



PIANO REGIONALE DI GOVERNO

DELLE LISTE DI ATTESA

(PRGLA)

2019 – 2021

Estratto pgg 9-21

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 intramuraria 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)	- 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 modifichino le condizioni cliniche dell'utente oppure l'utente intenda rinviare l'intervento, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

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).