

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

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

<b>1</b>	<b>MATRICE DELLE VERSIONI DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>DESTINATARI.....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>CONTENUTI .....</b>	<b>4</b>
4.1	PREMESSA .....	4
4.2	AMBITO DI APPLICAZIONE DEL DIRITTO DI GARANZIA.....	5
4.2.1	<i>Distinzione tra prestazioni da garantire a livello regionale da quelle aziendali.....</i>	5
4.3	MODELLO ORGANIZZATIVO .....	6
4.3.1	<i>Gestione delle pre-liste.....</i>	6
4.3.2	<i>Gestione dell'appropriatezza prescrittiva .....</i>	6
4.3.3	<i>Attori .....</i>	6
4.4	MODALITÀ OPERATIVE .....	7
4.4.1	<i>Le fasi del percorso.....</i>	7
4.5	USCITA DAL PERCORSO DI TUTELA PER RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE.....	8
4.6	ATTIVITÀ' DI MONITORAGGIO .....	8
<b>5</b>	<b>RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>TERMINOLOGIE E ABBREVIAZIONI .....</b>	<b>8</b>

## 1 Matrice delle versioni del documento

Versione	Data	Descrizione della modifica
0.1	28/06/2024	Prima versione del documento

## 2 Scopo e campo di applicazione del documento

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

Il presente documento ha come obiettivo principale la definizione del modello organizzativo e la regolamentazione delle modalità operative necessarie per assicurare il diritto di garanzia agli utenti che richiedono una prestazione ambulatoriale di primo accesso nell'ambito dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (di seguito Azienda).

Per assicurare il diritto di garanzia, il documento si propone di:

1. **descrivere le modalità operative:** definire i processi e le procedure che devono essere seguiti per l'attivazione del percorso di tutela. Ciò include la registrazione delle richieste degli assistiti, la verifica della disponibilità delle prestazioni e l'eventuale attivazione di procedure in caso di superamento dei tempi di attesa massimi;
2. **assicurare la trasparenza e la comunicazione:** promuovere una comunicazione efficace e trasparente con gli utenti del SSR, fornendo informazioni chiare sui tempi di attesa, sulle alternative disponibili e sui diritti degli utenti. Saranno inoltre indicati i canali di comunicazione e i referenti a cui gli assistiti possono rivolgersi per ulteriori informazioni o per segnalare eventuali disservizi;
3. **monitorare e valutare il percorso di tutela:** stabilire un sistema di monitoraggio continuo e di valutazione periodica delle modalità operative e dei risultati ottenuti, al fine di garantire un miglioramento costante del servizio offerto agli assistiti.

Il documento intende fornire un quadro chiaro e dettagliato delle misure organizzative e messe in atto per assicurare il diritto di garanzia agli utenti che intendono accedere tempestivamente alle prestazioni ambulatoriali di primo accesso, con attenzione particolare sull'attivazione e la gestione efficace del percorso di tutela.

## 3 Destinatari

I destinatari del regolamento sono tutti gli attori coinvolti nella gestione del percorso di tutela per il diritto di garanzia. Il regolamento è diffuso mediante pubblicazione nell'apposita pagina Web aziendale.

## 4 Contenuti

### 4.1 PREMESSA

Nel contesto di questo documento, per "primo accesso" si intende:

- il primo contatto dell'utente con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) per un determinato problema clinico, ovvero una prima visita o un primo esame di diagnostica strumentale, oppure una visita di approfondimento condotta da uno specialista diverso dal primo osservatore;
- nel caso di pazienti affetti da malattie croniche, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito a un peggioramento del quadro clinico.

L'accesso successivo al primo è da intendersi come:

- la visita o la prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista;
- la visita o la prestazione di controllo.

I tempi massimi di attesa variano in funzione delle classi di priorità, le quali permettono di differenziare l'accesso alle prestazioni in relazione al quadro clinico dell'assistito.

Il calcolo dei tempi di attesa inizia dal momento in cui l'assistito accede al sistema di prenotazione.

Si rammenta che l'indicazione della classe di priorità nella ricetta specialistica è obbligatoria per tutte le prestazioni di primo accesso.

Di seguito è riportato l'elenco delle classi di priorità previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso:

*Tabella 1 – Criteri di accesso per prime visite o primi accessi per prestazioni strumentali ambulatoriali*

<b>Classe di priorità</b>	<b>Tempo di attesa (espresso in giorni)</b>	<b>Vincoli relativi alla prenotazione. (Tempo validità della prescrizione)</b>
U – Urgente	Da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 3 giorni	Non prenotabile
B – Breve	Da eseguire entro 10 giorni	Da prenotare entro 4 giorni dalla data della prescrizione
D – Differita	Da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Da prenotare entro 30 giorni dalla data della prescrizione
P – Programmata	Da eseguire entro 120 giorni	Da prenotare entro 120 giorni dalla data della prescrizione

Il tempo massimo di attesa è considerato rispettato se la prenotazione viene garantita entro i termini stabiliti in almeno una delle strutture pubbliche o convenzionate dell'Azienda. Se i tempi massimi non vengono rispettati a causa delle preferenze dell'utente (ad esempio data o sede di erogazione proposta), quest'ultimo perde il diritto di garanzia del rispetto dei tempi di attesa.

Il soggetto obbligato ad assicurare il diritto di garanzia è sempre l'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito che fa richiesta di accesso. Il **percorso di tutela** del diritto di garanzia viene attivato a livello aziendale quando, al momento della prenotazione, non è possibile rispettare i tempi di attesa previsti. Questo percorso è finalizzato a garantire il diritto di garanzia al cittadino.

L'Azienda si impegna ad adottare le azioni necessarie per assicurare il diritto di garanzia ai cittadini residenti nel proprio ambito territoriale (ad eccezione delle discipline con centri Hub a livello regionale, vedi paragrafo 4.2.1), impostando un modello di governo sia per la domanda sia per l'offerta e i servizi forniti.

Tra i criteri a cui attenersi si citano, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- il diritto di accesso alle prestazioni deve avere validità su tutto il territorio nazionale. A tal proposito, l'offerta ambulatoriale è configurata per assicurare a tutti i cittadini residenti l'accesso alle prestazioni;
- le agende sono differenziate tra agende dedicate al primo accesso e quelle destinate alla presa in carico del paziente (controlli);
- la durata delle prime visite deve essere omogenea all'interno dell'Azienda, instaurando un confronto continuo con i medici specialisti per garantire la coerenza e l'efficienza del servizio.

## 4.2 **AMBITO DI APPLICAZIONE DEL DIRITTO DI GARANZIA**

L'ambito di applicazione del diritto di garanzia è circoscritto alla prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale di primo accesso con livello di priorità B, D o P. Di seguito sono elencati gli ulteriori prerequisiti per il diritto di garanzia:

1. l'utente dev'essere residente nell'ambito di competenza territoriale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, fatta eccezione per le prestazioni afferenti alle discipline garantite su presidio Hub (vedi paragrafo 4.2.1);
2. la prescrizione dev'essere valida e dematerializzata;
3. la prescrizione deve rispettare i criteri delle tabelle RAO stabiliti da AGENAS e, laddove presenti, seguire le integrazioni fornite a livello regionale o dall'Azienda;
4. il quesito diagnostico dev'essere riportato nella prescrizione e deve contenere i criteri clinici utilizzati per assegnare la classe di priorità;
5. la prima disponibilità offerta al paziente non rispetta i tempi massimi di attesa previsti dalla classe di priorità della prescrizione in ogni struttura aziendale, incluse le strutture del privato accreditato;
6. l'utente deve essere in possesso di un appuntamento, registrato nel sistema di prenotazione, la cui data di esecuzione prevista non rispetta i tempi massimi di attesa.

Le condizioni sopra descritte rappresentano i requisiti necessari affinché il cittadino possa accedere al diritto di garanzia. La definizione dettagliata di tale diritto è riportata nel paragrafo successivo.

### 4.2.1 **Distinzione tra prestazioni da garantire a livello regionale da quelle aziendali**

In virtù del fatto che per alcune discipline le prestazioni sono assicurate da centri Hub a livello regionale, è responsabilità di tali centri assicurare il diritto di garanzia anche agli assistiti regionali di relativa afferenza.

L'elenco delle discipline le cui prestazioni di afferenza vanno garantite a livello regionale e non aziendale (aggiornamento circolare DCS prot. 9478 del 22/05/2017), definito a livello regionale, è il seguente:

- Neurochirurgia/Chirurgia vertebro-midollare
- Cardiochirurgia
- Chirurgia toracica
- Malattie rare
- Per l'area pediatrica:
  - o Oncoematologia
  - o Chirurgia generale

- Oculistica
- Odontostomatologia
- Ortopedia
- Medicina fisica riabilitativa

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

### 4.3 MODELLO ORGANIZZATIVO

Per poter garantire il diritto all'accesso delle prestazioni ambulatoriali sopra menzionate, è stato definito un nuovo modello organizzativo, che descrive nel dettaglio:

- le fasi per la gestione del percorso di tutela;
- i ruoli e le responsabilità degli attori coinvolti.

#### 4.3.1 Gestione delle pre-liste

Le pre-liste rappresentano lo strumento principale a supporto della gestione dei percorsi di tutela degli utenti. Nello specifico, tale strumento consente di:

1. tracciare correttamente le richieste di attivazione dei percorsi di tutela, qualora l'utente ne faccia esplicita richiesta;
2. utilizzare gli strumenti disponibili all'Azienda per garantire l'erogazione di una prestazione entro i tempi massimi previsti in relazione alla classe di priorità;
3. ricontattare gli utenti per concludere l'iter di prenotazione dell'appuntamento.

Le pre-liste sono strutturate e organizzate in modo da permettere una gestione puntuale delle richieste degli utenti per ambito di specialità/disciplina. Le stesse saranno monitorate costantemente dal personale incaricato con l'obiettivo di acquisire e gestire tempestivamente le richieste pervenute.

#### 4.3.2 Gestione dell'appropriatezza prescrittiva

Nelle more dell'aggiornamento del sistema informatico delle prescrizioni, funzionale all'attivazione di un filtro di appropriatezza secondo i criteri RAO e con codifica unica del quesito diagnostico, l'Azienda implementa un sistema di gestione dell'appropriatezza prescrittiva così strutturato:

1. in sede di richiesta di attivazione del percorso di tutela, viene verificato che l'assistito sia in possesso dei requisiti riportati nel paragrafo 4.2. Se tali requisiti non risultano soddisfatti, non si potrà procedere con l'attivazione del percorso;
2. selezione a campione e successiva verifica sia delle prestazioni erogate tramite prenotazione ordinaria che tramite il percorso di tutela (riportata nel paragrafo 4.6).

#### 4.3.3 Attori

Il modello organizzativo prevede il coinvolgimento di diverse strutture all'interno dell'Azienda, che partecipano a vario titolo nelle fasi del processo. Di seguito è illustrato l'elenco degli attori e le relative responsabilità:

- **Responsabile Unico dell'Accesso (RUA):**
  - nomina formalizzata come da indicazione "Linee per la gestione del SSR – 2024": responsabile unico dell'accesso;
  - referente unico delle liste di attesa con responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie (tutte le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere);

- **Responsabile del Procedimento di Gestione del percorso di tutela del diritto di garanzia:** Direttore Sanitario;
- **Ufficio Gestione Sistemi e Processi di Erogazione (GSP):**
  - o gestione e corretta configurazione del sistema informativo per abilitare e gestire il percorso di tutela;
  - o predisposizione report periodici.
- **Punto per la prenotazione delle prestazioni (sportello fisico CUP) abilitato a gestire le richieste di attivazione del percorso di tutela:**
  - o gestisce le richieste di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali;
  - o rappresenta il punto di ingresso per l'inserimento dei pazienti nelle pre-liste;
- **Segreterie di settore e Segreteria Percorso di Tutela (SPT):**
  - o uffici che si occupano di utilizzare gli strumenti a disposizione dell'Azienda per assicurare il diritto di garanzia al cittadino;
- **Direzioni Mediche di Presidio e di Distretto:**
  - o monitoraggio periodico di andamento delle pre-liste;
  - o identificazione criticità e attivazione di eventuali misure organizzative, per quanto di rispettiva competenza nella gestione dell'attività ambulatoriale di afferenza.

## 4.4 MODALITÀ OPERATIVE

### 4.4.1 Le fasi del percorso

Il percorso di tutela si articola nelle seguenti macro-fasi:

1. richiesta di attivazione del percorso di tutela;
2. verifica formale della richiesta di attivazione del percorso di tutela;
3. attivazione del percorso di tutela e spostamento dell'assistito in pre-lista;
4. ricerca di disponibilità attraverso l'utilizzo di tutti gli strumenti messi a disposizione;
5. comunicazione dell'esito al paziente.

#### ***Richiesta di attivazione del percorso di tutela***

La richiesta di attivazione del percorso di tutela può essere effettuata dagli utenti recandosi presso uno degli sportelli fisici del CUP o Punti di Salute riportati e aggiornati sul sito web aziendale, eventualmente tramite delega ad altra persona fisica. Non saranno accettate deleghe multiple.

La richiesta di attivazione del percorso può essere effettuata contestualmente alla registrazione del primo appuntamento, qualora sia effettuato in una delle sedi sopraindicate, o comunque entro il termine massimo di 4 giorni lavorativi a partire dalla data di contatto, ovvero la data in cui l'utente contatta la struttura e gli viene prenotato il primo appuntamento.

L'utente deve soddisfare tutti i requisiti richiesti per poter accedere al percorso, come illustrato nel seguente paragrafo.

#### ***Verifica formale della richiesta di attivazione del percorso***

L'attivazione del percorso di tutela del diritto di garanzia è condizionata all'esito positivo di alcuni controlli formali sul tipo di richiesta del paziente e sui prerequisiti necessari per poter accedere a tale percorso. Pertanto, in sede di richiesta di attivazione, l'operatore è tenuto a verificare le condizioni riportate nel paragrafo 4.2.

#### ***Attivazione del percorso di tutela***

L'attivazione del percorso di tutela avviene tramite spostamento del paziente in una pre-lista, suddivisa in funzione della disciplina della prestazione.

Al momento del primo contatto, gli operatori dovranno verificare la validità dei recapiti telefonici dell'utente richiedente, affinché quest'ultimo possa essere successivamente ricontattato per la comunicazione della data di appuntamento.

A valle dell'inserimento in pre-lista, l'Azienda procede con la ricerca di disponibilità utilizzando gli strumenti progressivamente disponibili a livello regionale ed aziendale.

#### **Modalità e strumenti per la ricerca di disponibilità**

Secondo le modalità operative definite dall'Azienda, le segreterie di settore e la Segreteria Percorso di Tutela (SPT) attivano la ricerca della disponibilità avvalendosi di diverse strategie:

1. attività istituzionale, eventualmente erogata in modalità overbooking;
2. attività istituzionale con prestazioni aggiuntive;
3. attività erogata da privati accreditati, nell'ambito delle attività previste negli accordi;
4. ulteriori strumenti che saranno identificati e attivati progressivamente dall'Azienda per adattarsi alle esigenze emergenti e migliorare costantemente la gestione delle liste di attesa.

#### **Comunicazione esito del percorso di tutela**

A seguito della prenotazione dell'appuntamento, le strutture incaricate ricontattano l'utente per comunicargli la nuova data. Saranno utilizzati i recapiti telefonici verificati in fase di richiesta di attivazione del percorso di tutela. Qualsiasi contatto o tentativo di contatto, viene registrato dagli operatori nel sistema informativo di prenotazione.

### **4.5 USCITA DAL PERCORSO DI TUTELA PER RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE**

Qualora l'utente rifiuti, in qualsiasi fase del percorso di tutela, una data disponibile proposta dall'Azienda presso una delle sedi di erogazione della prestazione, sarà escluso dal diritto di garanzia e l'appuntamento verrà annullato.

### **4.6 ATTIVITÀ' DI MONITORAGGIO**

Ai fini della valutazione dei percorsi di tutela, l'Azienda effettua il monitoraggio di alcuni indicatori proxy, che completeranno lo studio del fenomeno dei tempi di attesa. In particolare:

- numero di utenti inseriti in pre-lista sul totale dei contatti di un determinato periodo;
- percentuale di ricontatti effettuati entro i tempi massimi di erogazione della prestazione sul totale degli utenti inseriti nelle pre-liste;
- rapporto visite di controllo rispetto al totale delle visite.

## **5 Responsabilità**

Sono responsabili della corretta applicazione del regolamento, secondo le modalità contenute in questo documento, i responsabili e gli operativi degli sportelli CUP di tutte le strutture aziendali, la Segreteria Percorso di Tutela (SPT), le segreterie di settore, le Direzioni Mediche e le Direzioni di Distretto, le Strutture Operative, l'Ufficio Gestione Sistemi e Processo di Erogazione.

## **6 Terminologie e abbreviazioni**

*Tabella 2 – Terminologie e abbreviazioni*

DCS	Direzione Centrale Salute
ARCS	Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute
ASUFC	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
AZIENDA	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale
SMM	Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine
CUP	Centro Unico di Prenotazione
SOC	Struttura Operativa Complessa
MMG	Medico di Medicina Generale
SPT	Segreteria Percorso di Tutela

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FRANCESCO MAGRIS

CODICE FISCALE: MGRFNC69D27G888F

DATA FIRMA: 28/06/2024 15:29:01

IMPRONTA: 16135CFB4D8BEB39952A2928ABBD5353C549DFCD28E99E0B6E300EC56E074C86  
C549DFCD28E99E0B6E300EC56E074C866E3CD26947A2933D30B125F095BA601C  
6E3CD26947A2933D30B125F095BA601CC6F29A8FE1CE72AD895F00FDE97C6023  
C6F29A8FE1CE72AD895F00FDE97C60235EE99548FBD1BC291C6FAF21B90405DC

NOME: MASSIMO DI GIUSTO

CODICE FISCALE: DGSM70R19L483N

DATA FIRMA: 28/06/2024 15:33:17

IMPRONTA: 6A5546A874272627AEC499BA91B27DC2463AA8B09465D58F1EA79CC1B3FCE422  
463AA8B09465D58F1EA79CC1B3FCE422104E1DD0D7FF40B0B4BB79E43A73BD50  
104E1DD0D7FF40B0B4BB79E43A73BD50A41A57887C00364A6FCFDEADC44D7720  
A41A57887C00364A6FCFDEADC44D77204AC27A5A8363F219CDEB4C803FE8B08F

NOME: DAVID TURELLO

CODICE FISCALE: TRLDVD77S13G284T

DATA FIRMA: 28/06/2024 16:03:25

IMPRONTA: 745464EE4BF36947AA58B565153A6E80855F432D5DAABB1061E3DB619D7B33F1  
855F432D5DAABB1061E3DB619D7B33F151C206ABBA0DB05B22F6D1FAA9C1577C  
51C206ABBA0DB05B22F6D1FAA9C1577C88D6CF700070DF920B2EBD07115B97D8  
88D6CF700070DF920B2EBD07115B97D89839C1A6B05F0D3568A0AD7F8587EC88

NOME: DENIS CAPORALE

CODICE FISCALE: CPRDNS75M11C758X

DATA FIRMA: 28/06/2024 16:08:24

IMPRONTA: 163B954D09522A32B4C5C86FB5EF9642591E52193BEF25D6B58C345DEAD5CE34  
591E52193BEF25D6B58C345DEAD5CE34FB323B1F30862B3D09B82B14B9652678  
FB323B1F30862B3D09B82B14B9652678ABD4B9D38154A56F9A9ADAA605DE325A  
ABD4B9D38154A56F9A9ADAA605DE325A24E1DBE741F18D3B629D944989CBB40E