

Delibera n° 1815

Estratto del processo verbale della seduta del
25 ottobre 2019

oggetto:

APPROVAZIONE DEL PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021.

Massimiliano FEDRIGA	Presidente	assente
Riccardo RICCARDI	Vice Presidente	presente
Sergio Emidio BINI	Assessore	presente
Sebastiano CALLARI	Assessore	presente
Tiziana GIBELLI	Assessore	presente
Graziano PIZZIMENTI	Assessore	presente
Pierpaolo ROBERTI	Assessore	presente
Alessia ROSOLEN	Assessore	presente
Fabio SCOCCIMARRO	Assessore	presente
Stefano ZANNIER	Assessore	presente
Barbara ZILLI	Assessore	presente

Gianfranco ROSSI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che:

- la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)), prevede, all'art. 1, comma 280, la definizione, tramite intesa tra Stato e regioni, del Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa da realizzarsi da parte delle Regioni;

- la predetta intesa contempla, in particolare, l'elenco di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera per le quali le Regioni possono fissare i tempi massimi di attesa all'interno dei singoli servizi sanitari regionali nonché la previsione che, in caso di mancata fissazione da parte delle Regioni dei propri tempi di attesa si applicano direttamente i parametri temporali determinati dal Piano nazionale;

Premesso, altresì, l'art. 1, comma 282 della suddetta l. n. 266/2005 prevede, nell'ambito degli interventi per il governo dei tempi d'attesa a garanzia della tutela della salute dei cittadini, il divieto di sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni disponendo l'adozione di adeguate misure;

Richiamate le precedenti intese sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa sancite ai sensi predetta l. 266/2005, nell'intesa sub rep. Atti n. 25 del 28.3.2006 per il triennio 2006-2008 nonché con l'intesa sub rep. Atti n. 189 del 28.10.2010 per il triennio 2010 – 2012;

Visto il DPCM 12 gennaio 2017 recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza da assicurare tramite il Servizio Sanitario Nazionale;

Vista la Deliberazione della Giunta regionale n. 1783, del 22 settembre 2017, con la quale nel recepire il suddetto DPCM 12.1.2017 sono state definite, in particolare, per il Servizio sanitario regionale, i livelli sanitari e sociosanitari aggiuntivi anche tenuto conto del bisogno di salute, dignità della persona, l'equità nell'accesso nonché l'economicità e l'efficienza nell'uso delle risorse nel rispetto dei vincoli di bilancio;

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

Rilevato che il Piano nazionale per il triennio 2019 – 2021, tra l'altro:

- ha l'obiettivo avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini individuando elementi di tutela e garanzia quali strumenti per l'incremento del grado di efficienza e appropriatezza nell'utilizzo delle risorse;

- costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni individuando strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema con particolare attenzione alla presa in carico e assistenza del paziente cronico e la gestione programmata dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali;

Dato atto che il Piano nazionale in parola prevede, in particolare, che:

- le Regioni rispettino, nell'adozione dei propri piani regionali, tempi massimi d'attesa non superiori a quelli indicati nel Piano nazionale;

- in caso di mancata esplicitazione dei tempi massimi di attesa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario regionale si applicano direttamente i parametri temporali determinati dal Piano nazionale;

- le Regioni e le Province autonome provvedano a recepire l'intesa sancita il 21 febbraio 2019 adottando i relativi piani regionali di governo delle liste d'attesa che deve riportare e garantire la serie di indicazioni elencate al paragrafo due dell'Intesa medesima con successiva

trasmissione al Ministero della Salute;

- successivamente all'approvazione dei piani regionali anche le aziende sanitarie regionali adottano i nuovi programmi attuativi aziendali o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale, provvedendo all'invio dello stesso alla Regione che effettuerà un monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati;

Precisato che in conformità all'Intesa il Piano nazionale 2019 – 2021 è vigente fino alla stipula del futuro Piano ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione;

Ritenuto per quanto sopra di dover dare attuazione alle disposizioni recate dall'intesa relativa al Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2019 – 2021;

Visto il documento "Piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019 -2021" elaborato all'interno della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità che disciplina, tra l'altro, in coerenza a quanto previsto con l'Intesa Stato – Regioni, le modalità di accesso al servizio sanitario, le prestazioni assistenziali, diagnostiche e riabilitative con i relativi tempi d'attesa, la gestione delle agende, le attività di monitoraggio e gli adempimenti delle aziende sanitarie;

Ritenuto, quindi, di approvare il suddetto documento allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

Su proposta dell'Assessore alla salute, politiche sociali e disabilità,

la Giunta regionale all'unanimità

Delibera

1.di recepire l'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 2019-2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266 - Rep. Atti n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante;

2.Di approvare, per quanto esposto in premessa, il documento "Piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019 -2021" allegato al presente provvedimento di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

3.Di precisare che con successivi provvedimenti, anche della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, verranno date le indicazioni attuative del "Piano regionale di governo delle liste d'attesa 2019 -2021".

IL VICEPRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE



PIANO REGIONALE DI GOVERNO

DELLE LISTE DI ATTESA

(PRGLA)

2019 – 2021

Sommario

PREMESSA.....	4
RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO.....	6
RIFERIMENTI NAZIONALI	6
RIFERIMENTI REGIONALI	8
<i>1. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE</i>	<i>9</i>
1.1 MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE	9
1.1.1 PRESCRIZIONE SU RICETTARIO SSR (RICETTA ROSSA E RICETTA DEMATERIALIZZATA)	9
1.1.2 PRESCRIZIONE CON RICETTA BIANCA	10
1.1.3 ACCESSO DIRETTO	10
1.1.4 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA.....	11
<i>2. SPECIFICHE DELLA PRESCRIZIONE DELLA RICETTA.....</i>	<i>11</i>
2.1 TIPOLOGIA DI ACCESSO	11
2.1.1 PRESTAZIONI DI “PRIMO ACCESSO”	11
2.1.2 PRESTAZIONI DI “ALTRO ACCESSO”	12
2.1.3 PRESTAZIONI SENZA INDICAZIONE DEL TIPO DI ACCESSO	12
2.2 QUESITO DIAGNOSTICO	12
2.3 CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI.....	12
2.4 VALIDITA' DELLA PRIORITA' DI ACCESSO	13
<i>3. GOVERNO DELLE PRESTAZIONI</i>	<i>14</i>
3.1 IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE REGIONALE	14
3.2 LIVELLO REGIONALE	14
3.3 LIVELLO AZIENDALE	15
3.4 AGENDE E REGISTRI DI PRENOTAZIONE	15
3.5 GESTIONE DELLE AGENDE E SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA'	16
<i>4. TEMPI MASSIMI DI ATTESA</i>	<i>16</i>
4.1. PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	16
4.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO	17
4.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)	19
4.4 RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)	19
4.5 GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA	19
4.6 RESPONSABILITA' DELL'UTENTE (DROP OUT)	20
<i>5. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E OSPEDALIERA SOGGETTE AI MONITORAGGI PREVISTI DAL PNGLA</i>	<i>21</i>
5.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI.....	21
5.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO	24
<i>6. MONITORAGGIO PRESTAZIONI, TEMPI DI ATTESA E FLUSSI INFORMATIVI</i>	<i>25</i>
6.1 MONITORAGGI NAZIONALI DEI TEMPI DI ATTESA	25

6.1.1. MONITORAGGIO EX POST DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE	26
6.1.2 MONITORAGGIO EX ANTE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE	27
6.1.3 MONITORAGGIO EX POST DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE	27
6.1.4 MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE	28
6.1.5 MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)	29
6.1.6 MONITORAGGIO EX ANTE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA	29
6.1.7 MONITORAGGIO DELLA PRESENZA SUI SITI WEB DI REGIONI ED AZIENDE SANITARIE DI SEZIONI DEDICATE AI TEMPI ED ALLE LISTE DI ATTESA	29
6.1.8 MONITORAGGIO DELL'EFFETTIVA INCLUSIONE DI TUTTE LE AGENDE DI PRENOTAZIONE ..	30
6.2 MONITORAGGIO REGIONALE DEI TEMPI DI ATTESA	30
7. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI	31
8. DIRETTORI GENERALI	32
9. STRUMENTI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA	33
9.1 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA	33
9.2 UTILIZZO GRANDI APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	34
10. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	35
11. ORGANISMO PARITETICO REGIONALE	35

PREMESSA

Il presente Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019 – 2021 persegue il rispetto dei tempi massimi di attesa, in coerenza con il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019 – 2021, di seguito definito PNGLA. In esso confluiscono e trovano coerenza gli atti ed i provvedimenti assunti a livello regionale in materia di liste di attesa e in particolare le:

-DGR n. 1439/2011 “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010 – 2012”;

-DGR n. 2034/2015 “Organizzazione e regole per l’accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia”.

Pertanto, il presente Piano:

- prevede il rispetto, da parte delle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR), dei tempi massimi di attesa, così come indicati dal PNGLA 2019-2021 per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;
- individua il nuovo elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi;
- individua i seguenti monitoraggi:
 - a. *Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;*
 - b. *Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;*
 - c. *Monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;*
 - d. *Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;*
 - e. *Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;*
 - f. *Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell’utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;*
 - g. *Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;*
 - h. *Monitoraggio dell’effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell’attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.*
- conferma 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);

- conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- integra le classi di priorità per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e ridefinisce la loro validità prescrittiva;
- conferma ed integra le indicazioni per la corretta prescrizione, definendo i livelli di responsabilità nei vari ambiti;
- integra le definizioni di accesso;
- conferma le indicazioni relative alla gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate-convenzionate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramoenia, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow up devono essere istituite apposite Agende dedicate;
- promuove il modello dei "Raggruppamenti di attesa Omogenei-RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda;
- definisce le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti;
- individua gli strumenti destinati a garantire l'informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell'offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni.

Le disposizioni contenute si applicano a tutte le Aziende del SSR e agli erogatori privati convenzionati per quanto di competenza.

Il PRGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.

RICOGNIZIONE DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

RIFERIMENTI NAZIONALI

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

- **26/03/2008 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Attuazione dell'articolo 1, comma 810 lettera c), della Legge 27 dicembre 2006 n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività
- **03/08/2007 Legge n. 120:** Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.
- **07/04/2006 Decreto del Presidente della Repubblica:** Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.
- **28/03/2006 Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555).
- **23/12/2005 Legge n. 266:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)
- **30/06/2003 Decreto Legislativo n. 196:** Codice in materia di protezione dei dati personali
- **27/12/2002 Legge n. 289:** Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003).
- **11/07/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa.
- **16/04/2002 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.
- **14/02/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano:** Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa.
- **27/03/2000 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale.
- **19/06/1999 Decreto Legislativo n. 229:** Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- **23/07/1998 Decreto del Presidente della Repubblica:** Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

- **29/04/1998 Decreto Legislativo n. 124:** Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449
- **27/12/1997 Legge n. 449:** Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica.
- **23/12/1996 Legge n. 662:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.
- **19/05/1995 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:** Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari".
- **23/12/1994 Legge n. 724:** Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

RIFERIMENTI REGIONALI

- **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

1. ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

La Regione Friuli Venezia Giulia garantisce, agli iscritti al Servizio Sanitario Regionale / Servizio Sanitario Nazionale, l'erogazione delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza Nazionali.

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

1.1 MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

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

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

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

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

Non è possibile effettuare successive integrazioni di prestazioni sulla stessa ricetta da parte dell'erogatore; in caso di necessità di ulteriori esami/prestazioni deve essere emessa una nuova ricetta da parte dello specialista. Su una ricetta non possono essere prescritte prestazioni di specialistica ambulatoriale appartenenti a branche specialistiche diverse; le prestazioni appartenenti alla branca "altre prestazioni" possono essere associate a qualsiasi branca.

Possono prescrivere su ricettario SSR i seguenti professionisti:

- medici di medicina generale (MMG);
- pediatri di libera scelta (PLS);
- medici di continuità assistenziale (MCA);
- specialisti dipendenti del SSR o convenzionati con il SSR;
- specialisti operanti presso le strutture private accreditate convenzionate con il SSR, previa autorizzazione dell'Azienda sanitaria di competenza ed esclusivamente a favore di utenti residenti in Regione Friuli Venezia Giulia, limitatamente a:
 - prestazioni per il trattamento odontostomatologico successivo alla prima visita;
 - visita di controllo successiva a ciclo di fisioterapia;

- prestazioni dialitiche ed esami di controllo per i pazienti in trattamento sostitutivo per insufficienza renale cronica;
- ulteriori prestazioni, anche di altre branche specialistiche, che si rendono necessarie a rispondere al quesito clinico per il quale è stata effettuata la richiesta;
- prestazioni necessarie a trattare la patologia evidenziata in corso di visita;
- prestazioni effettuate in applicazione a percorsi assistenziali formalizzati dalla DCS o elaborati dagli Enti del SSR autorizzati dalla DCS;
- indagini anatomopatologiche su prelievo biotico o citologico;
- progressione delle fasi di procreazione medicalmente assistita;
- modifica di prescrizioni legata a scelte operative contestuali all'erogazione della prestazione stessa (es. necessità di biopsia in corso di altra procedura, modifica della tecnica radiologica in base al criterio di giustificazione dell'esame).

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.

1.1.2 PRESCRIZIONE CON RICETTA BIANCA

La ricetta bianca è una prescrizione su carta intestata o con timbro che identifica il medico prescrittore; riporta la data di prescrizione e la firma del prescrittore. La prestazione è a totale carico dell'assistito secondo il tariffario regionale. Deve essere utilizzata per prescrizioni in regime libero professionale individuale o di equipe, 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.

1.1.3 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.

E' 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.

1.1.4 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA

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

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

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

La responsabilità del controllo del rispetto delle norme in materia di libera professione intramoenia sono poste in capo all'Ente dal quale ogni singolo professionista dipende o con il quale è convenzionato.

2. SPECIFICHE DELLA PRESCRIZIONE DELLA RICETTA

Fermo restando quanto previsto dalle delibere precedenti, ai fini della corretta compilazione della ricetta (rossa o dematerializzata) si richiama l'attenzione su quanto indicato nei punti successivi.

2.1 TIPOLOGIA DI ACCESSO

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

2.1.1 PRESTAZIONI DI "PRIMO ACCESSO"

Per "primo accesso" è da intendersi:

- *il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore;*
- *nel caso di paziente affetto da malattie croniche, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.*

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

2.1.2 PRESTAZIONI DI "ALTRO ACCESSO"

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

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

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

2.1.3 PRESTAZIONI SENZA INDICAZIONE DEL TIPO DI ACCESSO

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

2.2 QUESITO DIAGNOSTICO

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

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

2.3 CLASSI DI PRIORITA' DELLE PRESTAZIONI

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

La Regione, in conformità delle previsioni del piano nazionale individua le nuove classi di priorità e i relativi tempi di attesa, che decorrono dal momento in cui l'utente accede al sistema di prenotazione:

- **U** (Urgente) da eseguire entro 72 ore.

Gli utenti con situazioni cliniche che devono essere valutati con una tempistica inferiore vanno indirizzati al Pronto Soccorso;

- **B** (Breve) da eseguire entro 10 giorni;
- **D** (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- **P** (Programmata) da eseguire entro 120 giorni a partire dall'1/1/2020.

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

2.4 VALIDITA' DELLA PRIORITA' DI ACCESSO

L'utente 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 tempi coerenti alla 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 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-differita non oltre i 30 giorni dalla data di emissione.
- priorità P-programmata non oltre i 120 giorni dalla data di emissione.

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

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

3. GOVERNO DELLE PRESTAZIONI

Fermo restando quanto previsto dalla DGR 2034/2015, si ribadisce quanto segue.

3.1 IL CENTRO UNICO DI PRENOTAZIONE REGIONALE

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale è il sistema centralizzato informatizzato, deputato a gestire l'intera offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale regionale (SSR compresa intramoenia, regime convenzionato) e le prenotazioni connesse (a sportello, telefoniche, via web, in farmacia), in modo trasparente ed efficiente. Tale sistema assicura le attività di gestione e programmazione delle agende di prenotazione, il monitoraggio per il governo delle liste d'attesa e l'informazione verso gli utenti, assicurando immediatezza di visibilità.

Obiettivo primario del CUP regionale è quello di garantire la possibilità di accesso alle prestazioni indipendentemente dal luogo di residenza dell'utente, rendendo disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del sistema CUP, indipendentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda sanitaria o ad uno specifico ambito territoriale/canale d'accesso.

Il CUP regionale garantisce la diffusione, quanto più capillare possibile, delle modalità di fruizione dei servizi avvalendosi di un livello regionale e di livelli aziendali.

3.2 LIVELLO REGIONALE

Il livello regionale del CUP effettua la pianificazione strategica delle attività inerenti alla strutturazione dell'offerta sanitaria regionale e rappresenta l'interfaccia con il livello ministeriale.

Le funzioni generali sono le seguenti:

- definizione ed aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale;
- pianificazione dell'offerta nel territorio regionale;
- indicazione dei volumi attesi complessivi di offerta sanitaria, con individuazione degli obiettivi annuali e dei relativi indicatori;
- definizione delle Regole di standardizzazione delle modalità di prescrizione delle prestazioni;
- monitoraggio dei tempi d'attesa;
- interfaccia con il livello ministeriale ed assolvimento degli obblighi informativi rispetto ai flussi ministeriali;
- formalizzazione dei percorsi assistenziali e dei criteri di priorità per i primi accessi, definiti dalle singole reti di patologia;
- raccordo operativo con INSIEL per l'implementazione, la manutenzione e l'aggiornamento degli strumenti informatici;
- gestione del Call center regionale;

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva della specialistica ambulatoriale.

3.3 LIVELLO AZIENDALE

Il livello aziendale del CUP è garantito dagli Enti del SSR che recepiscono le indicazioni definite dal livello regionale.

Le funzioni aziendali sono le seguenti:

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

3.4 AGENDE E REGISTRI DI PRENOTAZIONE

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

3.5 GESTIONE DELLE AGENDE E SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA'

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

Le Aziende devono attenersi alle seguenti disposizioni:

- comunicare la sospensione al livello regionale. La comunicazione deve essere corredata dalla descrizione delle cause, dalla previsione dei tempi previsti per la ripresa dell'attività e dalle misure adottate a livello aziendale;
- procedere alla parallela sospensione della prenotazione della corrispondente attività di libera professione intramoenia.

Nel caso in cui per cause tecniche sia necessario procedere alla sospensione dell'erogazione di una prestazione (es. guasto macchina), l'attività di prenotazione della stessa deve proseguire secondo modalità esplicitamente previste nel Programma attuativo aziendale.

La chiusura delle Agende di prenotazione è vietata dalla Legge 266/2005 (Finanziaria 2006, art. 1 comma 282), che prevede sanzioni amministrative per i trasgressori. Le Aziende identificano i responsabili delle agende e i soggetti preposti ai controlli e alle sanzioni.

4. TEMPI MASSIMI DI ATTESA

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

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

4.1. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

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

Rimangono escluse dal monitoraggio:

- le prestazioni che non risultano prescritte con impegnativa;
- le prestazioni urgenti (U) per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza o in un periodo immediatamente successivo (72 ore);

- le prestazioni classificate come: “altro accesso” (visite/prestazioni di controllo) o senza tipologia di accesso (prestazioni di laboratorio);
- le prestazioni erogate all’interno di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDT) o nell’ambito del percorso nascita (ecografia ostetrico-ginecologica), che rendono necessario individuare specifici tempi massimi di attesa per le diverse fasi dei percorsi stessi;
- le prestazioni in pre e post ricovero;
- le prestazioni erogate nell’ambito dei piani regionali della prevenzione attiva, inserite in programmi di screening.

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

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

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
B (breve)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni
P (programmata)	<ul style="list-style-type: none"> - fino al 31/12/2019 è considerata da eseguirsi entro 180 giorni - dall’1/1/2020 è considerata da eseguirsi in 120 giorni e il monitoraggio sarà esteso anche a questa priorità 	Almeno 90% delle prenotazioni dall’1/1/2020

Le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), sono riportate nel capitolo 5.

4.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

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

Rimangono esclusi dal monitoraggio:

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

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

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

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero 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 di ciascuna azienda/IRCCS/struttura privata accreditata, deve riguardare 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 medica di presidio. Qualora si modificano le condizioni cliniche dell'utente oppure l'utente intenda rinviare l'intervento, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

4.3 PRESTAZIONI INSERITE IN PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, vengono individuati specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali erogate anche attraverso il *day service*.

Nella definizione della metodologia di monitoraggio e di valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al D.Lgs.56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, intesa sancita in Conferenza Stato Regioni il 10 luglio 2014. La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

4.4 RAGGRUPPAMENTI DI ATTESA OMOGENEI (RAO)

Al fine di promuovere l'appropriatezza prescrittiva la Regione Friuli Venezia Giulia utilizza il modello dei "Raggruppamenti di attesa Omogenei – RAO" e richiama gli specifici criteri di priorità regionali ovvero quelli redatti da AGENAS e recepiti dalla Regione (citare PN e allegato RAO specifico o richiamare i punti).

4.5 GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

La garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell'offerta che l'azienda di residenza /

domicilio garantisce ai propri assistiti. Nel caso di prestazioni di primo accesso con priorità (B, D o P) ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

Si è in una condizione di diritto di *garanzia*:

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

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti le procedure aziendali devono prevedere modalità dettagliate di "Percorsi di Tutela" idonei a soddisfare e garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante:

- ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale;
- eventuale aumento della disponibilità anche temporanea dell'offerta;
- altre modalità individuate ad hoc.

Al termine dell'iter l'Azienda deve ricontattare l'utente proponendo la prima disponibilità trovata che comunque non deve superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione.

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'Azienda deve prevedere, nel Programma attuativo aziendale, e attivare percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, tramite:

- attività aggiuntiva;
- privato accreditato.

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

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

4.6 RESPONSABILITA' DELL'UTENTE (DROP OUT)

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva ad una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria. Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, devono essere attivati strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, SMS, chiamata telefonica, e-mail, altro).

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).

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

5.1 PRESTAZIONI AMBULATORIALI

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali) è inserito nella tabella sottostante e potrà essere periodicamente revisionato.

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	89.7A.3
2	Prima Visita 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
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
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680)
Diagnostica per Immagini				
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	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
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.3
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 complete	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
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.77.22

Altri esami Specialistici				
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 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 45.16.2	45.16.1 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con	89.41	89.41	89.41

	cicloergometro o con pedana mobile			
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
64	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
65	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
66	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
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
68	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
69	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

5.2 PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

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

Numero	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
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3;	185; 198.82

		60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	
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
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	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

6. MONITORAGGIO PRESTAZIONI, TEMPI DI ATTESA E FLUSSI INFORMATIVI

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

6.1 MONITORAGGI NAZIONALI DEI TEMPI DI ATTESA

Per il monitoraggio dei tempi di attesa di cui al presente piano, le Aziende sanitarie e gli IRCCS devono provvedere alla produzione ed al conferimento, nel rispetto delle specifiche tecniche di riferimento, dei flussi

indicati dalle “Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa” di cui all'allegato B al PNGLA 2019-2021.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, la Regione FVG partecipa ai seguenti monitoraggi nazionali:

- a. Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b. Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- c. Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- d. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- e. Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- f. Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (<http://alpi.agenas.it>), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- g. Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- h. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

6.1.1. MONITORAGGIO EX POST DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità *ex post* misura il tempo di attesa che intercorre tra la data nella quale l'utente contatta il sistema di prenotazione (CUP, Farmacie, web ecc) e prenota la prestazione e la data di effettiva erogazione della stessa.

Il monitoraggio *ex post* viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa. Suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al capitolo 5 per le Classi di priorità B, D e P (a partire dal 2020) prenotate presso tutte le strutture sanitarie.

Ai fini di tale monitoraggio il flusso di trasmissione contiene obbligatoriamente i seguenti campi:

- Data di prenotazione;
- Data di erogazione della prestazione;
- Tipo di accesso,
- Classe di priorità;
- Garanzia dei tempi massimi;

- Codice struttura che ha evaso la prestazione (codice struttura erogante)

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, è effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (cap. 1 allegato B del PNGLA 2019-2021).

6.1.2 MONITORAGGIO EX ANTE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex-ante, consiste nella rilevazione (prospettiva) in un determinato periodo indice, della differenza tra la data assegnata per l'erogazione di una determinata prestazione e la data di contatto (prenotazione).

Suddetto monitoraggio riguarda le prestazioni di cui al capitolo 5, con classi di priorità B, D e P (dal 2020), prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate. L'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio potrà essere progressivamente incrementato.

Il monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso.

I contenuti informativi rilevanti ai fini del suddetto monitoraggio sono i seguenti:

- Regione;
- Codice Azienda,
- Anno di riferimento,
- Periodo di riferimento,
- Progressivo;
- Codice prestazione,
- Codice branca;
- Codice disciplina;
- Numero prestazioni con classe di priorità B;
- Numero di prenotazione entro i tempi massimi di attesa della classe di priorità B;
- Numero prestazioni con classe di priorità D;
- Numero di prenotazione entro i tempi massimi di attesa della classe di priorità D;
- % di garanzia (% di rispetto del tempo massimo di attesa).

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, è effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite dal Ministero della Salute (cap. 2 allegato B del PNGLA 2019-2021).

6.1.3 MONITORAGGIO EX POST DELLE ATTIVITA' DI RICOVERO EROGATE IN REGIME ISTITUZIONALE

Il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, di cui al capitolo 5, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO, completo obbligatoriamente di data prenotazione e classe di priorità.

Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.

Ai fini del Monitoraggio dovranno essere considerati i seguenti elementi:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano 2019 il valore mediano osservato della distribuzione (Il quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno 2020 che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B del PNGLA). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero, è effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite dal Ministero della Salute (cap. 3 allegato B del PNGLA 2019-2021).

6.1.4 MONITORAGGIO DELLE SOSPENSIONE DELLE ATTIVITA' DI EROGAZIONE

Il Monitoraggio afferisce alla sospensione delle attività di erogazione adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) nel rispetto di alcune regole.

Oggetto del monitoraggio sono le sospensioni relative alle prestazioni di cui al capitolo 5 erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Al fine della rilevazione, si considerano oggetto del Monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno.

Non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti e le sospensioni programmate.

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio sono i seguenti:

- Regione;
- Anno di riferimento,
- Semestre di riferimento;
- Progressivo;
- Codice struttura di erogazione (STS)
- Durata della sospensione;
- Causa della sospensione;
- Codice prestazioni oggetto di sospensione.

Il Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni è effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite dal Ministero della Salute (cap. 4 allegato B del PNGLA 2019-2021).

6.1.5 MONITORAGGIO DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

6.1.6 MONITORAGGIO EX ANTE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI EROGATE IN ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso AGENAS.

AGENAS, su indicazioni *dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale*, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al capitolo 5) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.

AGENAS trasmette annualmente i risultati di tale attività al Ministero della Salute e *all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale*.

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime di libera professione intramuraria deve essere effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite da AGENAS.

6.1.7 MONITORAGGIO DELLA PRESENZA SUI SITI WEB DI REGIONI ED AZIENDE SANITARIE DI SEZIONI DEDICATE AI TEMPI ED ALLE LISTE DI ATTESA

La comunicazione su tempi e liste di attesa, oltre ad essere disciplinata da vari atti (art. 41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa), va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.

Il Ministero della Salute procederà ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN. Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa. Saranno oggetto di monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.

Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.

I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

6.1.8 MONITORAGGIO DELL'EFFETTIVA INCLUSIONE DI TUTTE LE AGENDE DI PRENOTAZIONE

Oggetto del monitoraggio è l'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

Il monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione deve essere effettuato secondo le modalità e le tempistiche definite dal Ministero della Salute.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

6.2 MONITORAGGIO REGIONALE DEI TEMPI DI ATTESA

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, la regione elabora e realizza monitoraggi regionali. I monitoraggi regionali hanno le stesse caratteristiche di quelli ministeriali e sono effettuati sia sulle prestazioni di cui al cap. 4, sia su specifiche prestazioni di particolare interesse per la Regione. Tale monitoraggio è utilizzabile per il riconoscimento della quota incentivante attribuita ai direttori generali. Misura la totalità delle prestazioni soggette a monitoraggio per tutti gli utenti residenti nella regione FVG.

I monitoraggi regionali sono i seguenti.

- a. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- b. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- c. Monitoraggio delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- d. Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria;
- e. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- f. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali;
- g. Tempi massimi di referto.

Qualora i monitoraggi periodici rivelino particolari situazioni di criticità sui tempi d'attesa a livello regionale, la Regione può vincolare specifiche destinazioni di finanziamento per incrementare i fondi di produttività e risultato del personale coinvolto nel processo di contenimento dei tempi di attesa.

7. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie e gli IRCCS adottano il nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito dalla Regione.

Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale aziendale, deve essere costantemente aggiornato e contempla 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 per la compartecipazione alla spesa sanitaria.

Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

- individuare, per le prestazioni di primo accesso, le sedi di erogazione nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per l'utente;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al capitolo 4 ad almeno il 90% delle prenotazioni;
- attuare il monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso il sistema CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso ecc.);
- garantire un sistema di monitoraggio e controllo condiviso fra prescrittori ed erogatori sull'appropriatezza prescrittiva;
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con gli utenti in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;

- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso degli utenti (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);
- fornire alle strutture il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- indicare i percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità;
- attuare modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate;
- definire il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale;
- prevedere il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti
- prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedere l'incremento delle sedute operatorie, la programmazione delle stesse anche al pomeriggio, intervenire sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).
- dovranno prevedere modalità di verifica dell'appropriatezza prescrittiva prima dell'autorizzazione a percorsi di accesso alternativi.

Il Programma attuativo aziendale deve essere allegato annualmente al Piano Attuativo Aziendale.

8. DIRETTORI GENERALI

I Direttori generali del Servizio sanitario regionale, fermo restando quanto stabilito dalla legge, sono responsabili di approvare il Programma attuativo aziendale garantendone il rispetto, l'attuazione e il costante aggiornamento. Sono inoltre responsabili del mancato rispetto dei tempi previsti per le prestazioni oggetto di monitoraggio nell'ambito di appartenenza. In caso di mancato rispetto dei tempi massimi previsti, i Direttori Generali devono attivare tutte le iniziative idonee a riportare i valori entro i termini programmati.

Le azioni da avviare all'interno delle Aziende sono le seguenti:

- coinvolgere ed informare gli attori che partecipano, con ruolo diverso, alla generazione della richiesta di esami e prescrizioni (MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali, medici ospedalieri, medici convenzionati, utenti);

- promuovere attività volte alla diffusione dei criteri di priorità, sensibilizzando i prescrittori e monitorandone la corretta osservanza.
- garantire l'effettuazione di monitoraggi sistematici sull'utilizzo di:
 - quesito diagnostico;
 - classe di priorità;
 - corretta identificazione di prima visita / visita di controllo;
 - prescrizione e prenotazione delle prestazioni successive alla prima visita da parte dei professionisti e delle strutture che hanno in carico l'utente;
 - corretta applicazione delle eventuali esenzioni;
- garantire un feed-back sui dati di monitoraggio all'interno dell'Azienda diffondendo i risultati delle attività di revisione al fine di ottenere un costante miglioramento della corretta compilazione delle ricette;
- diffondere le informazioni agli utenti sulle responsabilità diretta in caso di non presentazione alle prestazioni prenotate senza preavviso di almeno 3 giorni, fatte salve documentate situazioni eccezionali;
- garantire modalità appropriate di comunicazione degli operatori agli utenti con particolare attenzione agli aspetti di prescrivibilità, prenotazione, disdetta e sanzionamento;
- attuare una gestione flessibile dell'offerta al fine di garantire il rispetto del tempo e l'appropriato impiego delle risorse anche con l'apertura di attività contingenti straordinarie;
- incrementare l'offerta, incentivando le équipes sanitarie interne;
- acquistare ulteriori prestazioni presso gli erogatori privati accreditati e convenzionati;
- acquistare prestazioni in libera professione dai propri dipendenti senza oneri aggiuntivi per gli utenti, fatti salvi i ticket eventualmente dovuti;
- in caso superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, deve attuare il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Ai sensi dell'art. 6 della LR 7/2009, nel Patto stipulato annualmente tra la Regione ed i Direttori Generali, il 25% del compenso integrativo al trattamento economico annuo è vincolato al rispetto dei tempi massimi di attesa.

9. STRUMENTI DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

9.1 LIBERA PROFESSIONE INTRA MOENIA

Fermo restando la disciplina contrattuale, le Aziende dovranno disciplinare i percorsi ed i meccanismi che assicurano la coerenza fra i tempi massimi di attesa e il diritto all'esercizio dell'attività libero professionale. I Piani

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

- i volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria con riferimento alle singole Unità operative;
- le modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale nonché all'attività libero professionale, mediante timbratura dedicata;
- la modalità di gestione e visibilità sia delle agende di prenotazione che dei 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.

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

- uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare all'utente le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali;
- la "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando all'utente solo la eventuale partecipazione al costo (ticket).

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

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

9.2 UTILIZZO GRANDI APPARECCHIATURE DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

Le Aziende garantiscono l'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie dedicate alle attività per esterni per almeno l'80% della loro capacità produttiva (72 ore settimanali) (LR 7/2009)

Ove necessario, ciascuna Azienda deve provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; deve essere elaborato un piano dettagliato che evidenzia le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

10. INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

È obiettivo regionale garantire la massima trasparenza assicurando e promuovendo l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sfornamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri.

Dovranno essere previste sezioni dedicate e accessibili sui siti regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.

Costituiscono oggetto minimo di informazione:

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

Una specifica sezione deve essere dedicata alla gestione delle prestazioni sanitarie nel quale ogni utente può facilmente:

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

11. ORGANISMO PARITETICO REGIONALE

Deve essere istituito l'Organismo paritetico regionale, composto dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e da rappresentanti delle organizzazioni degli utenti e di tutela dei diritti, con il mandato di garantire la verifica dello svolgimento dell'attività libero professionale, di cui all'Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010 art. 3 comma 3 e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell'ambito dei lavori del Comitato LEA;

L'Organismo Paritetico Regionale, assicura:

- il monitoraggio e la valutazione dell'andamento dei tempi di attesa;
- l'aggiornamento delle linee guida sulle modalità di gestione dell'attività libero professionale intramuraria.