei tempi nell'ambito territoriale di ASUGI, siano adottate le seguenti modalità operative:

1. Qualora la prestazione non rientri nei tempi e l'utente rifiuti la prenotazione assegnata, l'attivazione del percorso di tutela può essere effettuata dagli utenti recandosi presso gli sportelli fisici del CUP Ospedaliero con orario 08.00 – 19.00 i quali devono assicurare l'attivazione del percorso di tutela. Il percorso di tutela prende avvio con la fotocopia dell'impegnativa e l'inserimento in una delle tre liste, lista B, lista D e lista P, di cui si rilascia copia all'utente.

- Lo sportellista CUP prende in carico la segnalazione e informa l'utente che sarà contattato da ASUGI che gli fornirà risposta, entro 3 gg. lavorativi per le B, 10 gg. lavorativi per le D e 40 gg. lavorativi per le P.
2. ASUGI individua le soluzioni percorribili attraverso l'utilizzo dell'attività libero-professionale intramuraria, delle prestazioni aggiuntive o del sistema privato accreditato, sulla base della tariffa nazionale vigente. La soluzione individuata viene comunicata all'utente.
 3. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui al precedente punto 2, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota di partecipazione alla spesa sanitaria, possono consistere in: a) ridefinizione qualitativa e quantitativa dei volumi di attività e della tipologia delle prestazioni delle strutture pubbliche e private accreditate, mediante rivisitazione dell'accordo contrattuale ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; b) riprogrammazione delle ore di medicina specialistica ambulatoriale interna; c) richiesta di prestazioni, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attività istituzionale, da parte delle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di carenza di organico e impossibilità anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipe interessate; d) incremento delle ore a specialisti ambulatoriali interni già in servizio o attivazione di nuove ore di specialistica ambulatoriale interna con stipulazione di rapporti convenzionali finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa.
 4. L'utente viene informato che in caso di non accettazione dell'appuntamento nei tempi, esce dal diritto di garanzia e gli viene assegnato il primo appuntamento disponibile.
 5. Anche al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva, alla luce del fatto del fatto che agli specialisti aziendali può essere richiesta un'attività aggiuntiva finalizzata ad assorbire le eventuali visite/prestazioni ancora pendenti nelle pre-liste, il Responsabile di SC o suo delegato potrà richiedere al CUP di visionare e valutare preventivamente la fotocopia dell'impegnativa con cui è iniziato il percorso di cui al punto 1.

Nel caso di richiesta appropriata il Responsabile di SC o suo delegato fornirà al CUP la data in cui inserire l'appuntamento. In caso di richiesta inappropriata lo specialista contatterà il prescrittore per condividere il caso e fornire le informazioni sulla

insussistenza/inappropriatezza della visita/prestazione. Indi una volta avvertito il prescrittore, il CUP contatterà il paziente.

6. La Direzione Sanitaria per il tramite della IFO Gestione Offerta Ambulatoriale fornirà mensilmente alla SSD Governance Offerta Ambulatoriale, al fine di permettere il monitoraggio previsto, il volume delle prestazioni inserite nelle pre-liste, distinte per ogni singolo mese, per priorità e tipologia di prestazioni ed anche l'esito delle prenotazioni avvenute, il tutto finalizzato a permettere una corretta analisi periodica dell'andamento dei volumi/priorità delle visite/prestazioni richieste.
7. Ulteriori percorsi potranno essere identificati e attivati progressivamente dall'Azienda Sanitaria per adattarsi alle esigenze emergenti e migliorare costantemente la gestione delle liste di attesa, in ossequio alle disposizioni normative vigenti.

Si precisa infine che le prestazioni di libera professione erogate per le suddette motivazioni rientrano nei volumi ministeriali come prestazioni rese in regime istituzionale all'utente e non alimenterà la quota di libera professione nella fase di monitoraggio del rapporto tra attività istituzionale e libera professione.

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: EUGENIO POSSAMAI

CODICE FISCALE: PSSGNE59M27C957L

DATA FIRMA: 12/12/2024 10:56:15

IMPRONTA: BAFCEB12F8CDE7851EE4F53019EB542889EC5B8DEAAD9BFD5319A4B77A3DF87F89EC5B8DEAAD9BFD5319A4B77A3DF87F5B63FB8AD303912134875D107740C0B95B63FB8AD303912134875D107740C0B9A7B498408E3CD90953F87BAE5088F63AA7B498408E3CD90953F87BAE5088F63A03A592D7288D295243EE33104932BD54

NOME: GIULIO ANTONINI

CODICE FISCALE: NTNGLI66S23L736J

DATA FIRMA: 12/12/2024 11:03:31

IMPRONTA: B0A40697B4C582EDA432580EEF271045BC46538D3C240B05FC8E700EF0EDF70EBC46538D3C240B05FC8E700EF0EDF70E733B55CB1E2FDAD83ECD9323DE3DC81A733B55CB1E2FDAD83ECD9323DE3DC81AF1C736C76FAD7540F48CC89984ED9A1AF1C736C76FAD7540F48CC89984ED9A1AE16C297B7105DDA0984A013AAA2E89F4

NOME: DANIELE PITTIONI

CODICE FISCALE: PTTDNL61R10L483B

DATA FIRMA: 12/12/2024 11:33:03

IMPRONTA: 30691F0D8E8D542866C83F1425FC56199AE6DAB38B31B82EBB01599498AF48BB9AE6DAB38B31B82EBB01599498AF48BBF1BCCDD2612DC08822802B2AD5887D14F1BCCDD2612DC08822802B2AD5887D1459EE8382057AA4101485A08C36659B4C59EE8382057AA4101485A08C36659B4CE49F65674CF0304813E3D56E69E9166E

NOME: ANTONIO POGGIANA

CODICE FISCALE: PGGNTN64M30C743F

DATA FIRMA: 12/12/2024 12:12:36

IMPRONTA: 2014AB1678544AB0153632BF9DA5CC104405DB2ADA00F94201376146893E9B504405DB2ADA00F94201376146893E9B50B916622A3EC61D454EB7348B84031BA9B916622A3EC61D454EB7348B84031BA9F85B8414FD935CF560147C61894D623AF85B8414FD935CF560147C61894D623AB4256B4BDE3C8B28DD5286E47E58D3A5