

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE  
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA  
ANNO 2024

Trieste, 31 gennaio 2024

Il Direttore Sanitario  
Dr.ssa Paola Toscani

## SOMMARIO

PREMESSA.....	3
LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2024 .....	3
RIFORMA DEGLI IRCCS.....	4
RESPONSABILITÀ.....	5
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	5
PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	9
1. ANALISI DEL CONTESTO .....	9
1.1 ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA .....	9
1.2 VOLUMI EROGATI .....	11
1.3 DOMANDA.....	12
2. LINEE DI INTERVENTO.....	14
2.1 GESTIONE DELL'OFFERTA .....	14
ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA.....	14
DIMENSIONAMENTO DELL'OFFERTA.....	14
SEPARAZIONE DEI CANALI DI ACCESSO .....	14
GESTIONE DELLE AGENDE .....	15
2.2 GESTIONE DELLA DOMANDA.....	16
QUESITO DIAGNOSTICO.....	17
TIPOLOGIA DI ACCESSO .....	17
CODICI DI PRIORITÀ .....	18
I RAO .....	18
PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO DA PARTE DELLO SPECIALISTA .....	19
AMBITI DI GARANZIA .....	20
3. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA.....	20
3.1 PERCORSI DI TUTELA.....	21
4. MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	21
5. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA .....	21
5.1 TEMPI MASSIMI DI ATTESA .....	21
5.2 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA.....	22
5.3 MONITORAGGIO VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LP.....	24
6. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE .....	24
6.1 MANCATA PRESENTAZIONE/DISDETTA DEL CITTADINO .....	24
6.2 MANCATO RITIRO.....	24
6.3 VALIDITÀ DELLA PRIORITÀ DI ACCESSO.....	24
PARTE B. RICOVERI PROGRAMMATI .....	25
7. ANALISI DEL CONTESTO .....	25
7.1 ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA .....	25
7.2 VOLUMI EROGATI .....	25
8. LINEE DI INTERVENTO.....	27
8.1 MODALITÀ DI ACCESSO .....	27
8.2 AMPLIAMENTO DEL MONITORAGGIO .....	27
8.3 CRITERI CONDIVISI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA.....	27
8.4 IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PREOPERATORI .....	27
8.5 INTEGRAZIONE DI PROCEDURE DI PRENOTAZIONE E PROGRAMMAZIONE .....	28
8.6 REVISIONE DELLE ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE DELLE SALE OPERATORIE .....	28
8.7 IMPIEGO OTTIMALE DELLE PIATTAFORME LOGISTICHE.....	28
8.8 MONITORAGGIO VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LP.....	28
9. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA .....	29
9.1 TEMPI MASSIMI DI ATTESA .....	29
10. PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA.....	30
11. RAPPORTI CON I CITTADINI E COMUNICAZIONE.....	30
12. FORMAZIONE.....	31

## PREMESSA

L'erogazione delle prestazioni nei tempi richiesti dalle necessità di cura degli assistiti rappresenta una priorità che l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste (di seguito Istituto) si è dato, al fine di garantire un accesso equo e adeguato alle condizioni cliniche degli assistiti.

La DGR n. 1815 del 25 ottobre 2019 "Piano Regionale del governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" ha descritto gli strumenti di governo dei tempi di attesa individuati dalla normativa nazionale e regionale, identificando le strategie per migliorare l'accesso alle prestazioni, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura e assistenza, attraverso una più efficiente presa in carico, nel rispetto dei principi di appropriatezza ed equità.

A livello aziendale, la garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni e della tempestività della loro erogazione passa attraverso la realizzazione del presente Programma Attuativo Aziendale (PAA) per il contenimento dei tempi di attesa, contenente le regole ed i punti chiave per l'applicazione dei criteri di appropriatezza, di rispetto delle classi di priorità, di trasparenza e di accesso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Punti cardine del programma attuativo sono:

- la separazione dei canali di prenotazione e dei flussi di primo accesso e di presa in carico
- il dimensionamento della domanda e della relativa offerta per i primi accessi e per la presa in carico dei pazienti che devono proseguire il percorso clinico assistenziale definito nel corso del primo accesso
- il rispetto dei tempi di attesa in regime istituzionale
- il mantenimento della prevalenza dell'attività istituzionale su quella libero professionale
- l'ottimizzazione del grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

Partendo dall'attenta analisi di diversi indicatori e dati elaborati a livello aziendale e regionale, il presente PAA declina gli interventi che l'Istituto intende attuare nel corso del 2024 per raggiungere i seguenti obiettivi:

- Individuazione delle modalità organizzative per governare il primo accesso e la presa in carico al fine di garantire i tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio nel PRGLA 2019 - 2021
- Promozione della corretta ed appropriata prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte dei professionisti dell'Istituto
- Definizione delle azioni straordinarie e dei rispettivi piani di gestione da adottare al fine di garantire i tempi di attesa massimi
- Monitoraggio costante dei flussi della specialistica ambulatoriale, al fine di individuarne l'andamento e mettere in atto eventuali azioni correttive nel più breve tempo possibile
- Monitoraggio e informazione periodica ai cittadini sull'andamento dei tempi di attesa garantiti dall'Istituto
- Definizione di un cronoprogramma e di un sistema di responsabilità correlato alla messa in atto delle azioni previste dal presente Programma Attuativo Aziendale.

Il PAA si inserisce in un contesto regionale nel quale, la garanzia dell'equità e della tempestività dell'accesso alle prestazioni sanitarie deve prevedere una regia centrale e un coordinamento delle attività degli enti del SSR, indispensabili per la definizione dei ruoli e delle responsabilità degli stessi, ed in particolare degli IRCCS, e per la individuazione di strumenti per migliorare l'accessibilità alle prestazioni e le modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema.

### LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2024

Le Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024 riferiscono le valutazioni dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per gli interventi chirurgici all'elenco delle prestazioni ministeriali e regionali soggette a monitoraggio come definite dalla DGR 1815/2019, identificando i seguenti obiettivi:

Linea D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale

1. Obiettivo:  
Assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B e D.  
Indicatore:  
% di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B e D.  
Target:  
>= 90%.
2. Obiettivo:  
Definizione dei criteri e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino  
Indicatore:  
Adozione di un regolamento aziendale contenente i criteri, strumenti e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino.  
Target:  
entro il 30.06.2024.  
Preliminarmente, ARCS dovrà definire linee guida per la stesura del regolamento aziendale per assicurare il diritto di garanzia al cittadino (entro il 31.3.2024) e la DCS dovrà definire il ruolo degli IRCCS e dell'utilizzo del privato accreditato in rapporto ai tetti di spesa e agli accordi contrattuali regionali (entro il 31.1.2024).

#### Linea D.3.2 Tempi di attesa chirurgia oncologica

1. Obiettivo:  
Tumore all'utero. Migliorare la proporzione di interventi chirurgici con classe di priorità A effettuati nel rispetto dei tempi massimi di attesa.  
Indicatore:  
Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici.  
Target:  
>= 90%.

#### Linea D.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica

1. Obiettivo:  
Assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A, B, C e D.  
Indicatore:  
% di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A, B, C, e D erogate entro i tempi previsti.  
Target:  
>= 90%.

#### RIFORMA DEGLI IRCCS

Nel dicembre 2022, con il Decreto legislativo n. 200 del 23 dicembre 20223, il governo ha adottato la riforma degli IRCCS, che ha profondamente innovato la disciplina inerente gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Tale decreto prevede che le strutture sanitarie, per il riconoscimento di IRCCS, siano state identificate centro di riferimento clinico - assistenziale a livello regionale per l'area tematica di appartenenza (pediatria, nel caso dell'Istituto).

La qualifica di Centro di riferimento regionale supporterà la struttura nella identificazione dell'ambito territoriale di garanzia dei tempi di attesa.

## RESPONSABILITÀ

---

L'Istituto pone al centro della valutazione della dirigenza aziendale coinvolta (Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa (SC), Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale (SSD) e di Struttura Semplice (SS), la messa in atto delle azioni descritte nel presente Programma Attuativo. Se i sistemi di monitoraggio aziendale e regionale, evidenziano particolari aree di criticità, vengono concordati piani di rientro con i singoli Direttori e Responsabili nei termini previsti dal presente Programma e gli stessi costituiranno oggetto di valutazione.

Il Direttore Sanitario partecipa alla Cabina di regia istituita presso l'ARCS, definisce con il Direttore Generale aziendale le modalità generali di attuazione delle linee strategiche e ne informa il Responsabile del Servizio Gestione prestazioni sanitarie, i Direttori e i Responsabili coinvolti.

Il suddetto gruppo mette in atto la programmazione delle azioni finalizzate alla realizzazione degli indirizzi della Direzione Aziendale.

I Direttori di Dipartimento e di SC ed i Responsabili di SSD e SS concorrono alla realizzazione degli obiettivi aziendali, promuovendo le corrette attività prescrittive con la ricetta dematerializzata, perseguendo l'efficiente gestione delle attività ambulatoriali e adattando l'offerta alle pressioni della domanda.

I Medici Specialisti partecipano alla realizzazione degli obiettivi aziendali effettuando l'appropriata prescrizione elettronica e avviando il percorso di prenotazione.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

---

### NAZIONALI

- Decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14: Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi.
- Legge 30 dicembre 2021, n. 234: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024
- Decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73: Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali
- Decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104: Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia
- 20/06/2019 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute: Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa
- 21/02/2019 Intesa Stato-Regioni: Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021
- 30/12/2018 Legge n. 145: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021
- 12/01/2017 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502
- 27/04/2016 Regolamento UE del Parlamento Europeo n. 676: Regolamento generale sulla protezione dei dati- 09/02/2012 Decreto Legge n. 5: Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo
- 02/11/2011 Decreto Ministeriale del Ministro dell'Economia e delle Finanze: Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'art. 16 del decreto legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria)
- 8 luglio 2011 Decreto Ministeriale del Ministero della Salute: "Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale"
- 28/10/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano: Schema di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il

triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131

- 29/04/2010 Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano concernente il documento recante "Sistema CUP - Linee guida nazionali"
- 3 ottobre 2009 Decreto Legislativo n. 153 "Individuazione di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, nonché disposizioni in materia di indennità di residenza per i titolari di farmacie rurali, a norma dell'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69"
- 26/03/2008 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Attuazione dell'articolo 1, comma 810 lettera c), della Legge 27 dicembre 2006 n. 296, in materia di regole tecniche e trasmissione dati di natura sanitaria, nell'ambito del Sistema pubblico di connettività
- 03/08/2007 Legge n. 120: Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria
- 07/04/2006 Decreto del Presidente della Repubblica: Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.
- 28/03/2006 Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma , della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266. (Rep. n. 2555)
- 23/12/2005 Legge n. 266: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)
- 30/06/2003 Decreto Legislativo n. 196: Codice in materia di protezione dei dati personali
- 27/12/2002 Legge n. 289: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003)
- 11/07/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento di indicazioni per l'attuazione del punto a) dell'Accordo Stato Regioni del 14 febbraio 2002, sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- 16/04/2002 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa
- 14/02/2002 Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano: Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste d'attesa
- 27/03/2000 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale
- 19/06/1999 Decreto Legislativo n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- 23/07/1998 Decreto del Presidente della Repubblica: Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000
- 29/04/1998 Decreto Legislativo n. 124: Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449
- 27/12/1997 Legge n. 449: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica
- 23/12/1996 Legge n. 662: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica
- 19/05/1995 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"

- 23/12/1994 Legge n. 724: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.

#### REGIONALI

- 19/01/2024 Delibera della Giunta Regionale n. 48: LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024. Approvazione definitiva
- 25/08/2023 Delibera della Giunta Regionale n. 1317: LR 13/2023, Art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. DGR 1244/2023. Approvazione piani complessivi azioni enti SSR.
- 04/08/2023 Delibera della Giunta Regionale n. 1244: LR 13/2023, Art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ripartizione risorse e indicazioni.
- 10/08/2023 Legge Regionale n. 13: Assestamento del bilancio per gli anni 2023-2025, ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 10 novembre 2015, n. 26.
- 27/07/2023 Delibera della Giunta Regionale n. 1198: DL 198/2022, art. 4, comma 9 octies. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023
- 24/11/2022: Delibera della Giunta Regionale n. 1810. L 234/2021, art. 1, comma 276. DL 104/2020, art. 29. DL 18/2020, art. 18. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa. Aggiornamento.
- 18/03/2022: Delibera della Giunta Regionale n. 365 del 18.03.2022: L 234/2021, art. 1, comma 276. DL 104/2020, art. 29. DL 18/2020, art. 18. Adeguamento della rimodulazione del piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.
- 28/01/2022 Delibera della Giunta Regionale n. 106: L 234/2021, art 1, comma 276, dl 104/2020, art 29 e dl 18/2020, art 18. rimodulazione piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa
- 23/12/2021 Delibera della Giunta Regionale n. 1965: Lr 22/2019. dgr 1446/2021 "Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del servizio sanitario regionale". rettifica errori materiali
- 12/12/2019 Legge Regionale n. 22: Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006
- 29/11/2019 Delibera della Giunta Regionale n. 2049: Recepimento accordo tra lo stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano n. 59/CSR del 17 aprile 2019 concernente la "Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale e istituzione della rete oncologica del Friuli Venezia Giulia
- 17/12/2018 Legge Regionale n. 27: Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale
- 14/09/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1680: Approvazione del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia
- 06/07/2018 Delibera della Giunta Regionale n. 1252: DM 70/2015. Appendice 2: organizzazione dell'attività chirurgica programmata (interventi chirurgici e procedure invasive)
- 22/09/2017 Delibera della Giunta Regionale n. 1783: DPCM 12.1.2017 - Aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra LEA)
- 16/10/2015 Delibera della Giunta Regionale n. 2034: Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa nella Regione FVG
- 16/10/2014 Legge Regionale n. 17: Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria
- 01/08/2014 Delibera della Giunta Regionale n. 1466: Accordo quadro regionale sulla distribuzione per conto dei medicinali, sulla revisione dei prezzi massimi di rimborso degli ausili e dei dispositivi di assistenza integrativa per diabetici e sui servizi erogati dalle farmacie convenzionate pubbliche e private

- 28/07/2011 Delibera della Giunta Regionale n. 1439: Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 – approvazione
- 26/03/2009 Legge Regionale n. 7: Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del Servizio sanitario regionale
- 16/02/2007 Delibera della Giunta Regionale n. 288: Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2006-2008 adeguamento alla linea guida del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei LEA
- 30/06/2006 Delibera della Giunta Regionale n. 1509: Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d’attesa per il triennio 2006-2008 – approvazione.



## PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

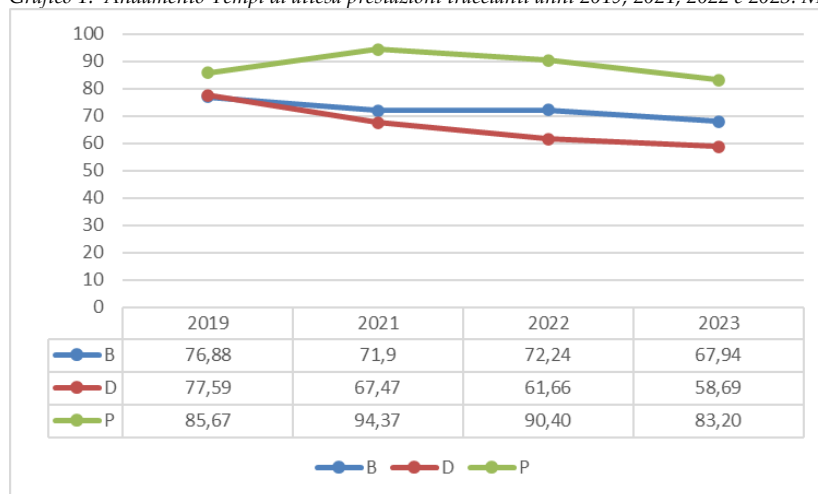
### 1. ANALISI DEL CONTESTO

#### 1.1 ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

L'analisi del contesto per lo sviluppo del PAA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale deve partire dai dati di monitoraggio dei tempi di attesa aziendali.

Il grafico 1 riporta le percentuali complessive di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti in priorità B, D e P erogate dal Burlo, relative agli anni 2021, 2022 e 2023.

Grafico 1. Andamento Tempi di attesa prestazioni traccianti anni 2019, 2021, 2022 e 2023. Monitoraggio ex ante, residenti FVG.



Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

La tabella 1 riporta le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti richieste in priorità B, D e P nell'anno 2023.

Nonostante l'aumento dei volumi erogati (vedi punto successivo), si osserva una situazione di generale criticità, influenzata, in particolare, dalle performance critiche di alcune prestazioni, per le quali, sia in priorità B (67,94%) e che priorità D (58,69%) il risultato è lontano dallo standard, condizionato, in particolare, dall'incremento della domanda delle prestazioni richieste in priorità e dalla assenza di specialisti in alcune branche.

Anche la percentuale di raggiungimento dello standard delle singole osservazioni (12 su 32 per la priorità B, 17 su 34 per la priorità D) mette in evidenza una situazione critica, in particolare per quanto riguarda alcune prestazioni, quali la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita otorinolaringoiatrica, la visita dermatologica, la visita gastroenterologica e la ecografia ginecologica, che dovrà essere affrontata con provvedimenti di sistema, che agli interventi di rimodulazione/aumento dell'offerta dovranno affiancare azioni di governo della domanda, con estesa e puntuale applicazione di protocolli RAO (Raggruppamenti di attesa omogenea) redatti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS).

Tabella 1. Percentuali di rispetto dei tempi attesa anno 2023. Monitoraggio ex ante, residenti FVG

PRIORITA	B	D	P
PRESTAZIONI	% nei tempi	% nei tempi	% nei tempi
<b>Totali</b>	<b>67,94</b>	<b>58,69</b>	<b>83,20</b>
01-Prima Visita cardiologica	74,89	94,62	98,91
03-Prima Visita endocrinologica	39,74	22,65	55,38
04-Prima Visita neurologica	20,00	60,00	100,00
05-Prima Visita oculistica	96,64	64,28	45,03
06-Prima Visita ortopedica	32,63	54,44	77,91
07-Prima Visita ginecologica	72,75	71,77	89,67
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	67,91	21,30	48,85
09-Prima Visita urologica	78,05	45,12	96,55
10-Prima Visita dermatologica	29,53	48,38	98,22
12-Prima Visita gastroenterologica	32,75	71,61	99,20
13-Prima Visita oncologica	-	100,00	100,00
14-Prima Visita pneumologica	97,10	74,16	100,00
17-TC del Torace	100,00	100,00	100,00
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	100,00	50,00	100,00
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	-	-	100,00
21-TC dell'Addome inferiore	-	-	-
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	-	-	-
23-TC dell'addome completo	-	-	-
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	100,00	57,14	100,00
25-TC Cranio - encefalo	-	-	-
26-TC Cranio - encefalo senza e con MDC	100,00	-	-
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	-	100,00	-
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	-	100,00	-
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	-	-	-
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	48,00	65,79	100,00
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	57,14	40,91	100,00
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	75,00	-	100,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	25,00	100,00	100,00
38-RM della colonna in toto	50,00	94,12	85,71
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	-	-	-
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	100,00	98,88	94,94
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	70,37	99,10	94,30
43-Ecografia dell'addome superiore	90,00	100,00	100,00
44-Ecografia dell'addome inferiore	100,00	86,36	100,00
45-Ecografia dell'addome completo	98,80	97,33	94,74
48-Ecografia ostetrica	50,00	98,67	100,00
49-Ecografia ginecologica	37,50	60,00	77,27
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	-	-	-
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	-	-	-
54-Esofagogastroduodenoscopia	-	-	100,00
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	-	-	100,00
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	-	-	-
56-Elettrocardiogramma	100,00	97,87	92,86
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	57,14	100,00	93,75
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	-	100,00	33,33
60-Esame audiometrico tonale	41,67	25,88	45,68
61-Spirometria semplice	-	-	100,00
63-Fotografia del fundus	-	-	100,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	71,43	100,00	100,00
71-Visita algologica	100,00	100,00	100,00

Dati estratti dal cruscotto regionale qtik

## 1.2 VOLUMI EROGATI

A partire dall'anno 2021 è stato registrato un aumento complessivo dei volumi delle prestazioni erogate dall'Istituto (tabella 2), con valori di erogato che hanno superato quanto erogato nel 2019, ultimo anno pre pandemico (+28.2%).

Tabella 2. Volumi prestazioni ambulatoriali erogate dall'Istituto. Confronto anni 2019- 2023

Volumi	2019	2021	2022	2023
<b>Totale</b>	148.635	186.121	185.488	190.556

al netto della S.C.R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale

In tabella 3, sono riportati i volumi delle prestazioni traccianti erogate negli anni 2019, 2021, 2022 e 2023 ad assistiti del SSR. Le prestazioni traccianti erogate nel 2019 sono risultate 36.749. Nel 2023 le prestazioni traccianti erogate sono risultate 46.388 (+ 26,2%).

Quasi tutte le prestazioni traccianti erogate risultano avere nel 2023 volumi maggiori rispetto al 2019, con l'eccezione di visita neurologica (che è stata sostituita, in fase prescrittiva, dalla visita neuropsichiatrica, non inserita fra le prestazioni oggetto di monitoraggio) e elettromiografia (in passato venivano erogate prestazioni in adulti, che ora non sono più eseguite).

I risultati sopradescritti hanno comunque risentito di alcune difficoltà che non hanno consentito di raggiungere gli obiettivi di miglioramento dei tempi di attesa delle prestazioni garantite dall'Istituto. Il riferimento è, in particolare, alla difficoltà di reperire specialisti, soprattutto di area pediatrica, e all'appropriatezza delle prescrizioni. Le specialità che hanno risentito della carenza di professionisti sono l'ostetricia e ginecologia, la ortopedia e la radiologia.

Anche nel corso del 2023, è stato possibile garantire un'offerta incrementale dell'attività ambulatoriale grazie al finanziamento ex DG.LL. 198/22, finalizzato al recupero dei tempi di attesa, ed alle Risorse Aggiuntive Regionali.

Tabella 3. Volumi prestazioni traccianti erogate dall'Istituto. Confronto anni 2019, 2021, 2022 e 2023

PRESTAZIONE	2023	2022	2021	2020	2019
<b>Totale</b>	46.388	40.804	38.768	32.710	36.749
1-Prima Visita cardiologica	1.434	1.323	1.096	955	936
3-Prima Visita endocrinologica	871	731	715	580	657
4-Prima Visita neurologica	150	309	529	518	516
5-Prima Visita oculistica	3.894	3.513	2.967	2.954	2.883
6-Prima Visita ortopedica	2.727	2.501	2.658	1.950	2.374
7-Prima Visita ginecologica	7.843	7.529	7.139	6.222	7.334
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.773	2.480	1.930	1.511	2.244
9-Prima Visita urologica	223	225	208	142	188
10-Prima Visita dermatologica	3.276	2.934	2.571	1.930	2.688
12-Prima Visita gastroenterologica	1.054	980	751	492	668
13-Prima Visita oncologica	154	134	92	70	68
14-Prima Visita pneumologica	444	331	285	145	240
17-TC del Torace	39	22	13	29	19
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	155	131	125	139	83
19-TC dell'addome superiore	-	1	-	-	-
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	5	2	-	2	2
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	2	3	5	10	12
23-TC dell'addome completo	5	4	4	4	2
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	138	123	139	132	93
25-TC Cranio - encefalo	5	5	7	3	12
26-TC Cranio - encefalo senza e con MDC	3	4	2	1	3
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	2	-	-	5	3
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	4	1	2	3	1
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	6	6	4	6	3
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	5	3	6	4	2
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	157	166	145	133	134
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo	76	76	88	91	73
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	111	99	120	118	80
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	74	55	73	41	19
38-RM della colonna in toto	110	179	185	134	140
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	19	20	33	37	16
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	611	483	447	394	398
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1.651	1.453	1.355	924	884
43-Ecografia dell'addome superiore	145	161	172	122	182
44-Ecografia dell'addome inferiore	3.001	3.001	2.816	2.270	1.885
45-Ecografia dell'addome completo	1.678	1.467	1.322	1.001	1.006
46-Ecografia bilaterale della mammella	-	-	-	1	-
48-Ecografia ostetrica	6.936	6.299	6.854	6.321	6.540
49-Ecografia ginecologica	1.261	928	736	730	1.102
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	3	1	-	-	-
54-Esofagogastroduodenoscopia	2	-	-	1	-
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	6	-	3	2	1
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	-	1	-	-	-
56-Elettrocardiogramma	450	394	334	347	381
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	274	233	175	152	126
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	100	200	275	56	42
60-Esame audiometrico tonale	3.368	1.276	1.260	1.005	1.254
61-Spirometria semplice	944	816	810	625	725
62-Spirometria globale	4	20	35	2	4
63-Fotografia del fundus	89	98	89	58	113
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	42	36	60	111	228
71-Visita algologica	64	47	133	227	385

Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

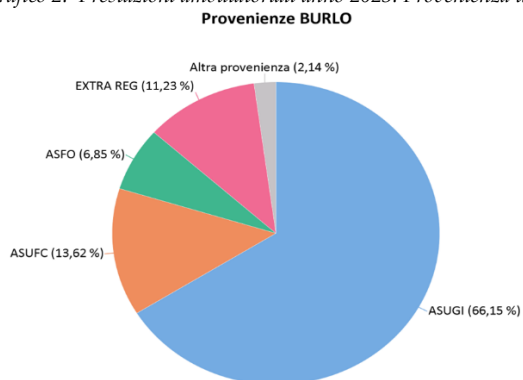
### 1.3 DOMANDA

In qualità di Ente erogatore, l'Istituto può intervenire sulla domanda per la sola parte indotta dai prescrittori interni.

In quanto ospedale materno infantile, il territorio che fa riferimento all'Istituto è ampio. Infatti, il Burlo deve garantire l'assistenza materno-infantile e di ambito ginecologico per l'area triestina, in collaborazione con ASUGI e, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale, deve garantire l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area pediatrica con riferimento al panorama regionale, nazionale e internazionale.

Nel grafico n. 2 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un accesso ambulatoriale al Burlo nel 2023. Più del 13% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico 2. Prestazioni ambulatoriali anno 2023. Provenienza utenti



Nei grafici n. 3, 4 e 5 il dato relativo alla provenienza dei pazienti ambulatoriali nell'anno 2023 è riferito alle 3 aree, pediatrica, chirurgica e ostetrico ginecologica, evidenziando come, per alcune specialità, la percentuale di prestazioni erogate a pazienti provenienti da aree esterne alla regione FVG superi il 30% del totale delle prestazioni erogate (es. Trapianto di midollo).

Grafico n. 3. Prestazioni ambulatoriali anno 2023. Provenienza utenti afferenti all'area pediatrica

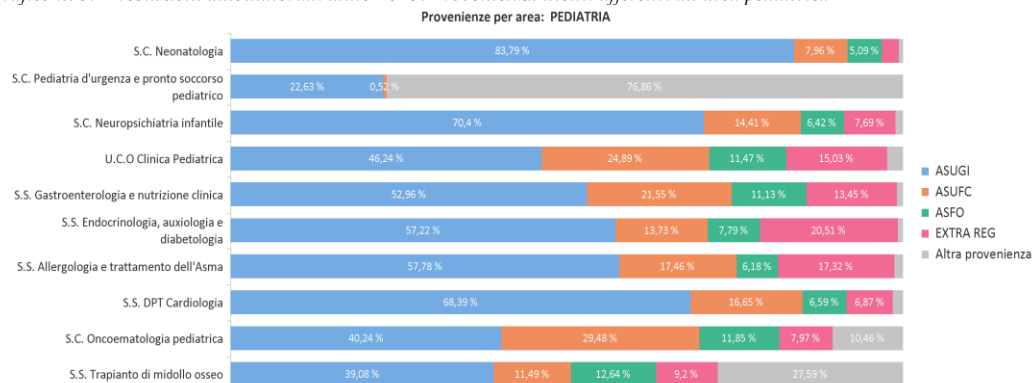


Grafico n. 4. Prestazioni ambulatoriali anno 2023. Provenienza utenti afferenti all'area chirurgica

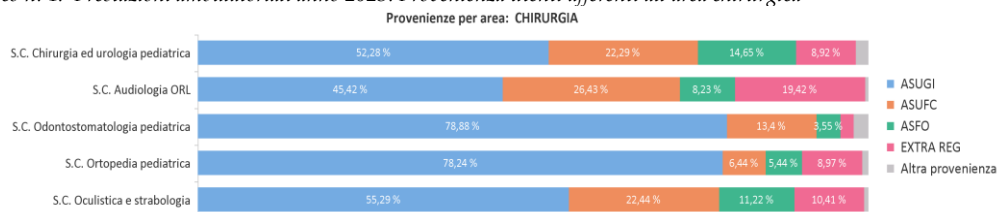
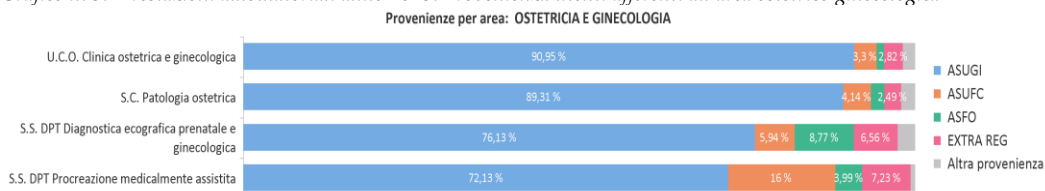


Grafico n. 5. Prestazioni ambulatoriali anno 2023. Provenienza utenti afferenti all'area ostetrico ginecologica



## 2. LINEE DI INTERVENTO

---

### 2.1 GESTIONE DELL'OFFERTA

La possibilità di garantire nei tempi necessari l'accesso alle prestazioni è fortemente legata alla capacità del sistema di definire il fabbisogno dei propri assistiti (dimensionamento e tipologia delle prestazioni) e di differenziare i canali di accesso, così da rispondere alle diverse espressioni della domanda, rimodulando all'occorrenza e tempestivamente l'offerta prevista.

#### ORGANIZZAZIONE DELL'OFFERTA

Con l'ausilio del Servizio Gestioni prestazioni sanitarie e di tutte le articolazioni organizzative (SC, SSD, SS), la Direzione Sanitaria dell'Istituto produce annualmente il piano delle prestazioni erogabili, definendone i volumi, suddivisi tra prime visite, primi esami diagnostici e strumentali, prestazioni di presa in carico, controlli e follow up, in risposta ai fabbisogni previsti.

Nel corso del 2023, l'organizzazione dell'offerta di specialistica ambulatoriale dell'Istituto sarà rivista per garantire:

1. la corretta e snella gestione dei percorsi outpatients interni, ossia ai pazienti presi in carico dagli specialisti dell'IRCCS dopo il primo accesso
2. la risposta alla domanda di primo accesso proveniente dalla regione
3. la risposta alla domanda di primo accesso per prestazioni di alta specializzazione per pazienti provenienti da altre regioni italiane, in virtù del ruolo dell'Istituto sul panorama nazionale.

Le prestazioni afferenti alle diverse tipologie saranno prenotabili in agende dedicate e separate, le prime a gestione interna, quelle ad alta specializzazione e di primo accesso, aperte anche ai punti di prenotazione esterni (CUP aziendali, Call Center, Farmacie).

#### DIMENSIONAMENTO DELL'OFFERTA

Il dimensionamento dell'offerta potrà essere stimato solo dopo che siano stati definiti gli ambiti territoriali di erogazione, che costituiscono riferimento per la valutazione dei tempi di attesa nel rispetto degli standard SSR.

Il Piano delle prestazioni erogabili terrà, tuttavia, conto delle seguenti indicazioni.

##### **PRESTAZIONI DI PRIMO ACCESSO**

##### **Prestazioni con ambito territoriale di erogazione corrispondente ad ASUGI**

La quota di prestazioni di primo accesso verrà dimensionata basandosi sulle prescrizioni di primo accesso richieste dai prescrittori dall'area triestina di ASUGI.

##### **Prestazioni con ambito territoriale di erogazione corrispondente alla Regione FVG**

Si tratta di attività di alta specializzazione, riservata alle seguenti tipologie di pazienti:

- Pazienti provenienti da altre aziende sanitarie regionali. Il dimensionamento di questa quota di offerta verrà effettuato a partire dalla valutazione dei volumi erogati (quindi su base storica) a pazienti regionali.
- Pazienti con complessità clinica e/o complessità di trattamento che provengono da altre regioni. Il dimensionamento di questa quota verrà effettuato a partire dalle prescrizioni di primo accesso dei medici extra Regione FVG.

##### **PRESA IN CARICO**

La quota di prestazioni di presa in carico sarà dimensionata a partire dalla quantificazione dei volumi prescritti dagli specialisti dell'Istituto.

#### SEPARAZIONE DEI CANALI DI ACCESSO

Il governo dell'offerta prevede una separazione fra primi accessi e prese in carico e tra i primi accessi e accessi successivi, dimensionandone i relativi fabbisogni, adeguando le disponibilità in agenda e gestendo la prenotazione attraverso canali distinti.

Una distinzione netta tra le agende di presa in carico e le agende di prenotazione dei primi accessi garantisce che le prenotazioni delle prese in carico non vadano ad occupare posti disponibili per i primi accessi, allungandone impropriamente i tempi di attesa.

La corretta gestione della presa in carico prevede che le attività riferite a questa tipologia di pazienti sia programmata su agende specifiche a gestione interna, con apertura temporale sufficiente a prenotare appuntamenti di approfondimento, di controllo o follow up secondo la tempistica definita dal clinico. Il paziente al quale viene "programmata" la presa in carico non avrà più la necessità di trovare canali alternativi di prenotazione. Questo consente sia di ridurre il disagio per l'utente, sia di evitare l'alimentazione inappropriata della domanda di primo accesso.

La definizione ed i criteri di utilizzo per prestazioni di prima visita e visita di controllo sono i seguenti:

*Nella prima visita "il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o che presenta un'evoluzione imprevista della malattia".*

È la modalità ordinaria attraverso la quale il paziente accede ad una struttura sanitaria per un nuovo problema clinico.

È prescritta dal PLS o dal MMG come primo accesso e prenotata attraverso tutti i punti di prenotazione regionali su agende di primo accesso.

Può essere prescritta anche dal Medico Specialista che ha bisogno di una consulenza di branca diversa da quelle di afferenza.

In questo caso, deve essere programmata sui circuiti di presa in carico (non quindi mediante il CUP regionale, ma utilizzando i servizi di prenotazione interni). Nella richiesta di prescrizione dematerializzata dovrà essere riportata la dicitura "altra tipologia di accesso".

*Nella visita di controllo "un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio in un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico e la documentazione scritta esistente viene aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Il momento di esecuzione della visita di controllo deve essere indicato nella prescrizione medica".*

È prescritta dal Medico Specialista per i controlli e il follow-up garantiti dalla Struttura di afferenza del clinico ed è prenotata direttamente dalla struttura contestualmente alla prescrizione attraverso agende di presa in carico.

È la modalità ordinaria attraverso la quale una Struttura gestisce la presa in carico

La suddivisione dei flussi è propedeutica alla organizzazione dell'offerta. Pertanto, le articolazioni organizzative (SC, SSD e SS), in collaborazione con il Servizio gestione prestazioni sanitarie e la Direzione Sanitaria, valutati i carichi di lavoro e tramite riorganizzazione dell'offerta interna, sono chiamate a garantire:

- una quota di offerta a prenotazione interna, aperta con orizzonte temporale sufficiente a soddisfare le domande di prestazioni correlate alle prese in carico, ai controlli ed ai follow up
- una quota di offerta da destinare ai primi accessi in modo da collaborare con ASUGI e le altre aziende sanitarie della Regione alla erogazione delle prestazioni previste nel PRGLA nei tempi previsti, per le classi U, B, D e P
- una quota di offerta da destinare ai primi accessi dei pazienti che rientrano (per età anagrafica e/o per quesito clinico), nelle patologie di alta specializzazione che devono essere garantite dall'IRCCS anche a pazienti provenienti da altre regioni.

## GESTIONE DELLE AGENDE

L'offerta complessiva dell'Istituto viene definita e modulata sulla base degli esiti del monitoraggio aziendale dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

Alla luce del delta evidenziato fra domanda ed offerta, la Direzione Sanitaria, il Responsabile del Servizio Gestione prestazioni sanitarie e i responsabili delle articolazioni organizzative, provvedono a controllare ed eventualmente a riportare in equilibrio la domanda e l'offerta.

#### Composizione dell'offerta

Come previsto dalla normativa nazionale e regionale, le agende di prenotazione sono differenziate per tipologia di accesso e per classe di priorità.

La gestione informatica delle agende di prenotazione delle prestazioni erogate dall'Istituto consente di presidiare la gestione dell'offerta, prevedendo:

- il rispetto delle regole di gestione dell'offerta, (separazione di primi accessi e presa in carico, suddivisione per classi di priorità, overbooking, sistema di recupero dell'offerta)
- la garanzia di una soglia minima di offerta settimanale da garantire con continuità, con apertura annuale
- la semplificazione dei criteri di accesso.

Alla gestione delle agende si associa una attività costante di monitoraggio delle agende di prenotazione e di individuazione di quelle che presentano problemi di accesso, al fine di trovare soluzioni per la standardizzazione ed il miglioramento continuo dell'offerta.

L'accesso alla prenotazione delle prestazioni presenti sul sistema CUP erogate dall'Istituto viene garantito ai cittadini attraverso una molteplicità di canali:

- sportelli CUP aziendale
- farmacie
- Call Center
- on line
- strutture operative.

#### Revisione delle agende di prenotazione

Le agende di prenotazione sono oggetto di costante rimodulazione, che riguarda sia la tipologia che la suddivisione delle prestazioni per modalità di accesso e per priorità, con l'obiettivo di adeguare il pattern erogativo alla domanda.

Nel caso dell'Istituto, le valutazioni possibili riguardano il solo erogato, attraverso il quale non è possibile stimare con attendibilità il reale fabbisogno, che dipende dalla attitudine prescrittiva dei medici. È auspicabile una regia sovraziendale che consenta di valutare le prescrizioni dei medici dell'intero circuito regionale.

#### Overbooking

L'Istituto attiverà, in casi selezionati, laddove risulta più frequente la mancata presentazione degli utenti prenotati, l'*overbooking*, ossia l'inserimento nell'agenda di un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro dell'ambulatorio. Si stima che, anche nel 2024, con tale modalità sarà ampliata l'offerta delle prestazioni traccianti di circa 1%.

#### Sospensione dell'erogazione

L'Istituto effettua un monitoraggio continuo degli eventi di sospensione non programmati e, nel caso in cui la sospensione determini l'impossibilità di erogare la prestazione, provvede a darne comunicazione alla Regione.

Nel caso di sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale causata da forza maggiore, le strutture eroganti adottano misure organizzative volte al recupero di eventuali sedute annullate, minimizzando i disagi per l'utenza, anche ricorrendo al coinvolgimento del privato accreditato.

In nessun caso può essere interrotta l'attività di prenotazione.

## 2.2 GESTIONE DELLA DOMANDA

L'organizzazione dell'offerta si basa sulla conoscenza della domanda, che consente di predisporre un piano di produzione proporzionato alla richiesta per tipologia e volumi.

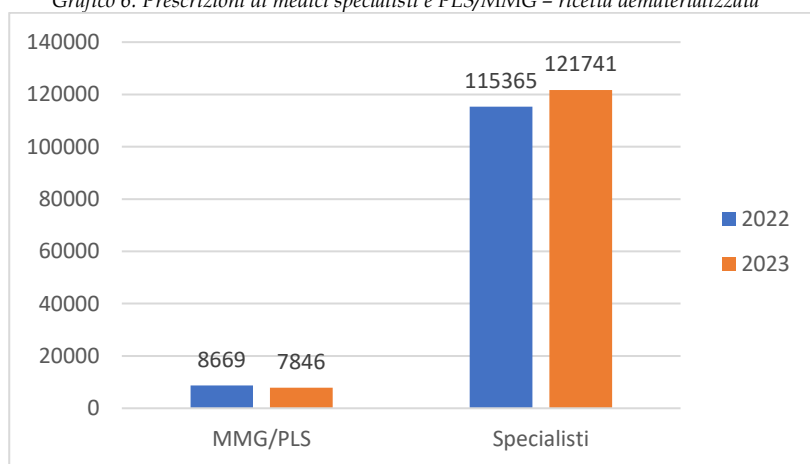


Una stima della domanda viene condotta tramite l'analisi delle prescrizioni dematerializzate che, come rimarcato dal PRGLA 2019 - 2021, oltre ad essere un obbligo previsto a livello nazionale, sono l'unico strumento in grado di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi.

Nella prescrizione dematerializzata, infatti, è d'obbligo indicare: il quesito diagnostico, la tipologia di accesso e la classe di priorità appropriata alla gravità del quadro clinico.

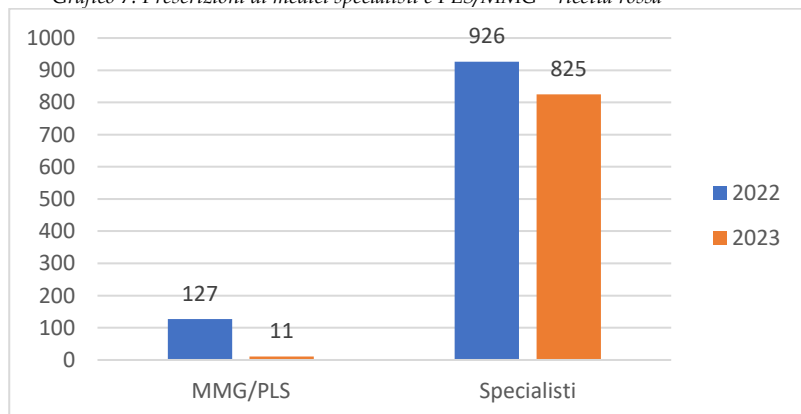
Di seguito, si rappresentano i volumi di prescrizione da parte degli specialisti aziendali e dei PLS/MMG a confronto, con evidenza di una incrementale presa in carico del cittadino da parte degli specialisti nell'ambito di percorsi di cura.

Grafico 6. Prescrizioni di medici specialisti e PLS/MMG - ricetta dematerializzata



Dati estratti dal cruscotto regionale sas vanalytic <https://vanalytics.regione.fvg.it>

Grafico 7. Prescrizioni di medici specialisti e PLS/MMG - ricetta rossa



## QUESITO DIAGNOSTICO

Il Medico prescrittore, tramite il quesito diagnostico, deve descrivere al Medico erogatore il problema di salute che motiva la richiesta.

## TIPOLOGIA DI ACCESSO

Il primo accesso e la presa in carico sono due diverse modalità di presentazione del paziente ai servizi sanitari e devono pertanto essere gestiti con percorsi distinti.

### Primo accesso

Per prima visita o primo accesso, si intende:

1. Il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia la prima visita o il primo esame di diagnostica strumentale;
2. Nel caso di paziente cronico, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

**Il primo accesso, di norma, è prescritto dal MMG/PLS**, che attraverso il quesito diagnostico giustifica il bisogno e la tempistica dell'erogazione della prestazione, che viene definita attraverso l'indicazione della priorità clinica.

È prima visita/primo accesso anche la prestazione di approfondimento erogata da medico di branca specialistica diversa rispetto a quella del medico di primo contatto, a completamento del quadro clinico. *Tuttavia, secondo quanto previsto dal presente documento, gli specialisti dell'Istituto, che prescrivono una ulteriore prima visita, di branca diversa, o una prestazione diagnostica/terapeutica/riabilitativa al paziente visitato in primo accesso, devono compilare la prescrizione, utilizzando come tipo di accesso "Altro accesso" e prenotare, tramite i servizi di prenotazione interni, l'appuntamento nei tempi ritenuti congrui dal punto di vista clinico.*

Prestazioni di altro accesso: presa in carico e visite di controllo/follow up

Per prestazioni di altro accesso, si intende

1. La visita o prestazione di controllo/ di follow-up in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza
2. La visita o la prestazione richiesta dal Medico Specialista per un approfondimento in pazienti presi in carico.

Le prestazioni successive al primo accesso, quando ritenute necessarie e se non diversamente richiesto dall'utente, devono essere prescritte **dal medico specialista** che ha in carico il paziente, senza che questo sia rimandato al MMG/PLS, e prenotate, secondo le tempistiche indicate dallo specialista o stabilite dai protocolli di riferimento, contestualmente alla visita effettuata.

#### CODICI DI PRIORITÀ

La classe di priorità è riferita all'insieme delle prestazioni della stessa ricetta ed è identificativa della gravità e dell'urgenza del quadro clinico del paziente. È obbligatorio inserire questa informazione in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale di **primo accesso**.

Il tempo massimo di attesa individuato dalle priorità è il seguente:

- Priorità U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro le 72 ore
- Priorità B (Breve): da eseguire entro 10 gg
- Priorità D (Differibile): da eseguire entro 30 gg per le prime visite e entro i 60 gg per gli accertamenti strumentali
- Priorità P (Programmata): da eseguire entro i 120 gg.

Il tempo di attesa decorre dal momento di contatto dell'utente con il sistema di prenotazione.

Le prestazioni con tipo accesso "altra tipologia di accesso" (presa in carico e controllo/follow up) non devono riportare il codice di priorità, ma direttamente "la tempistica di programmazione della prestazione" espressa in giorni o mesi a partire dalla prescrizione.

In casi particolari possono essere concordati con i PLS alcuni RAO che consentano di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche sulla base di esplicite indicazioni cliniche.

#### I RAO

L'individuazione nella prescrizione della tipologia di accesso e delle classi di priorità non è applicata del tutto correttamente dai medici prescrittori. In particolare, risulta elevato il ricorso alla prescrizione in priorità che, nel confronto con i protocolli RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) approvati a Agenas e diffusi in Regione, risulta non appropriata.

Le azioni di governo della domanda competono prevalentemente alle Aziende per l'Assistenza Sanitaria, per la parte di prescrizione garantita dai MMG, dai PLS e dai medici specialisti che indirizzano i pazienti alle strutture del Burlo.

Per quanto riguarda l'attività prescrittiva garantita dai medici specialisti dell'Istituto, continuerà l'attività formativa, in particolare quella finalizzata a far comprendere la necessità di prescrivere direttamente gli approfondimenti e le visite di controllo successive alla prima, come presa in carico.

Continuerà, inoltre, la strutturazione dei percorsi di prenotazione interna da parte delle strutture eroganti.

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva

La Regione ha promosso il modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come strumento di governo della domanda, allegando alla DGR 1815/2019 il documento "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO", prodotto dall'Agenas.

Considerata la difficoltà di conseguire un corretto utilizzo dei criteri di priorità da parte dei prescrittori in mancanza di uno strumento informatico che supporti la scelta della priorità meglio correlata al quesito clinico, risulta necessario proseguire e intensificare le verifiche ex post del rispetto delle regole e dei percorsi di appropriatezza prescrittiva.

La verifica riguarderà alcune prestazioni identificate fra quelle con i maggiori tempi di attesa, con rilevazione di:

- priorità utilizzata
- presenza del quesito diagnostico
- concordanza fra priorità e quesito diagnostico
- esito dell'esame, correlato con il quesito diagnostico.

I dati, aggregati per medico prescrittore, struttura ed altri attributi ricavabili dall'anagrafe prescrittori, saranno oggetto di audit che coinvolgeranno, con il supporto di ASUGI, anche i medici prescrittori di tale Azienda, allo scopo di promuovere il confronto e migliorare il rispetto dei criteri di priorità.

PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO DA PARTE DELLO SPECIALISTA

Il PRGLA 2019-2021 ribadisce che le visite/prestazioni di controllo e di follow up e le prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutico assistenziali, se non diversamente richiesto dall'utente, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita effettuata.

In Istituto, tutti gli specialisti hanno la possibilità di gestire direttamente la richiesta delle visite di controllo, consulenze e di eventuali indagini diagnostiche/prestazioni terapeutiche. L'applicazione puntuale di questa modalità evita ai pazienti di recarsi dal MMG/PLS per la trascrizione degli esami ritenuti necessari e di ricorrere al CUP per la prenotazione, avendo accesso alle prestazioni attraverso un meccanismo di presa in carico diretta.

Stante l'implementazione della presa in carico, risulta particolarmente importante prevedere una costante revisione del fabbisogno delle prestazioni a prescrizione e a prenotazione diretta (presa in carico) per predisporre una configurazione dell'offerta che permetta la adeguata gestione di primi accessi e accessi successivi di presa in carico.

In questo contesto si inseriscono anche i progetti avviati, a livello regionale e aziendale, di integrazione tra i professionisti delle Aziende per la costruzione delle reti di patologia e la definizione di Percorsi diagnostico terapeutici utili al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche e alla garanzia della continuità ospedale-territorio.

Ruolo strategico, per quanto riguarda questo aspetto, è giocato dalla Rete pediatrica regionale, il cui coordinamento è in capo all'Istituto, che ha fra i propri obiettivi, quello definire, condividere e formalizzare percorsi diagnostico-terapeutici nell'ambito di team multidisciplinari e multiprofessionali, in particolare nelle filiere della oncematologia pediatrica, dell'urgenza emergenza in pediatria e delle cure palliative pediatriche.

Prenotazione del secondo accesso-presa in carico

In tutti i casi di prescrizioni di una prestazione all'interno di un percorso di presa in carico, il tipo di accesso da evidenziare nella richiesta dematerializzata dovrà essere "altro accesso". Non deve essere specificata la priorità clinica, ma individuato esplicitamente il tempo massimo entro il quale la prestazione deve essere garantita.

La prescrizione dematerializzata da parte dello specialista Burlo esprime l'effettiva presa in carico del paziente. La prescrizione si completa con la responsabilità della struttura di provvedere alla prenotazione delle prestazioni ulteriori secondo le tempistiche cliniche di riferimento e indicate nella prescrizione. La prenotazione delle prestazioni successive al primo accesso e di controllo o follow-up può essere realizzata nel contesto organizzativo in cui opera il Medico specialista, direttamente dallo stesso Dirigente Medico o dal personale di assistenza o di supporto amministrativo, o dal CUP aziendale.

#### Day Service

La DGR n. 600 del 31 marzo 2017 - Attivazione e regolamentazione del Day Service - introduce un modello organizzativo utilizzato per la gestione della casistica complessa nel setting ambulatoriale e finalizzato al superamento della frammentarietà dell'erogazione delle prestazioni e alla garanzia di risposte in tempi appropriati.

In Istituto questa modalità di presa in carico non è stata implementata, a causa di alcune difficoltà legate alla prenotazione ed alla rendicontazione dell'attività. Nel corso del 2024, si valuteranno con gli interlocutori istituzionali, le modalità con le quali questo modello potrà essere esteso ad ulteriori ambiti.

#### AMBITI DI GARANZIA

L'ambito di erogazione di una prestazione all'interno del quale devono essere assicurati i tempi massimi di attesa è rappresentato, secondo il PRGLA, dal territorio dell'Azienda sanitaria di residenza/domicilio dell'assistito. Fanno eccezione le prestazioni erogate dai soli presidi di 2° livello, per le quali l'ambito di garanzia si estende ai territori delle Aziende che non dispongono di quell'offerta o al territorio della regione. La definizione dell'ambito di garanzia dell'Istituto costituisce un necessario riferimento per una programmazione delle attività coerente con la domanda propria di quell'ambito, ai fini del rispetto degli standard SSR sui tempi di attesa.

#### Utenti residenti al di fuori dell'ambito di garanzia

La natura di IRCCS prevede che l'attività specialistica sia accessibile anche a piccoli pazienti residenti al di fuori dell'ambito di garanzia, in particolare in altre Regioni o Stati.

A questi cittadini, ai quali può non essere assicurato il rispetto dei tempi massimi di attesa, il Burlo riserva comunque una quota di prestazioni di primo accesso, definita attraverso la valutazione dei volumi annualmente erogati a pazienti regione. Al momento non è prevista la presenza di agende dedicate a quest'utenza e precluse ai residenti in ambito di garanzia.

### 3. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Come previsto dal PRGLA, *“la garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione, in funzione dell'offerta che l'azienda di residenza/domicilio garantisce ai propri assistiti. Nel caso di prestazioni di primo accesso con priorità (B, D o P) ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti”*.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

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

Il cittadino che rifiuta la proposta di un appuntamento offerto nell'ambito territoriale di garanzia, perde il diritto di garanzia.

### 3.1 PERCORSI DI TUTELA

La Linea D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale delle Linee di Gestione 2024 richiama la necessità che, preliminarmente alla adozione da parte degli IRCCS regionali di un regolamento contenente i criteri, strumenti e percorsi per assicurare il diritto di garanzia al cittadino, prevista per il 30.06.2024, la DCS definisca il ruolo degli IRCCS e dell'utilizzo del privato accreditato e agli accordi contrattuali regionali e che ARCS approvi le Linee guida per la stesura del regolamento aziendale per assicurare il diritto di garanzia al cittadino.

Nelle more della definizione di quanto soprariportato, nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti, la Direzione Sanitaria (tramite Il Servizio Gestione delle Prestazioni sanitarie) attiva il seguente "Percorso di Tutela", finalizzato a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti:

1. verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della congruenza del criterio di priorità con il quesito diagnostico/sospetto clinico, confrontandosi con lo specialista di riferimento
2. in caso di conferma della correttezza della prescrizione, si procede attraverso:
  - a. la ricerca di ulteriori spazi disponibili in Istituto e nel SSR
  - b. l'utilizzo di potenziali posti liberi nelle agende di presa in carico
  - c. l'eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea dell'offerta.

Al termine dell'iter, all'utente viene proposta la prima disponibilità trovata che, comunque, non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione. Qualora non si riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, al fine della rimodulazione dell'offerta, sono adottati i seguenti ulteriori interventi:

- rilevazione ogni 24/48 ore dei posti disponibili finalizzata alla erogazione della prestazione nei tempi previsti
- rimodulazione della distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda
- eventuale acquisto, concordato con i professionisti, di prestazioni aggiuntive, ai sensi dell'art. 115 del CCNL del 19/12/19 della dirigenza sanitaria del S.S.N.

Tali percorsi alternativi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione delle prestazioni nei tempi prefissati e non prevedono pertanto la libera scelta dell'erogatore da parte dell'utente.

Nelle more della disponibilità di indicazioni regionali sull'ambito di garanzia degli IRCCS, enti erogatori e non Azienda di residenza/ domicilio, e sul ruolo di questi ultimi nel percorso di tutela a garanzia dei tempi di attesa, non si prevede la possibilità di effettuare la prestazione per la quale non sono rispettati i tempi in libera professione con oneri a carico dell'Ente.

L'attivazione di attività aggiuntiva al fine di adeguare in modo tempestivo ed efficace i livelli di offerta alla domanda spetta alla Direzione Sanitaria, conseguita l'autorizzazione della DCS.

Nel caso in cui si evidenzino criticità nel rispetto dei tempi di attesa, l'Istituto svolge dei controlli sull'equilibrio dell'offerta tra agende ALPI e attività SSN, per verificare se vi sono i presupposti per un'eventuale sospensione dell'attività libero-professionale a favore dell'attività istituzionale.

## 4. MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

---

L'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP ha in carico la verifica e la correzione mensile del flusso SIASA (vedi punto 1.11 del capitolo sui ricoveri).

## 5. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

---

### 5.1 TEMPI MASSIMI DI ATTESA

Il tempo di attesa è definito come il tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione.

Priorità	Tempo (in gg)	Valore soglia
B (breve)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
D (differita)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni
P (programmata)	- dall'1/1/2020 è considerata da eseguirsi in 120 giorni e il monitoraggio sarà esteso anche a questa priorità	Almeno 90% delle prenotazioni dall'1/1/2020

## 5.2 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche - terapeutiche (prestazioni di primo accesso, richieste con priorità clinica). Sono escluse dai monitoraggi tutte le prestazioni proprie del percorso di presa in carico ed etichettate come "Altro accesso".

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ed erogate dall'Istituto sono le seguenti (allegato 1 della delibera 1815/2019):

Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG
01-Prima Visita cardiologica	89.7	89.7A.3	89.7A.3
03-Prima Visita endocrinologica	89.7	89.7A.8	89.7A.8
04-Prima Visita neurologica	89.13	89.13	89.13
05-Prima Visita oculistica	95.02	95.02	95.02
06-Prima Visita ortopedica	89.7	89.7B.7	89.7B.7
07-Prima Visita ginecologica	89.26	89.26.1	89.26
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	89.7B.8	89.7B.8
09-Prima Visita urologica	89.7	89.7C.2	89.7C.2
10-Prima Visita dermatologica	89.7	89.7A.7	89.7A.7
12-Prima Visita gastroenterologica	89.7	89.7A.9	89.7A.9
13-Prima Visita oncologica	89.7	89.7B.6	89.7B.6
14-Prima Visita pneumologica	89.7	89.7B.9	89.7B.9
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
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 completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
48-Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49-Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
56-Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44	89.44
60-Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61-Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62-Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
63-Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
65-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1
66-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1
67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
71-Visita algologica			

La normativa attualmente vigente è rappresentata dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021, la DGR n.2034/2015 e la DGR n. 1815/2019.

Sono oggetto di monitoraggio anche ulteriori prestazioni il cui monitoraggio è previsto dalla programmazione regionale (ad esempio: visita algologica; prestazioni odontoiatriche, ecc.).

I monitoraggi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia a livello regionale sia per obblighi informativi nazionali, sono suddivisi in base alla modalità di rilevazione in:

**Monitoraggio ex-ante:** rilevazione prospettiva dei tempi di attesa, comunicati al cittadino al momento della prenotazione di una prestazione.

**Monitoraggio ex-post:** rilevazione dei tempi di attesa retrospettiva, ottenuta calcolando la differenza tra data di prenotazione e data di erogazione effettiva per le prestazioni già effettuate.

Nelle more della definizione dell'ambito di garanzia delle prestazioni garantite dall'Istituto, il bacino di riferimento nella valutazione del rispetto dei tempi di attesa garantiti dal Burlo è quello dei residenti/domiciliati nella regione FVG.

La valutazione regionale della garanzia dei tempi di attesa fa riferimento al tempo di attesa ex ante. Internamente, a supporto delle decisioni da parte della Direzione Strategica, sono inoltre attivati:

- monitoraggi ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale con cadenza mensile
- monitoraggi ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale con cadenza mensile

- monitoraggi ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale con cadenza mensile.

Le prestazioni oggetto di monitoraggio individuate dal PRGLA 2019-2021 sono integrate da altre considerate critiche e stabilite dalla Direzione sanitaria.

Per le finalità interne, nei monitoraggi non si applicano pesi diversi all'utenza regionale ed extraregionale, dato che per valutare l'efficienza della presa in carico viene considerata tutta l'utenza.

### 5.3 MONITORAGGIO VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LP

Dall'esame dell'attività svolta nel 2022 emerge che l'attività Libero Professionale intramuraria in regime ambulatoriale ha, nella realtà dell'Istituto, una dimensione contenuta e non critica, costituendo il 5.4% della casistica.

L'Istituto provvederà a garantire un monitoraggio comparativo dei tempi di attesa relativi a prestazioni istituzionali e in regime libero professionale, per assicurare trasparenza ed equità di accesso.

## 6. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

---

### 6.1 MANCATA PRESENTAZIONE/DISDETTA DEL CITTADINO

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

L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 3 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15).

Nel 2022 l'Istituto non ha inviato sanzioni amministrative attribuibili a mancate disdette o mancate presentazioni a visite ed esami.

### 6.2 MANCATO RITIRO

Il mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro i trenta giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all'intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

### 6.3 VALIDITÀ DELLA PRIORITÀ DI ACCESSO

L'utente s'impegna ad accedere al sistema di prenotazione entro:

- 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, l'operatore non procede alla prenotazione e indirizza l'utente al medico prescrittore per una rivalutazione.



## PARTE B. RICOVERI PROGRAMMATI

### 7. ANALISI DEL CONTESTO

#### 7.1 ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

La percentuale di rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia programmata (tabella 4), monitorata retrospettivamente su SDO dal 2019 ad oggi, risulta in progressivo miglioramento soprattutto per quanto riguarda gli interventi in priorità A, essendo passata dal 60,19% del 2019 al 87,69% del 2023. Questo miglioramento riguarda in particolare gli interventi chirurgici per tumore maligno dell'utero, l'intervento con la maggiore numerosità. Rimane bassa, seppur in netto miglioramento, la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi in priorità B e C (72,73% e 60,00%, rispettivamente).

Tabella 4. Rispetto dei Tempi di attesa. Anni 2019-2021-2022-2023

INTERVENTI	A				B				C				D			
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
<b>Totale</b>	<b>62</b>	<b>103</b>	<b>60,19</b>	<b>28,35</b>	<b>33</b>	<b>51</b>	<b>64,71</b>	<b>59,43</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>	<b>75,68</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>66,67</b>	<b>380,00</b>
Biopsia percutanea del Fegato	10	11	90,91	15,36	5	6	83,33	35,67	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	2	2	100,00	1,50	1	1	100,00	52,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	33	69	47,83	33,45	1	1	100,00	34,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	17	21	80,95	20,95	26	43	60,47	63,51	22	22	100,00	75,68	2	3	66,67	380,00

INTERVENTI	A				B				C			
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
<b>Totale</b>	<b>82</b>	<b>116</b>	<b>70,69</b>	<b>27,95</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>5,71</b>	<b>104,34</b>	<b>4</b>	<b>18</b>	<b>22,22</b>	<b>215,50</b>
Biopsia percutanea del Fegato	10	13	76,92	22,15	2	2	100,00	7,50	2	2	100,00	102,50
Colecistectomia laparoscopica	1	1	100,00	21,00	0	1	0,00	71,00	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	51	70	72,86	23,07	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	6	7	85,71	13,71	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	14	25	56,00	48,88	0	32	0,00	111,44	2	16	12,50	229,63

INTERVENTI	A				B				C				D			
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
<b>Totale</b>	<b>96</b>	<b>125</b>	<b>76,80</b>	<b>22,18</b>	<b>6</b>	<b>32</b>	<b>18,75</b>	<b>119,41</b>	<b>9</b>	<b>25</b>	<b>36,00</b>	<b>283,28</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>	<b>201,17</b>
Biopsia percutanea del Fegato	6	7	85,71	11,71	1	2	50,00	58,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	3	5	60,00	33,00	0	1	0,00	63,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	100,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	41	53	77,36	22,34	0	1	0,00	80,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	15	15	100,00	11,60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	29	43	67,44	26,81	5	28	17,86	127,21	9	25	36,00	283,28	6	6	100,00	201,17

INTERVENTI	A				B				C				D			
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
<b>Totale</b>	<b>114</b>	<b>130</b>	<b>87,69</b>	<b>19,91</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>72,73</b>	<b>62,97</b>	<b>6</b>	<b>10</b>	<b>60,00</b>	<b>212,70</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>749,00</b>
Biopsia percutanea del Fegato	7	8	87,50	17,25	1	1	100,00	43,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	1	2	50,00	45,00	0	1	0,00	81,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	100,00	6,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	69	75	92,00	17,51	1	1	100,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	1	1	100,00	6,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	35	43	81,40	24,07	22	30	73,33	64,90	6	10	60,00	212,70	0	1	0,00	749,00

#### 7.2 VOLUMI EROGATI

Nel corso del 2022 è stato registrato un aumento dei ricoveri con DRG chirurgico (tabella 5), anche grazie alle progettualità avviate a partire dal 2021 per migliorare il percorso chirurgico e l'utilizzo delle sale operatorie. I risultati avrebbero probabilmente potuto essere anche migliori, se non si fosse mantenuto, anche nel corso del 2023, l'effetto dell'emergenza pandemica, che ha causato la frequente sospensione degli interventi in pazienti risultati positivi allo screening al momento del ricovero.

Tabella 5. Volumi ricoveri con DRG chirurgico. Anni 2019-2023

	2019	2021	2022	2023
CHIRURGIA	2154	1990	2384	2534
Oatetricia e ginecologia - senza DRG 381	1155	1146	1315	1193
DRG 381	309	216	212	203
<b>TOTALE</b>	<b>3618</b>	<b>3352</b>	<b>3911</b>	<b>3930</b>

Il trend dei volumi erogati nel 2019 - 2023 per le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa è riportato in tabella 6.

Tabella 6. Volumi interventi monitorati anni 2019, 2021, 2022 e 2023

ANNO	2023	2022	2021	2019
PRESTAZIONE	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
<b>Totali</b>	<b>174</b>	<b>188</b>	<b>169</b>	<b>179</b>
Biopsia percutanea del Fegato	9	9	17	17
Colecistectomia laparoscopica	3	6	2	3
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	76	54	70	70
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella*	1	15	7	-
Riparazione ernia inguinale	84	102	73	89

Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

\*attività eseguita presso il Burlo da professionisti ASUGI per recupero liste d'attesa

In tabella 7 sono riportati i volumi degli interventi oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa relativi all'anno 2023, suddivisi per priorità.

Tabella 7. Volumi interventi monitorati anno 2023 per priorità

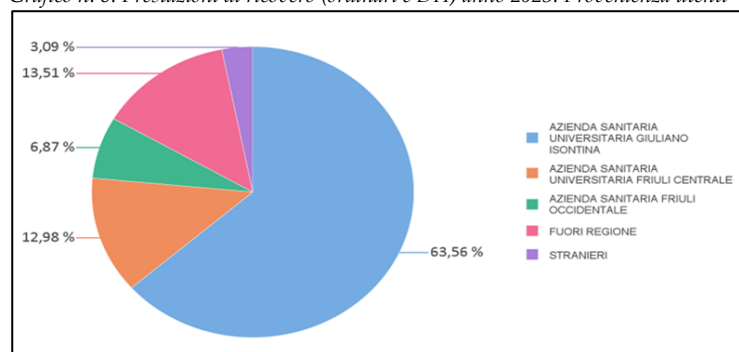
2023	A	B	C	D
INTERVENTI	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
<b>Totali</b>	<b>130</b>	<b>33</b>	<b>10</b>	<b>1</b>
Biopsia percutanea del Fegato	8	1	-	-
Colecistectomia laparoscopica	2	1	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	75	1	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella*	1	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	43	30	10	1

Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

\*attività eseguita presso il Burlo da professionisti ASUGI per recupero liste d'attesa

Nel grafico n. 8 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un ricovero al Burlo nel 2023. Circa il 16.5% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico n. 8. Prestazioni di ricovero (ordinari e DH) anno 2023. Provenienza utenti



## 8. LINEE DI INTERVENTO

---

### 8.1 MODALITÀ DI ACCESSO

Le modalità di accesso alle prestazioni chirurgiche programmate sono definite dalla procedura aziendale “Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in regime di ricovero”, approvata nel 2023.

Così come previsto dall’Accordo di cui alla *Conferenza Stato Regioni del 9 luglio 2020 “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”*, la procedura prevede l’introduzione della lista di attesa relativa alla “Presa in carico”, nella quale sono inseriti i pazienti per i quali è stata posta un’indicazione chirurgica, ma che devono ancora completare l’iter diagnostico, effettuare trattamenti farmacologici o terapie adiuvanti o attendere un tempo di osservazione/valutazione prima dell’intervento. Il paziente presente in una lista di presa in carico viene trasferito alla lista di attesa non appena risulta idoneo all’intervento chirurgico.

L’inserimento in lista avviene, presso tutte le strutture, tramite valutazione clinica. Al paziente viene consegnata una Dichiarazione di inserimento in lista, che contiene le generalità del paziente (indirizzo, telefono, fax), la diagnosi, il tipo di intervento chirurgico proposto, il codice di priorità secondo i criteri previsti dalla Struttura e la data di prenotazione.

### 8.2 AMPLIAMENTO DEL MONITORAGGIO

L’applicativo ADT per la gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri programmati è stato introdotto in Istituto da alcuni anni. Le procedure per il suo utilizzo a regime sono state diffuse e applicate nel 2020.

Il flusso informativo, utile alla valutazione delle liste di attesa e della capacità delle strutture di dare risposta nei tempi massimi definiti dalle classi di priorità assegnate, è alimentato da tutti i ricoveri programmati dalle strutture di ricovero dell’Istituto, fornendo un quadro di insieme del fabbisogno di sedute operatorie indispensabile per una programmazione dell’attività chirurgica che tenga conto delle effettive esigenze.

Gli obiettivi sul rispetto dei tempi di attesa degli interventi chirurgici sono declinati nel budget di tutte le Strutture Chirurgiche dell’Istituto, al fine di responsabilizzare i professionisti coinvolti.

### 8.3 CRITERI CONDIVISI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

Sono monitorati i DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” per gli interventi eseguiti in regime di ricovero ordinario e diurno, da tutte le strutture erogatrici dell’Istituto, prevedendo incontri con i clinici, per la divulgazione dei dati e la individuazione di eventuali azioni di miglioramento (DGR n. 182 del 2.2.2018 “Revisione del sistema regionale dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie”).

In un contesto di progressiva deospedalizzazione, sarà importante implementare il numero e la tipologia degli interventi eseguibili in setting di chirurgia ambulatoriale, definendo le procedure che consentano un ritorno al domicilio in tutta sicurezza entro la stessa giornata dell’intervento. Questo consentirà di mantenere gli standard di qualità, di controllare il rischio, di abbassare i tempi e di lasciare spazio al regime di ricovero per interventi a più alta complessità.

### 8.4 IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PREOPERATORI

La già citata Procedura “Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in regime di ricovero” ha ridefinito le modalità di gestione del paziente nel preoperatorio.

Tale procedura prevede che tutte le strutture erogatrici esplicitino, in una Procedura da depositare in Direzione sanitaria, le principali patologie affrontate nella Struttura, specificandone la classe di priorità A, B, C, o D di afferenza, così da creare i presupposti per una sostanziale omogeneità e coerenza interna nella specificazione del tempo massimo di attesa del paziente.

La stessa procedura specifica che le prestazioni sanitarie erogabili in prericovery, dopo l’inserimento nella lista di attesa, sono quelle strettamente correlate al ricovero e finalizzate a stabilire l’idoneità

all'intervento chirurgico. Non è appropriata la modalità organizzativa del prericovero per l'erogazione di prestazioni volte alla valutazione della eleggibilità del paziente all'intervento chirurgico (es: valutazione dell'operabilità di un paziente con neoplasia) o alla definizione diagnostica/stadiazione.

La gestione della fase di prericovero è attribuita ai servizi di prericovero, che, sulla base di percorsi e procedure per la preparazione dei pazienti inseriti in lista d'attesa, organizzano gli accessi del paziente in base alla data presunta di ricovero per la valutazione dell'idoneità all'intervento e del rischio anestesilogico.

## 8.5 INTEGRAZIONE DI PROCEDURE DI PRENOTAZIONE E PROGRAMMAZIONE

In Istituto, i sistemi informatici per gestione delle liste di attesa e del prericovero, per la programmazione di sala operatoria e per la redazione del registro operatorio sono integrati.

La disponibilità di liste di attesa aggiornate e trasparenti ha sicuramente consentito una più efficiente ed efficace programmazione delle sedute operatorie. Tuttavia, è auspicabile che si arrivi, a breve, all'introduzione a livello regionale di un sistema di programmazione informatizzata delle sedute operatorie, che tenga conto, fra le diverse variabili che determinano la composizione della lista operatoria, delle indicazioni derivanti dalle liste di attesa.

## 8.6 REVISIONE DELLE ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE DELLE SALE OPERATORIE

La gestione del percorso del paziente chirurgico necessita di un approccio organizzativo fondato sul coinvolgimento e la condivisione, che prevede un livello strategico ed uno operativo.

L'applicazione del documento "Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in regime di ricovero", elaborato nel corso del 2020, ha l'obiettivo di garantire l'accesso alle procedure chirurgiche in elezione secondo criteri di accessibilità, di equità e di trasparenza e di favorire una pianificazione dell'attività di sala operatoria che consenta di ottimizzare l'utilizzo delle risorse.

Lo stesso documento introduce la figura del responsabile unico delle liste di attesa che ha la responsabilità di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie. Tale responsabile è stato nominato con nota del Direttore sanitario.

## 8.7 IMPIEGO OTTIMALE DELLE PIATTAFORME LOGISTICHE

L'utilizzo efficiente delle piattaforme chirurgiche è perseguito, come sopra anticipato, prevedendo un rinnovo periodico dell'attribuzione delle sedute di sala, attraverso una valutazione della congruità degli slot assegnati alle équipes, in base al numero e tipologia di pazienti in attesa.

I limiti che registrano attualmente le strutture nella possibilità di implementare l'attività chirurgica il sabato o tutti i pomeriggi risiedono sia nella ridotta disponibilità di sale e nella carenza di personale, in particolare Anestesisti.

Le contromisure alla carenza di personale in corso di adozione sono:

- assunzioni: sono in corso varie procedure concorsuali
- prestazioni aggiuntive
- collaborazioni con professionisti di altre aziende.

## 8.8 MONITORAGGIO VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LP

Dall'esame dell'attività SDO svolta nel 2020 emerge quanto l'attività Libero Professionale intramuraria in regime di ricovero rappresenti, nella realtà dell'Istituto, una quota assolutamente marginale e non critica.

L'Istituto provvederà a garantire un monitoraggio comparativo dei tempi di attesa relativi a prestazioni istituzionali e in regime libero professionale, per assicurare trasparenza ed equità di accesso.

## 9. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

L'elenco delle prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio ed erogate dall'Istituto sono le seguenti:

Prestazione	Codici Intervento ICD-9 CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
Biopsia percutanea del fegato	50.11	
Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

### 9.1 TEMPI MASSIMI DI ATTESA

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

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
<b>A</b>	Ricovero entro <b>30 giorni</b> per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
<b>B</b>	Ricovero entro <b>60 giorni</b> 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.
<b>C</b>	Ricovero entro <b>180 giorni</b> 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.
<b>D</b>	Ricovero <u>senza attesa massima definita</u> per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro <b>12 mesi</b> .

## 10. PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA

---

L'Istituto ha utilizzato tutto il finanziamento di euro 192.000 finalizzato al recupero delle liste di attesa accordato con DGR n. 1244/2023.

Il finanziamento di euro 200.000 riconosciuto al Burlo e finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa per il 2024 (LLGG 2024 – fin. Linea 0,4 p.c. art. 45 disegno l. bilancio 2024) sarà destinato all'erogazione di:

- a. Prestazioni ambulatoriali (in ordine di priorità)
  - prestazioni ambulatoriali di primo accesso, in priorità B e D, con quesito oncologico
  - prestazioni ambulatoriali di primo accesso, in priorità B e D, partendo da quelle che riconoscono i maggiori tempi di attesa, con prenotazioni effettuate prima del 31.12.2023
  - prestazioni ambulatoriali di primo accesso, in priorità B e D, partendo da quelle che riconoscono i maggiori tempi di attesa, con prenotazioni effettuate dopo il 31.12.2023
  - altre prestazioni ambulatoriali, in priorità P.
- b. Prestazioni di screening del tumore della cervice uterina di 2° livello
- c. Prestazioni di ricovero (in ordine di priorità)
  - prestazioni di ricovero per intervento chirurgico iscritte in lista di attesa prima del 31.12.2022
  - prestazioni di ricovero per il trattamento di patologie oncologiche in priorità A e B
  - prestazioni di ricovero per intervento chirurgico in priorità A, indipendentemente dalla patologia
  - prestazioni di ricovero per intervento chirurgico in priorità B, C o D (nell'ordine) per le quali sia stato superato il tempo di attesa garantito dalla classe di priorità, nel rispetto della sequenza determinata dall'inserimento in lista.

Per tali finalità è previsto il ricorso a prestazioni aggiuntive con aumento della tariffa oraria (euro 100/ora per la dirigenza e euro 60/ora per il personale del comparto), così come stabilito dalla Legge n. 213/2023, occupando ambulatori e diagnostiche in fasce orarie ulteriori rispetto a quelle già pianificate.

Dipendendo dalla disponibilità dei professionisti, dirigenti e del comparto, a garantire attività extra orario, l'articolazione della nuova offerta sarà definita nel corso dell'anno. La pianificazione ad oggi definita destina all'attività ambulatoriale il 35% del finanziamento, all'attività di screening il 5% e alle prestazioni di ricovero il 60%.

## 11. RAPPORTI CON I CITTADINI E COMUNICAZIONE

---

Le strategie di comunicazione prevedono l'utilizzo di canali già strutturati e consolidati, rappresentati dall'Ufficio Stampa e dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), e canali di più recente istituzione, che sfruttano le potenzialità delle tecnologie digitali.

Si prevede la realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sia proattivi, di informazione, che reattivi, per la presa in carico e la gestione delle problematiche segnalate dai cittadini.

Tra i principali strumenti di informazione per i cittadini, si segnala il sito web aziendale, dove sono pubblicati, in pagina dedicata, i tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio per le prestazioni istituzionali e in libera professione ed è presente il collegamento al sito regionale dei tempi d'attesa.

Il sito dispone di una sezione che offre informazioni relative alle diverse fasi dell'accesso a una prestazione specialistica (es. cosa serve per prenotare, come e dove si prenota, come fare per disdire, modalità di pagamento, modalità di ritiro dei referti).

Sul sito sono presenti anche informazioni sul tema della sanzione per la mancata/ritardata disdetta degli appuntamenti e il mancato ritiro dei referti.

Un importante veicolo delle informazioni nella comunità è rappresentato dalle associazioni di volontariato, che costituiscono un aspetto fondamentale del rapporto con i cittadini e che saranno

coinvolte al fine di condividere modalità e strumenti da utilizzare per una comunicazione più efficace.

I cittadini che necessitano di specifiche informazioni o incontrano difficoltà nell'accesso alle prestazioni possono rivolgersi agli URP. Le modalità di presentazione della segnalazione sono diverse, per venire incontro alle diverse necessità (di persona, via telefono, via e-mail, tramite form on line, ecc.).

Il personale dell'URP prende in carico la richiesta del cittadino, cercando di fornire la risposta più adeguata al suo bisogno, in maniera diretta in taluni casi e in raccordo con la Direzione sanitaria, per i casi più complessi. Tale raccordo sarà ulteriormente rafforzato.

Tramite l'Ufficio Stampa, l'Istituto promuoverà attivamente, con articoli, comunicati e conferenze stampa, l'attenzione al tema dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche, fornendo, inoltre, indicazioni specifiche sulle eventuali novità riguardanti l'organizzazione della rete dell'accesso.

La comunicazione sui media sarà gestita sia in chiave proattiva, con la diffusione delle informazioni al nascere di nuove esigenze, sia in chiave reattiva, con la tempestiva presa in carico (o rettifica, se necessario) dei casi di singoli cittadini riportati dai giornali.

Sarà realizzato un modulo formativo dedicato agli operatori degli sportelli CUP e dell'URP, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione interna (rendere più capillare la diffusione delle informazioni) e di potenziare ulteriormente la comunicazione esterna (rafforzare la coerenza informativa, rendere più tempestive ed efficaci le informazioni ai cittadini, soprattutto nella gestione delle situazioni di criticità).

## 12. FORMAZIONE

---

### INFORMAZIONE E FORMAZIONE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI

Per garantire il costante aggiornamento e supporto dei professionisti, l'Istituto programma le seguenti attività:

Sistema di prenotazione

- Incontri di coordinamento dei referenti degli sportelli aziendali di prenotazione e dei referenti dell'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP per condividere, analizzare e gestire sia specifiche problematiche di tipo quotidiano sia nuovi percorsi attivati a livello aziendale
- Programmazione annuale di corsi per la ripresa formativa di aspetti specifici delle procedure di prenotazione e per la gestione della relazione e degli eventuali conflitti con l'utenza
- Incontri con i rappresentanti delle associazioni delle Farmacie per la gestione di eventuali criticità e/o segnalazioni sull'andamento delle attività di prenotazione, per la condivisione delle modalità di soluzione e la pianificazione periodica di azioni di formazione
- Help desk da parte dell'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP, per le problematiche di accesso di particolare complessità che si presentano agli sportelli, Call center e Farmacie
- Manutenzione di tutte le informazioni relative all'accesso nelle avvertenze operatore del sistema CUP, in modo da permettere una rapida consultazione sia delle disposizioni che della eventuale documentazione di supporto.

### PRESCRITTORI

Tutte le informazioni relative alle novità presenti nel piano, di tipo normativo e organizzativo, e alle variazioni inerenti le prescrizioni e all'accesso sono condivise con specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, PLS, attraverso due modalità:

- Incontri formativi gestiti dall'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP Tali incontri sono occasioni formalizzate per approfondire tematiche di appropriatezza attraverso il confronto e la discussione fra specialisti
- Invio di comunicazioni scritte predisposte dall'Ufficio Gestione delle Prestazioni Sanitarie e CUP ed inviate a cascata ai Direttori di Dipartimento, per la diffusione ai singoli specialisti.