

**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI
ATTESA
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina**

Sommario

1. PREMESSA.....	3
2. MODALITÀ DI ACCESSO	3
2.1 Ricettario SSR (ricetta rossa e ricetta dematerializzata).....	3
2.2 Prescrizione con ricetta bianca.....	4
2.3 Accesso diretto	4
2.4 Libera professione intramoenia	5
3. GOVERNO DELLA DOMANDA AMBULATORIALE	5
3.1 Tipologia di accesso	6
3.2 Codici di priorità	6
3.3 Concordezza	6
4. GOVERNO DELL'OFFERTA	7
4.1 Governo della specialistica e diagnostica ambulatoriale	7
4.2 Programmazione dell'attività	9
4.3 Validità della priorità di accesso	9
4.4 Prenotazione prestazioni ambulatoriali	9
4.5 Tempi massimi di attesa prestazioni ambulatoriali.....	10
4.6 Governo dell'offerta chirurgica in regime di ricovero	11
4.7 Governo dell'offerta in Intramoenia	12
5. MODELLI DI PRESA IN CARICO: PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA).....	13
6. MONITORAGGI	13
6.1 Prestazioni ambulatoriali oggetto del monitoraggio.....	13
6.2 Monitoraggio prestazioni ambulatoriali.....	17

6.3 Prestazioni in regime di ricovero oggetto del monitoraggio.....	17
6.4 Monitoraggio prestazioni chirurgiche in regime di ricovero.....	18
6.5 Monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).....	18
7. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA	19
8. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE	19
9. COMUNICAZIONE	20
ALLEGATO 1 - PRESTAZIONI E SEDI DI EROGAZIONE TERRITORIO GIULIANO	21
ALLEGATO 2 - PRESTAZIONI E SEDI DI EROGAZIONE TERRITORIO ISONTINO	28

1. PREMESSA

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano – Isontina (ASUGI), sulla base delle indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni 2019-2021, nella DGR n. 1815 d.d. 25.10.2019 e nella normativa nazionale e regionale in materia di contenimento dei tempi di attesa si è impegnata nella programmazione e nella realizzazione di un Piano di Governo delle Liste di Attesa, che ha come obiettivo prioritario quanto già dichiarato nel Piano Nazionale ovvero quello di "... avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili". Una necessità urgente poiché proprio uno dei fattori che allontanano i cittadini dalla sanità pubblica è la questione delle liste di attesa.

È fondamentale l'individuazione di strumenti e modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino, 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), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore determinante soprattutto durante la delicata fase di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura erogante consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità.

2. MODALITÀ DI ACCESSO

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

2.1 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:
 - o prestazioni per il trattamento odontostomatologico successivo alla prima visita;
 - o visita di controllo successiva a ciclo di fisioterapia;
 - o prestazioni dialitiche ed esami di controllo per i pazienti in trattamento sostitutivo per insufficienza renale cronica;
 - o ulteriori prestazioni, anche di altre branche specialistiche, che si rendono necessarie a rispondere al quesito clinico per il quale è stata effettuata la richiesta;
 - o prestazioni necessarie a trattare la patologia evidenziata in corso di visita;
 - o prestazioni effettuate in applicazione a percorsi assistenziali formalizzati dalla DCS o elaborati dagli Enti del SSR autorizzati dalla DCS;
 - o indagini anatomopatologiche su prelievo biotico o citologico;
 - o progressione delle fasi di procreazione medicalmente assistita;
 - o 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.

2.2 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.

2.3 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.

2.4 Libera professione intramoenia

L'attività svolta in regime di 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 definiti per struttura erogatrice e per singolo medico.

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 totale 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.

3. GOVERNO DELLA DOMANDA AMBULATORIALE

L'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano – Isontina (ASUGI) adotta il modello “Raggruppamenti di Attesa Omogenea” RAO allegati al Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e recepiti con DGR n.1815 d.d. 25.10.2019 con l'obiettivo di rendere uniforme fra i medici di medicina generale e i medici specialisti l'uso di “parole chiave cliniche” in grado di descrivere il “bisogno diagnostico”.

Al fine inoltre di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi in termini di completamento delle informazioni necessarie alla corretta definizione della domanda, l'Azienda continuerà a promuovere fra i professionisti l'uso della ricetta dematerializzata.

Oltre a garantire l'assolvimento di un obbligo previsto a livello nazionale, la modalità di prescrizione dematerializzata infatti garantirà la congruità prescrittiva di tutte le informazioni necessarie, prevedendo l'inserimento obbligatorio di:

- tipo accesso
- quesito diagnostico
- classe priorità

Le prestazioni successive al primo accesso, saranno prescritte dal Professionista/Specialista che ha preso in carico il paziente, senza che questo sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. La realizzazione, della “presa in carico” del paziente si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo secondo le tempistiche stabilite.

3.1 Tipologia di 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.

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.

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

3.2 Codici di priorità

L’Azienda ASUGI ha organizzato l’offerta delle prestazioni nel rispetto dei tempi massimi di attesa previsti dalla DGR n. 1815 del 25/10/2019.

Al fine di determinare il codice di priorità da indicare, previa valutazione clinica, al momento della prescrizione medica sono state adottate le seguenti definizioni:

- 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.

3.3 Concordezza

La SC Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione Attività Sociosanitarie (SCGPSPAS) diffonde e favorisce l’implementazione del modello “Raggruppamenti di Attesa Omogenea” RAO allegati al Piano Nazionale Governo Liste di Attesa e receipti con DGR n.1815 d.d. 25.10.2019 al fine di

rendere uniforme l'uso di parole chiave in base ai bisogni clinici di richiesta di prestazioni fra i medici prescrittori e i medici erogatori. Avvierà inoltre la valutazione della concordanza tra il codice di priorità apposto sulla ricetta dal prescrittore e la valutazione formulata dal medico specialista che effettua la prestazione selezionando le prestazioni particolarmente critiche. La SC GPSPAS organizzerà incontri al fine di diffondere i dati di concordanza e favorire il confronto fra i medici prescrittori ed i medici specialisti che effettuano le prestazioni richieste.

4. GOVERNO DELL'OFFERTA

Al fine di garantire il governo dell'offerta, è previsto di proseguire e sviluppare le azioni intraprese negli ultimi anni con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza. L'offerta complessiva dell'Azienda ASUGI si modula in base all'epidemiologia della popolazione residente, differenziandosi prioritariamente tra l'area della specialistica e diagnostica ambulatoriale, il governo dell'offerta chirurgica.

4.1 Governo della specialistica e diagnostica ambulatoriale

L'Azienda definisce annualmente l'offerta complessiva dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca di attività e per sede di erogazione programmati al fine di quantificare prime visite, primi esami e controlli, sia nel pubblico che nel privato accreditato, in risposta ai fabbisogni previsti.

In particolare, la SCGPSPAS, in accordo con i Distretti Sanitari e le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, predispone un Programma annuale di governo dei tempi di attesa ambulatoriale tenendo conto della dinamica della domanda, della popolazione presente sul territorio di riferimento e di eventuali criticità nei tempi di erogazione. Il Programma quantifica le prestazioni divise per branca specialistica e Struttura erogante sul territorio di riferimento sia pubblica che privata convenzionata. Il Programma annuale ambulatoriale aziendale pone particolare attenzione alla stima della domanda per le prestazioni specialistiche ambulatoriali monitorate a livello regionale e pertanto a livello nazionale.

La stima dei volumi di prestazioni per sede erogante tiene conto delle caratteristiche demografiche delle specifiche aree in particolare per le prestazioni di I livello, mentre le prestazioni a maggiore complessità di cura o che necessitano di elevata tecnologia saranno concentrate all'interno delle sedi ospedaliere e delle case di cura private accreditate.

Il Programma annuale dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale deve, inoltre, tenere conto delle richieste con differente priorità RAO e della specifica organizzazione delle sedi erogatrici.

La SCGPSPAS monitorerà, almeno mensilmente, le prestazioni ambulatoriali e rileverà le maggiori criticità.

Le prestazioni ambulatoriali che nel tempo evidenzieranno valori sensibilmente critici nei volumi di offerta in relazione ai tempi di attesa previsti, saranno oggetto di intervento.

Le azioni previste sono:

- monitoraggio delle agende di prenotazione e apertura di eventuali agende chiuse;
- redistribuzione dell'offerta per le diverse classi di priorità all'interno delle agende;

- apertura delle strutture nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive, previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica;
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e della dirigenza sanitaria e/o in regime libero professionale con le équipe;
- valutazione di un possibile rinnovo delle tecnologie/attrezzature sanitarie per quanto concerne gli esami di diagnostica strumentale di I e II livello;
- reclutamento di medici specialisti convenzionati mediante selezione pubblica, previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica;
- valutazione di volumi di prestazioni offerti mediante contratto di fornitura dalle strutture private accreditate, previa autorizzazione da parte della Direzione Strategica.

Le Linee di gestione 2020 prevedono che:

Le aziende devono far rispettare il rapporto tra attività libero professionale e le priorità di "garanzia" per il cittadino assumendo ogni modalità organizzativa/erogativa necessaria allo scopo (rapporto tra offerta e domanda, analisi della tipologia di domanda, calibrazione del sistema di gestione delle code affrontando la contingenza, influenza della domanda, ecc.), e ricorrendo:

- alla finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale
- alle RAR (risorse aggiuntive regionali) allo scopo stanziato;
- alle risorse previste dalla L.R. n.7/2009
- all'utilizzo delle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 convertito nella L. 6 novembre 2012 n. 189 (Fondo Balduzzi) al fine di finanziare il ricorso a prestazioni aggiuntive ex art. 55 comma 2 del CCNL 8 giugno 2000 e s.m.i. per il conseguimento di progettualità volte al mantenimento dei livelli prestazionali

Le prestazioni erogate in regime libero professionale ex art. 55 comma 2 CCNL devono rappresentare uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste d'attesa.

L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni evidenziate come critiche ai fini dei tempi di attesa. Sulla base dei monitoraggi, al fine di mantenere l'equilibrio tra domanda e offerta, viene definito l'eventuale fabbisogno di prestazioni aggiuntive.

L'attivazione di tali prestazioni compete ai Direttori di Dipartimento, di concerto con le DMPO e/o i Direttori di Distretto.

Al fine di garantire la continuità assistenziale e/o i livelli di offerta in modo tempestivo ed efficace, i Direttori di Distretto e le DMPO possono attivare prestazioni aggiuntive, previa autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale. Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.

L'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini deve prevedere uno standard di riferimento pari ad almeno l'80% della capacità produttiva. A tale scopo le DMPO realizzano un piano dettagliato che consente di adeguare le risorse tecnologiche al personale, tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione, nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

4.2 Programmazione dell'attività

I Direttori dei Dipartimenti congiuntamente ai Responsabili delle Strutture Complesse (SSCC) si impegnano, in seno al processo di negoziazione del Budget, ad erogare le prestazioni necessarie al soddisfacimento del bisogno di salute rilevato attraverso la misurazione delle prescrizioni, ed al rispetto dei tempi di attesa previsti dal PRGLA di cui alla DGR n.1815 d.d. 25.10.2019.

Da un punto vista organizzativo il Direttore di Dipartimento gestirà l'offerta ambulatoriale anche attraverso gli Specialisti Ambulatoriali convenzionati e congiuntamente ai Responsabili SSCC.

Da tale impegno deriva la definizione dei calendari che costituiranno l'offerta ambulatoriale implementata nelle agende CUP.

L'Agenda è lo Strumento fondamentale per la programmazione e la messa in disponibilità delle prestazioni ambulatoriali.

L'Azienda si impegna a sospendere la libera professione intramoenia ai medici delle strutture che non hanno reso disponibili a CUP regionale tutte le agende di prenotazione delle prestazioni entro il 30.06.2020.

Le agende programmate sono aperte a scorrimento e senza soluzione di continuità.

Eventuali variazioni delle agende richieste dalle SSCC o dai Direttori di Distretto dovranno essere preventivamente autorizzate dalla SCGPSPAS.

4.3 Validità della priorità di accesso

Come previsto dalla DGR 1815 dd 25/10/2019 l'utente si impegna ad accedere al sistema di prenotazione (presentazione allo sportello CUP o in farmacia o contattando il call center regionale o effettuando una 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.

4.4 Prenotazione prestazioni ambulatoriali

Al momento della prenotazione viene indicata la data di prima disponibilità, ossia la prima data proposta dal sistema di prenotazione all'utente al momento del contatto, tenendo conto della classe di priorità indicata dal prescrittore.

Qualora il cittadino rifiuti la prima data proposta (scelta utente) esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata.

I sistemi di prenotazione di ASUGI registrano correttamente le informazioni, distinguendo l'oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente, in modo da alimentare correttamente i flussi informativi.

Sia la data di prima disponibilità che quella di prenotazione sono fondamentali ai fini della rilevazione di tempi di risposta del sistema perché individuano il tempo 0 da cui si comincia a misurare l'attesa. Tale dato viene sempre rilevato negli applicativi di prenotazione e di erogazione e di conseguenza nei flussi informativi.

Per la prenotazione di prestazioni di "altro accesso" (di controllo o follow up), sono state attivate e verranno implementate apposite **agende dedicate** e ad uso riservato degli specialisti, in modo da assicurare l'effettiva "presa in carico" del paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo e garantendo oltre alla prescrizione anche la prenotazione del controllo successivo, con agende annuali aperte a scorrimento.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa. La SCGPSPAS monitora l'offerta settimanalmente coordinandosi con i Direttori di Dipartimento e/o di Distretto per equilibrare il sistema secondo la domanda analizzata.

4.5 Tempi massimi di attesa 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;
- le prestazioni di Day Service.

Il tempo di attesa è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Ai fini della determinazione dei tempi di attesa, per data di erogazione si intende la data in cui la prestazione viene effettivamente erogata al cittadino. Nel caso in cui la prestazione consista in un pacchetto o ciclo di prestazioni, va considerata la data di inizio dell'erogazione.

Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato per tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali (escluse le prestazioni classificate in Branca "Laboratorio analisi"), anche se solo alcune prestazioni sono oggetto di specifico monitoraggio. In linea generale per le prestazioni di primo accesso il tempo di attesa massimo è definito, in base al codice di priorità espresso al momento della prescrizione, nel seguente modo:

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
B (breve)	da eseguire entro 10 gg	almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	da eseguire entro 30gg per le prime visite e entro 60gg 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 	<ul style="list-style-type: none"> - almeno l'85% delle prenotazioni - almeno il 90% delle prenotazioni

Il tempo di attesa si intende soddisfatto dall'Azienda se viene garantita, in almeno un punto di erogazione, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito.

Il rispetto di tale tempo può essere garantito direttamente dall'Azienda o dalla rete degli erogatori privati convenzionati.

Qualora nella prescrizione non sia indicato il codice di priorità, i sistemi di prenotazione propongono l'offerta prevista per la classe di priorità P.

4.6 Governo dell'offerta chirurgica in regime di ricovero

I ricoveri chirurgici programmati vengono gestiti mediante l'utilizzo di procedura informatizzata che garantisce l'inserimento in una lista di attesa unica per interventi previsti in regime istituzionale o regime di libera professione.

Gli utenti vengono inseriti in lista di attesa suddivisa per ospedale, unità operativa e regime di ricovero.

L'inserimento in lista di attesa deve rispettare criteri di appropriatezza e di priorità clinica secondo le classi di priorità definite come da tabella sottostante:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni	Valore soglia
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.	<ul style="list-style-type: none"> - per il 2019 la % non dev'essere inferiore al valore mediano II quartile osservato della distribuzione nell'anno 2016; - per il 2020 la percentuale non deve essere inferiore al valore III quartile osservato della distribuzione nell'anno 2016; - per il 2021 almeno il 90%

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 le prestazioni di ricovero, la data di prenotazione corrisponde alla data di inserimento dell'utente nel registro 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 di prenotazione, sono limitate a quelle necessarie per stabilire l'idoneità all'intervento chirurgico. Sono esclusi pertanto tutti gli esami e le prestazioni effettuate per giungere alla diagnosi dalla quale si è poi sviluppata l'indicazione all'intervento in regime di ricovero.

Rimangono esclusi dal monitoraggio:

- ricoveri urgenti;
- ricoveri la cui accettazione è stata ritardata su richiesta dell'interessato, per esigenze esterne all'ambito clinico non di competenza di ASUGI.

ASUGI si impegna a garantire, direttamente, o tramite la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, il rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata, in almeno un ospedale della rete aziendale di riferimento.

4.7 Governo dell'offerta in Intramoenia

Per le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, è assicurato il rispetto delle disposizioni vigenti, della legge n. 120 del 2007 e s.m. e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero.

L'Azienda assicura la prenotazione delle prestazioni libero professionali su agende informatizzate dedicate al singolo professionista o alla singola equipe di libera professione.

L'Azienda garantisce adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale ed all'attività libero professionale, al fine di consentire una corretta tracciabilità di tale impegno.

Nel caso in cui le attività di monitoraggio evidenzino, per una data specialità, percentuali di risposta entro i tempi massimi inferiori agli obiettivi stabiliti dal PRGLA, la SCGPSPAS, previa autorizzazione della Direzione Strategica, attuerà una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali. Tale strategia, prevista dal Piano nazionale, sarà attuata con riferimento ai volumi di produzione istituzionale e libero professionale.

A partire dai volumi erogati dai singoli servizi, sia in attività istituzionale che in attività libero professionale legati alla specialità con criticità di tempi di attesa, la SCGPSPAS e Direzione Strategica si attiveranno per ridefinire le proporzioni fra attività istituzionale e libero professionale in ragione delle criticità di erogazione dell'attività istituzionale. Da tale controllo potrà derivare il totale blocco da parte della Direzione Strategica dell'attività libero professionale da protrarre fino al risolversi della criticità individuata, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

5. MODELLI DI PRESA IN CARICO: PERCORSI DIAGNOSTICI 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, particolare attenzione è riservata ai Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), nonché alle 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, ASUGI implementerà l'offerta di percorsi condivisi e strutturati e offrirà specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali erogate anche attraverso il day service.

6. MONITORAGGI

6.1 Prestazioni ambulatoriali oggetto del monitoraggio

Le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), sono riportate nelle sottostanti tabelle:

VISITE SPECIALISTICHE: il Piano regionale prevede esplicitamente di inserire le sedi di erogazione da inserire nel Piano annuale

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680/2018)
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
15	Prima visita algologica (Linee 2020)				

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680/2018)
<i>Diagnostica per Immagini</i>				
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	88.77.4

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
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44,89.41
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
70	Trattamento intravitreale cod 1479			

	(LLGG)			
71	Radioterapia (LLGG)			

6.2 Monitoraggio prestazioni ambulatoriali

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.

La SCGPSPAS garantisce i monitoraggi nazionali e regionali previsti con le modalità individuate nella DGR 1815 del 25/10/2019:

- monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- 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;
- monitoraggio della presenza di ASUGI di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- 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.

La SC Gestione Prestazioni Sanitarie e Progettazione Attività Sociosanitarie garantisce almeno mensilmente monitoraggi sull'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in regime istituzionale e in regime di libera professione alla Direzione Strategica.

6.3 Prestazioni in regime di ricovero oggetto del monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e potrà essere periodicamente revisionato in base alle indicazioni nazionali e regionali:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
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; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03;	153.x; 197.5

		46.04; 46.1x	
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 (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

6.4 Monitoraggio prestazioni chirurgiche in regime di ricovero

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.

Le DMPO garantiscono i monitoraggi previsti con le modalità individuate nella DGR 1815 del 25/10/2019:

- monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni individuate nel cap. 5.3,
- monitoraggio della sospensione delle attività.

Le DMPO garantiscono mensilmente monitoraggi sull'andamento dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero in regime istituzionale e in regime di libera professione alla Direzione Strategica.

6.5 Monitoraggio dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA)

Il monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato dalla SCGPSPAS secondo le indicazioni elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

7. 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.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

- quando l'utente residente nel territorio di competenza accetta una disponibilità proposta entro i tempi massimi d'attesa all'interno dell'offerta di ASUGI;
- 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 viene prenotata la prima data disponibile. Inoltre la SCGPSPAS:

- ricerca ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale contattando anche i Responsabili delle Unità operative.

Al termine dell'iter la SCGPSPAS ricontatta l'utente proponendo la prima disponibilità trovata.

Qualora l'Azienda non riesca, comunque, a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, anche attivando eventuale aumento della disponibilità dell'offerta anche temporanea, l'utente invia al proprio Distretto Sanitario di residenza domanda di autorizzazione ad effettuare la prestazione in libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate.

Per le prestazioni in priorità:

- B la richiesta deve pervenire entro 4 giorni dalla prenotazione;
- D la richiesta deve pervenire entro 12 giorni dalla prenotazione per le prime visite e entro 24 giorni per le prestazioni di diagnostica;
- P la richiesta deve pervenire entro 48 giorni dalla prenotazione.

Il Distretto Sanitario di residenza, anche con il supporto degli specialisti, valuta l'appropriatezza prescrittiva della richiesta delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello RAO.

In caso di accertato diritto da parte dell'utente all'esecuzione della prestazione in libera professione, il Distretto Sanitario di residenza, verificata l'appropriatezza della richiesta, rilascia l'autorizzazione all'utente al quale spetta il rimborso dell'intera spesa sostenuta, ad eccezione del costo del ticket che rimane a suo carico, se dovuto.

In caso di richiesta inappropriata il Distretto Sanitario di residenza, anche con il supporto degli specialisti, rilascia il diniego motivato all'utente e informa il medico prescrittore.

8. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

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, dell'intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

La SC Affari Generali e Legali ha il compito di effettuare, anche in collaborazione con le Unità operative, i controlli relativi alle mancate disdette e al mancato ritiro dei referti, al fine di procedere ad eventuale recupero del credito o archiviazione del caso.

9. COMUNICAZIONE

L'Ufficio URP e comunicazione predisporrà, tramite la Carta dei servizi e la pubblicazione sul sito aziendale di ASUGI, ampia e dettagliata informativa relativa a:

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

La Direzione Strategica diffonderà le informazioni relative alle tempistiche da garantire, ai percorsi di garanzia e ai doveri dei cittadini anche alle farmacie di comunità e agli ambulatori dei MMG e dei PLS.

L'Ufficio comunicazione in collaborazione con la SC Informatica e Telecomunicazioni predisporrà sul sito aziendale di ASUGI una specifica sezione nella quale ogni utente potrà facilmente:

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

La Direzione Strategica riceverà periodicamente le associazioni e i comitati di tutela del diritto alla salute per illustrare e coinvolgerle sull'andamento delle liste di attesa e sulle azioni intraprese dall'azienda per contrastare le eventuali criticità rilevate.

La SCGPSPAS, anche valutando le segnalazioni riguardanti i tempi di attesa pervenute all'URP e le altre criticità rilevate, predisporrà una relazione annuale e un piano con proposte di miglioramento da trasmettere alla Direzione Strategica.

ALLEGATO 1 - PRESTAZIONI E SEDI DI EROGAZIONE TERRITORIO GIULIANO

Prestazione	Codice Nomenclatore	SEDE
Prima Visita cardiologica	89.7A.3	Sanatorio Triestino, Centro Cardiovascolare, Policlinico Triestino
Prima Visita chirurgia vascolare	89.7A.6	Chirurgia Vascolare, Sanatorio Triestino
Prima Visita endocrinologica	89.7A.8	Medicina Clinica, S.S. Endocrinologia
Prima Visita neurologica	89.13	Clinica Neurologica, Distretto 2, Distretto 4, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Prima Visita oculistica	95.02	Sanatorio Triestino, Clinica Oculistica, Distretti 1,2,3,4
Prima Visita ortopedica	89.7B.7	Clinica Ortopedica, Sanatorio Triestino, Eutonia
Prima Visita ginecologica	89.26	Sanatorio Triestino, Distretti 1 e 3
Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7B.8	Clinica Otorinolaringoiatrica, Distretti 1,2,3, Policlinico Triestino
Prima Visita urologica	89.7C.2	Clinica Urologica, Sanatorio Triestino, Distretti 1,2,3,4
Prima Visita dermatologica	89.7A.7	Sanatorio Triestino, Clinica Dermatologica, Policlinico Triestino, Distretti 1,2,3,4

Prima Visita fisiatrica	89.7B.2	Policlinico Triestino, Distretti 1,2,3,4, Eutonia
Prima Visita gastroenterologica	89.7A.9	S.C. Gastroenterologica
Prima Visita oncologica	89.7B.6	Oncologia, Centro Sociale Oncologico
Prima Visita pneumologica	89.7B.9	S.C.Pneumologica, Policlinico Triestino, Distretti 1,3,4
Mammografia bilaterale ER	87.37.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Mammografia bilaterale		
Mammografia monolaterale	87.37.2	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
TC del Torace	87.41	Zucconi, Gortan, Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino
TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC dell'addome superiore	88.01.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan
TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC dell'Addome inferiore	88.01.3	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan
TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio

		Triestino, Gortan
TC dell'addome completo	88.01.5	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan
TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC Cranio – encefalo	87.03	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.A	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.B	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.C	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Gortan, Zucconi
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.D	Cattinara, Maggiore
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.E	Cattinara, Maggiore

TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.F	Cattinara, Maggiore
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	Policlinico Triestino, Gortan
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Gortan
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Gortan
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Gortan
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Gortan
RM della colonna in toto	88.93	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Gortan
RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino
Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Catania, Gortan
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	Cattinara, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	Cattinara (Medicina Clinica, Chirurgia Vascolare, Clinica Neurologica), Maggiore, Centro Cardiovascolare, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino

Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Zucconi, Catania, Gortan
Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Zucconi, Catania
Ecografia dell'addome complete	88.76.1	Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Zucconi, Catania, Gortan
Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	Catania, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	Catania, Maggiore, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Ecografia ostetrica	88,78	Sanatorio Triestino
Ecografia ginecologica	88.78.2	Cattinara, Distretto 2, Burlo, Sanatorio Triestino, Gortan
Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.4	Centro Cardiovascolare, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino, Cattinara (Chirurgia Vascolare)
Colonscopia totale con endoscopia flessibile	45.23	Sanatorio Triestino, Cattinara (Gastroenterologia)
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	x
Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	Cattinara (Gastroenterologia), Sanatorio Triestino
Esofagogastroduodenoscopia	45.13	Cattinara (Gastroenterologia), Sanatorio Triestino

Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16.1	Cattinara (Gastroenterologia), Sanatorio Triestino
Elettrocardiogramma	89.52	Centro Cardiovascolare, Policlinico Triestino, Distretti 1,3
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	Centro Cardiovascolare, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	x
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44,89.41	x
Esame audiometrico tonale	95.41.1	Clinica Otorinolaringoiatrica, Distretti 1,2, Policlinico Triestino
Spirometria semplice	89.37.1	Clinica Pneumologica, Policlinico Triestino, Distretti 1,3,4
Spirometria globale	89.37.2	Clinica Pneumologica, Policlinico Triestino
Fotografia del fundus	95.11	Clinica Oculistica
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.A	Clinica Neurologica, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.B	Clinica Neurologica, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino

<p>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)</p>	<p>93.08.C</p>	<p>Clinica Neurologica, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino</p>
<p>ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli</p>	<p>93.08.D</p>	<p>Clinica Neurologica, Policlinico Triestino, Sanatorio Triestino</p>

ALLEGATO 2 - PRESTAZIONI E SEDI DI EROGAZIONE TERRITORIO ISONTINO

	Sedi erogative	Ospedale di Gorizia	Ospedale di Montfalcone	Poliambulatorio distrettuale di Gorizia	Poliambulatorio distrettuale di Cormons	Poliambulatorio distrettuale di Gradisca	Poliambulatorio distretto di Montfalcone	Poliambulatorio Nova Salus Montfalcone	Nova Salus Gorizia	Salus D	
Chemioterapia (erogata in regime ambulatoriale e di ricovero)	2	X	X								
Colonscopie (incluso proctosigmoidoscopia e sigmoidoscopia)	2	X	X								
Diagnostica ecografica del capo e del collo	3	X	X				X				
Ecocolodoppler dei TSA	3	X	X								X
Ecocolodoppler dei vasi periferici	3	X	X								X
Ecografia addominale	3	X	X				X				
Ecografia cardiaca	2	X	X								
Ecografia della mammella mono-bilaterale	2	X	X								
Ecografia morfologica	2	X	X								
Ecografia ostetrico ginecologica	2	X	X								
Elettrocardiogramma (escluso per Medicina Sportiva)	7	X	X	X	X	X	X	X			
Elettrocardiogramma da sforzo	2	X	X								
Elettrocardiogramma dinamico (HOLTER)	2	X	X								
Elettromiografia semplice [EMG]	2	X	X								
Esame audiometrico tonale	5	X	X	X	X	X					
Esame del fundus oculi	3	X	X	X							
Esofagogastroduodenoscopia	2	X	X								
Intervento di cataratta (erogata in regime ambulatoriale e di ricovero)	2	X	X								
Mammografia mono e bilaterale	5	X	X								
Radioterapia											
RM cervello e tronco encefalico; collo	1	X									
RM colonna, torace, addome (compresa pelvi, prostata e vescica)	2	X	X								
RM muscoloscheletriche	3	X	X								X
Spirometria globale	2	X	X								

Prestazioni traccianti	Sedi erogative	Ospedale di Gorizia	Ospedale di Montfalcone	Poliambulatorio distrettuale di Gorizia	Poliambulatorio distrettuale di Cormons	Poliambulatorio distrettuale di Gradisca	Poliambulatorio distretto di Montfalcone	Poliambulatorio Nova Salus Montfalcone	Nova Salus Gorizia	Nova Salus Gorizia	Salus D	
Spirometria semplice (<i>escluso per Medicina Sportiva</i>)	2	X	X									
TC Addome superiore, inferiore, completo	2	X	X									
TC bacino, arto superiore, arto inferiore	2	X	X									
TC capo	2	X	X									
TC collo, rachide e speco vertebrale	2	X	X									
TC Torace	2	X	X									
Visita cardiologica	7	X	X	X	X	X	X	X				
Visita chirurgia vascolare												
Visita dermatologica	3	X	X					X				
Visita endocrinologica												
Visita fisiatrica	9	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Visita gastroenterologica	1	X										
Visita ginecologica (<i>Consultori esclusi</i>)	7	X	X	X	X	X	X	X				
Visita neurologica (<i>escluso per Medicina Sportiva</i>)	2	X	X									
Visita oculistica	7	X	X	X	X	X	X	X				
Visita oncologica	2	X	X									
Visita ORL	5	X	X	X	X	X						
Visita ortopedica	5	X	X		X		X	X				
Visita pneumologica	4	X	X		X	X						
Visita radioterapica												
Visita urologica	2	X	X									
PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO (Day Hospital, ordinario, Day Surgery)												
Biopsia percutanea del fegato	2	X	X									
Emorroidectomia	2	X	X									
Riparazione ernia inguinale	2	X	X									

Prestazioni traccianti	Sedi erogative	Ospedale di Gorizia	Ospedale di Montfalcone	Poliambulatorio distrettuale di Gorizia	Poliambulatorio distrettuale di Cormons	Poliambulatorio distrettuale di Gradisca	Poliambulatorio distretto di Monfalcone	Poliambulatorio Nova Salus Montfalcone	Nova Salus Gorizia	Nova Salus Gorizia	Salus D
Tonsillectomia	1		X								
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di utero	1		X								
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di polmone											
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di colon	2	X	X								
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di mammella	2	X	X								
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna di prostata	2	X									
Intervento chirurgico di asportazione di neoplasia maligna tumori di pertinenza urologica: rene e vescica	1	X									
Endoarteriectomia											
Procedure di cardiologia invasiva e cardiocirurgia											
Intervento di protesi d'anca	2	X	X								