

**ORGANIZZAZIONE E REGOLE PER
L'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E
PER LA GESTIONE DEI TEMPI
D'ATTESA NELLA REGIONE FRIULI
VENEZIA GIULIA**

Indice

Premessa	pag. 3
Normativa di riferimento e fonti istituzionali	Pag. 4
1. Oggetto	pag. 5
2. Finalità e obiettivi	pag. 5
3. Organizzazione del CUP regionale	pag. 5
3.1. Livello regionale	pag. 6
3.2. Livello operativo accentrato	pag. 6
3.3. Livello operativo aziendale	pag. 7
3.4. Il personale	pag. 7
4. Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale	pag. 8
5. Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali	pag. 8
6. Accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 8
6.1. Accesso diretto	pag. 9
6.2. Prescrizione su ricetta rossa o dematerializzata	pag. 9
6.2.1. Classi di priorità	pag. 10
6.2.2. Validità temporale	pag. 10
6.2.3. Tipologia di accesso	pag. 11
6.2.4. Testi quesito	pag. 12
6.3. Prescrizione su ricetta bianca	pag. 12
6.4. Accesso in libera professione	pag. 12
7. Costituzione e gestione delle agende informatizzate	pag. 12
8. Modalità di prenotazione e disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	pag. 13
9. Tempi d'attesa	pag. 13
9.1. Garanzia del rispetto dei tempi massimi	pag. 14
9.2. Prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa	pag. 15
9.3. Risorse ed apparecchiature	pag. 15
9.4. Modalità di effettuazione del monitoraggio	pag. 16
9.4.1. Monitoraggio ex post ministeriale	pag. 16
9.4.2. Monitoraggio ex ante ministeriale	pag. 17
9.4.3. Monitoraggio ex post regionale	pag. 17
10. Rapporto con i cittadini	pag. 17
11. Sito internet CUP regionale	pag. 18

Premessa

L'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria regionale è frutto della parcellizzazione nata in seno alle diverse Aziende per l'assistenza sanitaria (AAS), alle due Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU) ed ai due Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), enti ai quali è da sempre stata demandata la strutturazione complessiva e delle agende e l'organizzazione dell'offerta. L'utilizzo di applicativi informatici locali diversi, ha generato nel tempo sul territorio regionale un sistema poco virtuoso, non omogeneo e non comunicante. La mancanza di regole comuni a tutte le AAS, inoltre, ha favorito l'instaurarsi di regole proprie ad ogni Ente che ora devono essere ricondotte ad un regolamento unico regionale di gestione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Dal 1 gennaio 2012 l'applicativo di prenotazione CUPWEB ha sostituito tutti i programmi informativi locali, pertanto tutte le Aziende per l'assistenza sanitaria della Regione attualmente lavorano sul medesimo supporto informatico anche se, in mancanza di regole comuni, operativamente permangono vincoli di configurazione e visibilità che limitano in maniera significativa la potenzialità dello strumento. Ancora oggi la visibilità è strutturata per area vasta, anche se con la Legge regionale n. 17/2014, tale articolazione territoriale è stata superata e quindi non risulta essere più attuale. Tale mancanza di standardizzazione è di impedimento allo sviluppo di alternative di accesso al sistema come ad esempio la prenotazione on line, rispetto alla prenotazione tramite operatori e personale formato.

Unico elemento di messa in comune di strumenti operativi, è stato la costituzione del call center che, però, opera su una base di informazioni diversificate che rendono macchinosa ogni singola prenotazione e poco efficace l'azione di contrasto ai tempi d'attesa per mancanza di una visione complessiva delle disponibilità dell'intero sistema. In sostanza siamo di fronte ad una serie di Centri Unici di Prenotazione (CUP) aziendali che non interagiscono in alcun modo, o lo fanno solo molto parzialmente, con quelli delle restanti AAS della Regione. Risulta comunque elemento qualificante e punto di forza, rispetto ad altre realtà nazionali, il fatto che gli attuali CUP aziendali siano supportati da un sistema informativo unico regionale, base indispensabile sulla quale poter creare un unico sistema CUP, gestito come servizio condiviso di tutti gli Enti (AAS e IRCCS) della Regione..

È ora importante superare la frammentazione organizzativa attuale, oltre che con l'aggiornamento costante del *Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale* e del *Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali* ad esso associato, con la definizione di *Regole uniche per la costruzione delle agende informatizzate*, che definiscono l'offerta dei singoli Enti e complessivamente quella regionale, e di *Regole uniche per la standardizzazione delle modalità di prescrizione delle prestazioni*, non più procrastinabili anche in considerazione dell'introduzione della trasmissione telematica delle ricette mediche avviata sperimentalmente in Regione a partire dal 31 dicembre 2012.

Per ottenere un sistema nel quale l'offerta sanitaria risulti omogenea sul territorio regionale, trasparente e di facile accesso per i cittadini, è indispensabile modificare l'attuale modello organizzativo, unificandolo, per far sì che la standardizzazione dell'offerta delle prestazioni delle aziende, la presentazione in termini di visibilità e l'autonomia di accesso al sistema per i cittadini consentano progressivamente di strutturare un sistema virtuoso.

Normativa di riferimento e fonti istituzionali

Nazionale

Decreto legislativo 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali

DPCM 26 marzo 2008 e DM 2 novembre 2011 sulla ricetta dematerializzata.

Decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153, che delinea un nuovo modello di farmacia: la “farmacia dei servizi”.

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante “Sistema CUP – Linee guida nazionali”. Rep. Atti n. 52/CSR del 29 aprile 2010.

Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012 di cui all’articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n.266.. Rep. Atti n. 189/CSR del 28 ottobre 2010.

Decreto Ministeriale 8 Luglio 2011, “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”.

Decreto-legge n. 5 del 2012 l’art 47 bis stabilisce, nell’ottica della semplificazione in materia di sanità digitale, che.... i sistemi di prenotazione elettronica per l’accesso alle strutture da parte dei cittadini con la finalità di ottenere vantaggi in termini di accessibilità e contenimento dei costi.

Regionale

DGR n. 1509 del 30 giugno 2006 di approvazione del “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2006-2008 - ...”;

DGR n. 288 del 16 febbraio 2007 recante “Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA”;

Legge regionale n. 7 del 26 marzo 2009 “Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale”;

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

DGR n.1466 1 agosto 2014 –Accordo quadro sulla distribuzione per conto dei medicinalie sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private. Capitolo III: servizio di prenotazione CUP.

LR 17 del 16 ottobre 2014 “Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria”.

1. Oggetto

Il presente documento disciplina le modalità organizzative con cui la Regione Friuli Venezia Giulia intende assicurare in maniera omogenea sull'intero territorio regionale il sistema dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tramite un sistema centralizzato informatizzato regionale (Centro Unico di Prenotazione - CUP). Sono pertanto presi in esame i seguenti aspetti:

- Finalità e obiettivi
- Organizzazione del CUP regionale
- Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale
- Catalogo regionale delle prestazioni CUP
- Accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Costruzione e gestione delle agende informatizzate
- Modalità di prenotazione e disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
- Tempi d'attesa
- Rapporto con i cittadini
- Sito internet CUP regionale

2. Finalità e obiettivi

L'istituzione di un CUP regionale è finalizzata a superare le differenze di offerta e di visibilità delle prestazioni che attualmente sono presenti tra i diversi Enti o territori regionali, ad omogenizzare la possibilità di accesso alle stesse indipendentemente dal luogo di residenza del cittadino, 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 AAS o ambito territoriale.

Gli obiettivi sono:

- Implementare un modello organizzativo valido per l'intera regione
- Uniformare le modalità di strutturazione e gestione delle agende informatizzate
- Standardizzare le modalità di prescrizione delle prestazioni
- Aumentare il livello di trasparenza dell'intero sistema
- Attivare, implementare e gestire il sito web per la prenotazione delle prestazioni da parte dei cittadini
- Favorire il monitoraggio e la riduzione dei tempi d'attesa

3. Organizzazione del CUP regionale

Il CUP regionale è il sistema centralizzato informatizzato deputato a gestire l'intera offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale regionale (SSR, regime convenzionato ed intramoenia) e le prenotazioni connesse (a sportello, telefoniche, via web, ecc.), in modo trasparente ed efficiente, strutturando le attività di gestione e

programmazione delle agende di prenotazione, il monitoraggio per il governo delle liste d'attesa e l'informazione verso i cittadini.

L'organizzazione del CUP regionale garantisce la diffusione quanto più capillare possibile delle modalità di fruizione dei servizi, avvalendosi di tre livelli:

- Livello regionale, collocato presso la Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia (DCS);
- Livello operativo accentrato, collocato presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS);
- Livello operativo aziendale, collocato nelle AAS, nelle AOU e negli IRCCS.

L'organizzazione proposta dovrà essere garante di un sistema virtuoso capace di assicurare trasparenza ed immediatezza di visibilità da parte dell'utenza e di monitoraggio della domanda, dell'offerta complessiva, nonché dei tempi d'attesa.

3.1. Livello regionale

Il livello regionale del CUP è garantito dalla DCS che effettua la pianificazione strategica delle attività inerenti alla strutturazione dell'offerta sanitaria regionale e rappresenta l'interfaccia con il livello ministeriale. Le funzioni affidate alla DCS, esercitate in forma diretta o tramite l'adozione di provvedimenti adottati dalla Giunta regionale, sono le seguenti:

- definizione ed aggiornamento del *Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale*;
- pianificazione delle funzioni che assicurano l'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 per le prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa* ed eventualmente altre a sua discrezione;
- 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, al fine di renderli validi su tutto il territorio regionale.

3.2. Livello operativo accentrato

Il livello operativo accentrato del CUP è garantito dall'EGAS che recepisce le indicazioni definite dalla DCS e le diffonde agli altri livelli della rete, garantendo una funzione di controllo sul livello operativo aziendale. L'EGAS e la DCS si integrano nelle funzioni di rimodulazione dell'offerta sanitaria monitorando la domanda. All'EGAS sono affidate le seguenti funzioni:

- stesura, implementazione e aggiornamento del *Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali*;
- stesura e aggiornamento del *Manuale per l'operatore CUP*;
- raccolta, implementazione e aggiornamento delle informazioni/preparazioni per l'utente, propedeutiche all'erogazione delle prestazioni, da raccogliere nel *Catalogo per la preparazione del paziente alla prestazione*;
- definizione delle *Regole di costruzione e gestione delle agende informatizzate*;
- definizione di strategie, concordate con la DCS, per uniformare i tempi di esecuzione delle prestazioni più frequenti ed implementazione delle stesse;

- definizione dei profili o livelli di accesso (utente, MMG, farmacie, operatori CUP, ecc.) delle singole agende, nel rispetto della normativa per la tutela della riservatezza dei dati;
- raccordo operativo con INSIEL per l'implementazione, la manutenzione e l'aggiornamento degli strumenti informatici;
- gestione dell'attività di informazione e prenotazione telefonica delle prestazioni sanitarie attraverso il *call center* regionale;
- implementazione e gestione del contenuto informativo del sito internet, relativamente alle prenotazioni e ai pagamenti on line;
- monitoraggio della gestione delle agende, delle sospensioni temporanee di erogazione delle prestazioni, di situazioni di particolare criticità, dei tassi di non presentazione (drop out) e di ogni informazione utile alla definizione di strategie organizzative per la DCS;
- definizione di strategie, concordate con la DCS, per ridurre i tassi di drop out e implementazione di azioni finalizzate alla responsabilizzazione dell'utenza;
- coordinamento delle attività del Livello operativo aziendale.

3.3. Livello operativo aziendale

Il livello operativo aziendale del CUP è garantito dagli Enti del SSR che recepiscono le indicazioni definite dall'EGAS e dalla DCS. Agli Enti del SSR sono affidate le seguenti funzioni:

- gestione del front e del back office degli sportelli aziendali;
- indirizzo e coordinamento dei punti di prenotazione esternalizzati o collocati presso le farmacie o le strutture convenzionate;
- indirizzo e coordinamento delle strutture erogatrici;
- 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, sia per gli erogatori pubblici che privati accreditati;
- 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 (sostituzioni per assenze improvvise di specialista o rinvio di appuntamenti in caso di non reperibilità di un sostituto, gestione di una lista d'attesa temporanea in caso di guasto macchina o indisponibilità del personale, ecc.);
- verifica sulla correttezza dei flussi informativi.

3.4. Il personale

La DCS assicura le funzioni previste al punto 3.1. (livello regionale) con personale proprio.

L'EGAS assicura le funzioni previste al punto 3.2. (livello operativo accentrato) con personale proprio, preferibilmente acquisito in mobilità dagli altri Enti del SSR, fra il quale individua un responsabile.

Le AAS, le AOU e gli IRCCS assicurano le funzioni previste al punto 3.3. (livello operativo aziendale) con personale proprio, già dipendente dagli stessi Enti, nominando un responsabile unico aziendale.

Pur prediligendo ogni forma di mobilità, sono fatte salve tutte le altre forme di acquisizione del personale da parte dell'EGAS e degli altri Enti del SSR.

4. Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale

Con cadenza almeno triennale viene adottato dalla Giunta regionale, in forma completa, il *Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale*, raccordato con il *Nomenclatore tariffario regionale per l'attività di ricovero*, anch'esso oggetto di analogo provvedimento. Tale delibera ha caratteristiche ricognitive e riassume tutte le variazioni che sono state adottate nel corso del triennio precedente ed eventualmente ne aggiunge altre.

Le tariffe indicate hanno valore per tutti gli Enti della Regione che non possono applicarne di diverse, né in aumento, né in difetto, e costituiscono lo strumento ufficiale con il quale vengono fatte le compensazioni fra le aziende.

Il *Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale* contiene sia le prestazioni inserite nei livelli essenziali di assistenza (LEA) nazionali e regionali che quelle a totale carico dell'utente in quanto non erogate a fini di diagnosi o di cura (es. rilascio/rinnovo patente di guida o licenza di caccia o porto d'armi, uso assicurativo, idoneità al lavoro per enti pubblici, ditte private o forze armate o forze dell'ordine, ecc.).

5. Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali

Per l'introduzione nell'operatività del Nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale l'EGAS adotta e tiene aggiornato il *Catalogo regionale per le prestazioni CUP* quale strumento ufficiale ed univoco per tutti gli Enti del SSR.

Il *Catalogo regionale per le prestazioni CUP* è lo strumento operativo utilizzato per la prenotazione ed erogazione delle prestazioni per le diverse tipologie di accesso. In tal senso specifica le prestazioni e ne definisce il regime d'accesso.

6. Accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Alle prestazioni di specialistica ambulatoriale si può accedere attraverso:

- accesso diretto
- prescrizione su ricetta rossa o dematerializzata
- prescrizione su ricetta bianca
- in libera professione intra-moenia

6.1. Accesso diretto

L'accesso diretto consiste nella possibilità di accedere senza prescrizione su ricetta rossa o dematerializzata, esclusivamente presso le strutture pubbliche, per le specialità di odontoiatria, ostetricia-ginecologia, pediatria (per chi non ha effettuato la scelta del PLS), psichiatria, neuropsichiatria infantile, oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche).

L'erogatore deve produrre una ricetta SSR con le medesime regole di esenzione e pagamento. Le prestazioni erogate in accesso diretto alimentano il flusso ex art.50 L.326/2003.

6.2. Prescrizione su ricetta rossa o dematerializzata

Gli esami e le visite specialistiche devono essere prescritti dai MMG o dai PLS e dagli specialisti che operano per conto del SSR, in base a quanto previsto dai rispettivi accordi nazionali e dalle regole di compilazione della ricetta. Ad eccezione di quanto previsto ai punti 6.1., 6.3. e 6.4., alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dal SSR si accede sempre attraverso la prescrizione della prestazione su ricetta rossa o dematerializzata.

La prescrizione su apposito modulo cartaceo "ricetta rossa" o elettronica "dematerializzata" (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 prestazioni singole o a ciclo appartenenti alla stessa branca specialistica, mentre per la branca di riabilitazione sono per norma possibili da 3 a 6 cicli da dieci prestazioni. Non è possibile effettuare successive integrazioni di prestazioni, da parte dell'erogatore, sulla stessa ricetta; in caso di necessità di ulteriori esami 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 medici:

- 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, limitatamente a:
 - o indagini anatomopatologiche su prelievo biptico 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);
 - o primo ciclo di fisioterapia successivo a visita fisiatrica.

Il ricettario è individuale e identifica il medico prescrittore che è di conseguenza responsabile delle prescrizioni che effettua (appropriatezza, completezza dei dati, classe di priorità assegnata, diritto all'eventuale esenzione, ecc.). In nessun caso possono essere previsti ricettari di struttura.

La corretta compilazione della ricetta è presupposto fondamentale per effettuare una prenotazione idonea alla richiesta e contestualmente garantire trasparenza rispetto al monitoraggio dei tempi di attesa. Per tale ragione si richiama l'attenzione sulla compilazione dei seguenti aspetti:

- codice esenzione
- classe di priorità, ove prevista (Breve, Differita, Programmata)
- tipo di accesso (primo accesso o accesso successivo)
- descrizione della prestazione
- quesito diagnostico

6.2.1. Classi di Priorità

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale garantite dal SSR stabilite in conformità al Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA) 2010-2012 sono previste le Classi di priorità, sistema di classificazione che consente di differenziare l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla tempistica più idonea ad affrontare il quadro clinico. Le Classi di priorità devono essere utilizzate solamente per le *prime visite* o i *primi accessi* per gli accertamenti diagnostici.

Le classi di priorità sono le seguenti:

B - Breve	Entro 10 giorni
D - Differibile	Entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P - Programmata	Entro 180 giorni. Rappresentano, nell'ambito dei primi accessi, quelle prestazioni con priorità non ascrivibile alle classi B o D, in quanto il tempo di attesa per l'erogazione non influenza lo stato clinico o la prognosi. Da questa classe sono escluse le prestazioni programmate di approfondimento, controllo, follow-up e/o inserite in percorsi diagnostico terapeutici.

La classe di priorità U (Urgente), essendo da erogare entro le 24H, viene gestita come accesso di Pronto soccorso. Per tali richieste, il medico inviante descrive il sospetto diagnostico senza l'indicazione della prestazione specialistica.

Le aziende erogano le prestazioni in rapporto alla priorità definita dal prescrittore, indipendentemente dall'esistenza di criteri di priorità regionali o aziendali; i prescrittori saranno valutati individualmente sull'uso corretto delle priorità. Eventuali criteri di priorità formalizzati a livello regionale sono il risultato di consensus conference degli specialisti interessati e quindi costituiscono prassi operativi dalla quale ogni medico può discostarsi, purché ne motivi la scelta nel quesito.

La presenza della classe di priorità è obbligatoria per le richieste di primo accesso. Nel caso in cui nella ricetta siano presenti più prestazioni, la classe di priorità è riferita a tutte le prestazioni. Qualora la ricetta riporti l'indicazione di primo accesso e la priorità non sia indicata, la classe di priorità attribuita in automatico è P. Ogni erogatore deve diversificare l'offerta di primo accesso, tenendo conto delle classi di priorità, in modo da erogare la prestazione, per quanto possibile, entro i tempi previsti.

Per assicurare certezza nelle tempistiche di risposta per i percorsi assistenziali, In prospettiva sarà necessario gestire in maniera differenziata l'offerta, dedicando spazi riservati ai pazienti inseriti nei percorsi diagnostico-terapeutici.

6.2.2. Validità temporale

Per consentire alle strutture di erogare le prestazioni richieste entro i tempi stabiliti al punto 6.2.1., ai fini della prenotazione di prestazioni con classi di priorità, il tempo intercorrente tra la data di prescrizione e quella di contatto per la prenotazione è pari a 4 giorni per la classe di priorità Breve, 15 giorni per la Differita e 60 giorni per la Programmata. Prescrizioni con priorità B o D presentate dopo i periodi indicati verranno utilizzate con la classe di

priorità P. Il tempo di esecuzione della prestazione con priorità, nel caso si tratti di una prima visita o primo accesso, viene garantito dalla data della prenotazione.

Una prescrizione effettuata su ricettario del SSR o su ricetta dematerializzata con più prestazioni della stessa branca può essere erogata presso la medesima struttura, in momenti diversi (es. controlli, cicli di prestazioni), entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e di trattamento prescritto. Il periodo di validità massimo è comunque di 18 mesi rispetto all'erogazione della prima prestazione.

6.2.3. Tipologia di accesso

La Tipologia d'accesso indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso o ad un accesso successivo. Per *primo accesso* (visita o esame strumentale) è da intendersi il primo contatto del paziente con il sistema sanitario per un determinato problema, cioè l'accesso in cui il problema di salute del cittadino viene affrontato per la prima volta e per il quale il prescrittore ha formulato un preciso quesito diagnostico ed eventualmente impostato un piano diagnostico terapeutico, ovvero la prima visita specialistica o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore. È da considerarsi primo accesso anche la prestazione la cui richiesta è determinata da un peggioramento delle condizioni cliniche di un paziente già preso in carico per l'esecuzione di controlli periodici.

Nell'ipotesi in cui il paziente si presenti prima presso un erogatore pubblico, o privato accreditato convenzionato, per la prima visita e successivamente per un'altra visita da un diverso erogatore dove non è presente e/o consultabile a sistema la cartella clinica/scheda del paziente, quest'ultima visita è da considerarsi comunque *prima visita* anche se riguarda lo stesso problema. Le visite o le prestazioni di *primo accesso* vengono prescritte normalmente dal MMG, dal PLS o dallo specialista che abbia la necessità di ulteriori approfondimenti per rispondere al quesito diagnostico dell'inviante. Analogamente sono considerati *primo accesso* la visita o l'esame strumentale effettuati nei confronti dei pazienti noti, affetti da malattie croniche, che presentino una fase di riacutizzazione tale da rendere necessaria una rivalutazione diagnostica terapeutica complessiva, anche se amministrativamente devono essere trattate come visite di controllo per il diritto all'esenzione dei pazienti con patologia cronica.

Per prestazioni di controllo è da intendersi la visita successiva o di controllo 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. Per le visite/*prestazioni di controllo* non si utilizzano le classi di priorità di cui al punto 5.2.1.. Le stesse, inoltre, non sono soggette a controllo sui tempi d'attesa.

Per non costringere l'utente a recarsi dal proprio MMG per l'impegnativa, evitargli di contattare il call center o recarsi allo sportello CUP, nonché prevenire il rischio di non trovare la disponibilità del posto entro il tempo indicato dallo specialista per l'effettuazione del controllo, le prestazioni di controllo, ove necessarie, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita effettuata. In tal modo al paziente viene subito fornita la data per l'effettuazione del controllo. Ogni erogatore è tenuto ad organizzare le agende distinguendo le attività riservate ai controlli rispetto a quelli dedicati alle prime visite.

Dal punto di vista prescrittivo sono da equipararsi al *controllo* anche le visite o gli accertamenti diagnostici strumentali successivi ad un inquadramento diagnostico già concluso che ha definito il caso ed eventualmente già impostato una prima terapia. Si tratta di prestazioni finalizzate ad esempio a seguire nel tempo l'evoluzione di patologie croniche, a valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze, a verificare la stabilizzazione della patologia o la sua progressione, a monitorare il mantenimento del buon esito dell'intervento, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto al primo accesso (follow-up).

6.2.4. Testo quesito

Il quesito è obbligatorio per tutte le prescrizioni.

Il quesito può essere formulato come:

- *quesito diagnostico*, ovvero il sospetto clinico che il medico prescrittore ha formulato dopo aver raccolto l'anamnesi, visitato il paziente ed aver eventualmente valutato indagini strumentali precedenti (radiologiche, di laboratorio, ecc.)
- *motivazione clinica*, ovvero traduzione della sintomatologia accusata dal paziente (per es. colica addominale, gonalgia, tosse, ecc.), da utilizzare qualora non si possa indicare lo specifico quesito..

6.3. Prescrizione su 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. 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* di cui al punto 6.2.4.. Per tali ricette non sono previste classi di priorità.

6.4. Accesso in Libera professione intramoenia

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 equipe 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.

7. Costituzione e gestione delle agende informatizzate

La definizione delle agende informatizzate dovrà seguire gli schemi che verranno proposti dall'EGAS tramite l'adozione di specifici documenti tecnici.

Nella definizione delle agende, in particolare, si dovrà tenere conto della necessità di distinguere i primi accessi in base ai criteri di priorità, di separare i primi accessi dagli accessi successivi e di riservare gli spazi necessari a rendere applicabili i tempi previsti nei percorsi assistenziali formalizzati.

Nella costituzione delle agende bisogna tenere presente che, per le prestazioni di primo accesso, non possono essere previsti indirizzamenti; ciò al fine di facilitare il rapporto con il cittadino nella fase di prenotazione, soprattutto quando autogestita.

8. Modalità di prenotazione e disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'istituzione del CUP, interfaccia dell'offerta sanitaria regionale, diventa condizione necessaria per poter realizzare un'ampia gamma di canali di accesso, al fine di garantire il livello più elevato possibile di fruibilità per il cittadino. Infatti, il sistema dell'offerta si articola in una rete di punti di prenotazione, virtuali e non, che, per poter esercitare compiutamente la propria funzione, devono avere completa visibilità dell'intera offerta regionale.

Le modalità di prenotazione, alcune già presenti ed altre che verranno progressivamente implementate nel sistema sono le seguenti:

- attraverso sportelli presidiati con operatore CUP siti presso le strutture erogatrici (attualmente rappresenta la modalità più diffusa);
- per via telefonica, garantita dal numero unico dedicato del Call center a cui si può rivolgere l'utente per parlare con un operatore, ricevere informazioni ed effettuare le prenotazioni e le disdette;
- presso le Farmacie territoriali;
- presso sportelli delle strutture accreditate convenzionate;
- direttamente dai medici di medicina generale (MMG) o dai pediatri di libera scelta (PLS) per prime visite, ove organizzati a tal fine;
- da operatori sanitari (medici, infermieri, ecc.) allo scopo di semplificare il percorso assistenziale dell'utente, in particolar modo per le prenotazioni delle prestazioni di controllo/ritorno da effettuarsi contestualmente all'erogazione della prestazione;
- via telematica (web/on line), effettuata direttamente dall'utente.

La visibilità dell'intera offerta regionale da parte di tutti i profili abilitati alla prenotazione (call center, sportelli CUP aziendali, MMG, PLS, medici specialisti, farmacie, utente tramite sito web) viene prevista, in via di massima, per tutte le prestazioni erogabili dal SSR, garantendo nella fase di avvio almeno le prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*, di cui al punto 9.2..

9. Tempi d'attesa

Il tempo di attesa (TdA) per le prestazioni ambulatoriali è generalmente definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione. Il TdA,

tuttavia, può essere calcolato ex ante, che indica il tempo prospettato all'utente al momento della prenotazione, ovvero ex post, che indica il tempo effettivo che il paziente ha atteso per ricevere la prestazione.

L'articolo 2 della legge regionale n. 7/2009 stabilisce i principi che devono ispirare la corretta gestione dei TdA e che devono trovare poi corretta applicazione operativa nella pratica quotidiana. Tali principi sono di seguito elencati:

- definizione dei tempi entro cui devono essere eseguiti gli esami diagnostici e gli interventi terapeutici;
- responsabilizzazione dei direttori generali del Servizio sanitario regionale;
- responsabilizzazione delle professioni sanitarie che svolgono le attività;
- monitoraggio e controllo dei risultati raggiunti;
- migliore e più efficiente uso delle risorse e delle apparecchiature esistenti;
- attivazione di forme di rimborso e di esecuzione alternativa per i cittadini in caso di superamento dei tempi;
- obbligatorietà dell'informazione ai cittadini sui tempi entro i quali devono essere eseguiti gli esami diagnostici e gli interventi terapeutici;
- responsabilizzazione dei cittadini che non si presentano alle prestazioni prenotate senza giustificata motivazione;
- unico sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie ambulatoriali;
- informatizzazione e messa in rete del sistema sanitario regionale.

Al fine di ottemperare compiutamente a quanto previsto, l'organizzazione complessiva del sistema, per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per alcune prestazioni di ricovero, deve prevedere responsabilità certe in tutti i livelli con chiarezza d'azione sui seguenti argomenti:

- garanzia del rispetto dei tempi massimi;
- prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa;
- risorse e apparecchiature esistenti;
- modalità di effettuazione del monitoraggio.

9.1. Garanzia del rispetto dei tempi massimi

Il tempo massimo d'attesa che può intercorrere dalla data di prenotazione a quella di erogazione è fissato dalla Regione, in attuazione alle indicazioni nazionali, in base a valori standard di riferimento.

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 o D, ogni AAS è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti. Il cittadino, pertanto, avrà la garanzia del rispetto dei tempi massimi solo rivolgendosi a tali strutture, mentre perderà il diritto di priorità accedendo ad erogatori collocati al di fuori del territorio aziendale.

La mancata prenotabilità di una prestazione nel rispetto del criterio di priorità assegnato, o il rifiuto della prenotazione con tempo proposto superiore al criterio di priorità assegnato, determina il contestuale diritto del cittadino a rivolgersi a qualsiasi struttura privata accreditata regionale ed ottenere la prestazione in situazione di extra budget o a qualsiasi struttura pubblica che abbia attivato posti distinti rispetto alle necessità dei propri residenti per i criteri B e D.

Si è in una situazione di *diritto di garanzia* quando il rispetto dei tempi massimi di erogazione è assicurato nel caso in cui il paziente scelga una disponibilità proposta entro i tempi massimi di attesa all'interno dell'offerta della propria azienda di riferimento (criteri di priorità B e D) o all'interno dell'offerta regionale (criterio di priorità P).

Si resta in situazione di *diritto di garanzia* anche nel caso in cui il paziente accetti una disponibilità oltre i tempi massimi di attesa previsti in quanto, né nell'offerta della propria AAS di riferimento (criteri di priorità B e D), né nell'intera offerta regionale (criterio di priorità P) c'è disponibilità di posto entro i tempi massimi previsti.

Nel caso in cui i tempi massimi non siano rispettati per preferenza dell'utente, si è in situazione di *non diritto di garanzia* del rispetto dei tempi massimi previsti.

9.2. Prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa

Tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con le relative classi di priorità, sono oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa da parte del *livello operativo aziendale*. Tale monitoraggio ha il fine di evidenziare le situazioni critiche e far prendere alle direzioni strategiche delle AAS, delle AOU o degli IRCCS le decisioni più opportune (potenziamento dell'offerta, interventi sull'appropriatezza della richiesta, revisione degli accordi contrattuali stipulati con gli erogatori privati accreditati, ecc.) per garantire la soluzione dei problemi rilevati o comunque ad un loro ridimensionamento.

Annualmente, con le *Linee per la gestione del SSR*, il *livello regionale*, di cui al punto 3.1., definisce l'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa* nell'anno successivo, sulle quali vengono responsabilizzati i direttori generali riservando il 25% della quota incentivanti agli stessi attribuita. L'elenco deve contenere almeno le prestazioni previste per il monitoraggio ministeriale con i relativi tempi d'attesa da rispettare, in base alla classe di priorità oggetto di monitoraggio.

Il monitoraggio delle prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa* rispetta le stesse tempistiche previste dal PNGLA, salvo diversa indicazione regionale.

I direttori generali, nella distribuzione degli incentivi al personale aziendale, devono tenere conto, per le strutture che erogano le prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa*, dell'esigenza di responsabilizzare i professionisti, riservando se necessario all'obiettivo del contenimento dei tempi d'attesa una quota premiante attribuita alla singola struttura e sospendendo/limitando, ai medici delle equipe che non raggiungono per due monitoraggi consecutivi l'obiettivo assegnato, in termini di tempo o di volumi previsti, l'autorizzazione ad erogare in regime libero professionale intra-moenia le specifiche prestazioni.

9.3. Risorse e apparecchiature

Il bacino di riferimento sul quale tarare le risorse necessarie alle strutture per far fronte alla domanda è la popolazione residente nell'AAS per le prestazioni diffuse in ogni Ente. Nella determinazione dell'offerta, ogni AAS deve tenere conto di quanto assicurato con le proprie strutture, con quelle pubbliche di altri erogatori (IRCCS, AAS confinanti) e tramite gli accordi contrattuali stipulati con le strutture private accreditate. Inoltre ogni AAS deve tener conto di un fisiologico equilibrio del rapporto fuga/attrazione.

Le prestazioni di valenza regionale (alta specialità) sono garantite dagli erogatori che detengono le specifiche funzioni e professionalità, nell'ottica del soddisfacimento della domanda espressa secondo il modello hub & spoke. A tali strutture la Regione assicura gli investimenti per il mantenimento e/o il rinnovo delle tecnologie necessarie all'espletamento delle attività affidate.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle apparecchiature esistenti, l'organizzazione aziendale deve prevedere che le stesse, ove la domanda lo richieda, vengano utilizzate almeno per i tempi o i valori sotto indicati:

- | | |
|--|---|
| - tomografia assiale computerizzata (TAC) | 5.000 esami all'anno |
| - risonanza magnetica nucleare (RMN) | 4.000 esami all'anno |
| - acceleratori lineari fissi per radioterapia | 7.000 sedute di trattamento o 1.500 procedure di radio-chirurgia all'anno |
| - gamma camere | 5.000 esami all'anno |
| - CT-PET | 3.500 esami all'anno |
| - angiografi per diagnostica e interventistica | 2.000 procedure all'anno |

Le richieste di implementazione o sostituzione delle apparecchiature sopra citate, da parte delle direzioni strategiche degli Enti del SSR potranno avvenire solo nel rispetto dei parametri sopra indicati.

La correttezza di valutazione e richiesta di implementazione o sostituzione o riduzione delle apparecchiature sopra indicate, nel rispetto dei parametri indicati, costituisce elemento di verifica dell'intera direzione strategica aziendale (ad eccezione del coordinatore sociosanitario).

9.4. Modalità di effettuazione del monitoraggio

Il rispetto del TdA si intende soddisfatto quando l'azienda sanitaria garantisce la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno uno dei seguenti punti di erogazione:

- direttamente attraverso le proprie strutture;
- indirettamente attraverso altri erogatori pubblici o i privati accreditati che insistono nel proprio territorio;
- indirettamente attraverso la rete degli erogatori pubblici o privati accreditati che compongono l'offerta regionale (limitatamente al criterio di priorità P).

La Regione effettua le seguenti tipologie di monitoraggio sui TdA:

- monitoraggio ex post ministeriale
- monitoraggio ex ante ministeriale
- monitoraggio ex post regionale

9.4.1. Monitoraggio ex post ministeriale

Il monitoraggio *ex post ministeriale* ai fini dei TdA viene effettuato dal Ministero della Salute sui dati corrisposti dalla Regione con il flusso comma 5 dell'art. 50 della Legge 326/03 e l'analisi riguarda tutte le prestazioni erogate, con le seguenti caratteristiche:

- primi accessi
- classi di priorità B e D
- prestazioni con diritto di garanzia

Oggetto di rilevazione è il tempo che intercorre tra la data di contatto/prenotazione e la data di effettiva erogazione della prestazione.

9.4.2. Monitoraggio ex ante ministeriale

Il monitoraggio *ex ante ministeriale* si basa sulla rilevazione effettuata nella settimana indice stabilita a livello nazionale dei dati sui TdA per le prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio sui tempi d'attesa*. Le modalità rispettano le *Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il monitoraggio dei tempi di attesa* del PNGLA 2010-2012.

L'analisi riguarda tutte le prestazioni in monitoraggio prenotate nella settimana indice, richieste come primo accesso con classe di priorità B o D, distinte per diritto di garanzia.

Le prestazioni escluse dal monitoraggio dei TdA sono le visite e prestazioni di accesso successivo (controllo), intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente, le prestazioni inserite in programmi di screening e le prestazioni in libera professione intra-moenia.

Oggetto di rilevazione è la differenza tra la data assegnata per l'erogazione della prestazione e la data di contatto/prenotazione..

9.4.3. Monitoraggio ex post regionale

Il monitoraggio *ex post regionale* ha le stesse caratteristiche di quello ministeriale ed è effettuato sulle prestazioni contenute nell'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio sui tempi d'attesa*. Tale monitoraggio è utilizzabile per il riconoscimento del 25% della quota incentivante attribuita ai direttori generali.

10. Rapporto con i cittadini

Il cittadino ha il diritto di ricevere le prestazioni entro il tempo dichiarato annualmente con l'*Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa* allegato alle Linee per la gestione del SSR. Nel caso nessuna struttura pubblica o privata convenzionata regionale sia in grado di fornire la prestazione entro il limite richiesto, il cittadino può rivolgersi ad una struttura privata accreditata regionale alla quale l'AAS riconoscerà il pagamento della prestazione alla tariffa regionale in vigore.

Il cittadino è tenuto a pagare il ticket eventualmente dovuto prima dell'effettuazione della prestazione. Nel caso l'utente non si presenti all'appuntamento senza averlo disdetto almeno 3 giorni prima della data prevista per l'esecuzione della prestazione, anche se esente ticket a qualsiasi titolo (reddito, invalidità, patologia, ecc.), è tenuto a pagare l'intero importo della prestazione come da *Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale*. Lo stesso vale anche nel caso in cui l'utente, una volta erogata la prestazione, non ritiri il referto entro i 30 giorni successivi.

Nel caso in cui un utente rinunci ad eseguire un intervento (ambulatoriale o in regime di ricovero) per il quale ha dato il consenso e conseguentemente sono state eseguite prestazioni mirate alla sua esecuzione (esami pre-operatori), o si rivolga ad altra struttura sanitaria per l'effettuazione dello stesso, deve essere emessa ricetta rossa o dematerializzata per le prestazioni effettuate ed il cittadino è tenuto a pagare il ticket per le prestazioni eseguite, senza poter esercitare il diritto all'esenzione.

L'Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa deve essere affisso nelle sale d'attesa degli ambulatori specialistici, pubblici e privati accreditati, dei MMG e dei PLS. Il manifesto deve contenere anche l'informazione del diritto del cittadino a ricevere la prestazione entro il tempo massimo previsto, eventualmente ricorrendo alle strutture private accreditate o pubbliche che hanno messo a disposizione posti aggiuntivi, nonché le informazioni inerenti le modalità e le tempistiche del pagamento dei ticket e quelle attinenti le conseguenze della mancata presentazione all'appuntamento o del mancato ritiro del referto.

In applicazione all'articolo 10 della legge regionale n. 7/2009, ogni 3 mesi, la Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia invia una sintetica relazione sull'andamento dei tempi d'attesa delle prestazioni dell'Elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa alla Commissione consiliare competente, espressione elettiva di tutti i cittadini, ed alla Giunta regionale.

11. Sito internet CUP regionale

L'EGAS è tenuto ad avviare e tenere aggiornato un sito internet dedicato alla gestione delle prestazioni sanitarie nel quale ogni utente possa facilmente avere accesso a:

- il nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale;
- il catalogo per la preparazione del paziente alla prestazione;
- l'elenco delle prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi d'attesa.
- Il presente documento *Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale nella Regione Friuli Venezia Giulia*;
- la prenotazione degli esami;
- l'elenco degli erogatori con i relativi tempi d'attesa;
- la possibilità di pagare quanto dovuto;
- la possibilità di cancellare una prenotazione entro i termini previsti;
- le avvertenze sui diritti ed i doveri con i relativi benefici e sanzioni;
- le relazioni trimestrali sull'andamento dei TdA prodotte dalla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia.

Il sito deve essere integrato con una parte intranet dedicata agli operatori nella quale sono accessibili anche:

- la normativa nazionale e regionale di riferimento
- il catalogo delle prestazioni;
- il manuale per l'operatore CUP;
- le comunicazioni e le circolari regionali emesse in materia;
- i criteri di priorità formalizzati a livello regionale per determinate prestazioni;
- ogni altra informazione ritenuta utile.

Ogni Ente del SSR è tenuto, nella propria *home page* a prevedere un link che indirizzi al sito internet dedicato alla gestione del CUP e dei TdA.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE