

PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2023

Trieste, 15 maggio 2023

Il Direttore Sanitario
Dr.ssa Paola Toscani

SOMMARIO

Premessa	3
Covid-19. La risposta all'emergenza.....	3
Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale 2023.....	3
Riferimenti normativi.....	5
Parte A. Assistenza specialistica ambulatoriale	8
1. Responsabilità	8
1.1 Livello aziendale.....	8
2. Analisi del contesto	10
2.1 Andamento dei Tempi di attesa	10
2.2 Volumi erogati	11
2.3 Domanda.....	13
3. Linee di intervento.....	14
3.1 Revisione degli aspetti quantitativi dell'offerta	15
3.2 Revisione degli aspetti qualitativi dell'offerta.....	16
3.3 Azioni di governo della domanda	18
4. Garanzia e tutela del rispetto dei tempi di attesa	19
5. Monitoraggio dei flussi di specialistica ambulatoriale.....	20
6. Monitoraggio dei tempi di attesa	20
6.1 Tempi massimi di attesa	21
6.2 Monitoraggio dei tempi di attesa	21
6.3 Monitoraggio volumi erogati in istituzionale e in LP	23
7. Responsabilità dell'utente	23
8. Rapporti con i cittadini e strumenti di comunicazione	24
9. Formazione.....	25
Parte B. Ricoveri programmati	26
1. Analisi del contesto	26
1.1 Andamento dei tempi di attesa	26
1.2 Volumi erogati	26
2. Linee di intervento.....	28
2.1 modalità di accesso.....	28
2.2 Risorse aggiuntive	28
2.3 Ampliamento del monitoraggio.....	28
2.4 Implementazione di criteri condivisi di appropriatezza clinica e organizzativa	29
2.5 Implementazione di percorsi preoperatori	29
2.6 Integrazione di procedure di prenotazione e programmazione.....	29
2.7 Revisione delle attività di programmazione delle sale operatorie	30
2.8 Revisione delle modalità per l'impiego ottimale delle piattaforme logistiche.....	30
2.9 Monitoraggio volumi erogati in istituzionale e in LP	30
3. Monitoraggio dei tempi di attesa	30
3.1 Tempi massimi di attesa	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.

Negli anni, l'Istituto, in applicazione delle disposizioni nazionali e regionali sull'argomento, ha programmato e messo in campo interventi che hanno riguardato la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni, la definizione delle regole di accesso ed il miglioramento dell'appropriatezza.

La popolazione alla quale l'Istituto si rivolge, quale IRCCS di rilievo nazionale, è, oltre quella del Friuli Venezia Giulia, anche quella nazionale e internazionale, in particolare per le patologie per le quali è centro di riferimento e, pertanto, l'articolazione dell'offerta deve necessariamente dare risposta anche alle istanze che provengono da utenti extraregionali.

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, rinforzando 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.

Il presente "Programma attuativo aziendale (PAA)" per il contenimento dei tempi di attesa, partendo dall'attenta analisi di diversi indicatori e dati elaborati a livello aziendale e regionale, declina gli interventi che l'Istituto intende attuare nel corso del 2023, per facilitare l'accesso alle cure, razionalizzare le risorse e incrementare l'offerta con azioni orientate:

- Al sistema di prenotazione
- Alla capacità di erogazione delle prestazioni
- Alla capacità di smaltimento delle liste di attesa determinatesi a causa dell'emergenza sanitaria da Covid 19
- Al perfezionamento del sistema di monitoraggio interno.

COVID-19. LA RISPOSTA ALL'EMERGENZA

Il triennio 2020-2022 è stato caratterizzato dalla pandemia da Sars-CoV-2.

L'emergenza sanitaria ha fortemente condizionato l'accesso alle prestazioni sanitarie e i relativi tempi di attesa, sia perché è stata limitata la capacità di produzione di prestazioni ambulatoriali e di interventi chirurgici, sia perché sono cambiate le modalità prescrittive, con un forte incremento delle richieste in priorità breve o differita senza rispetto dei criteri di priorità.

Inoltre, ha comportato la impossibilità di finalizzare alcune azioni che ci si auspicava di poter intraprendere e che erano state descritte nei PAA per il contenimento dei tempi di attesa redatti gli scorsi anni. Rivalutatane l'attualità ovvero l'attuabilità, tali leve organizzative saranno riproposte per l'anno 2023, come di seguito indicato.

LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2023

Le Linee per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023, 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:

1. Obiettivo:

Garanzia erogativa prestazioni ambulatoriali

Risultato atteso:

Assicurare la garanzia erogativa ad almeno il 90% delle prestazioni ambulatoriali in priorità B, D e P

2. Obiettivo:

Garanzia erogativa interventi chirurgici

Risultato atteso:

Assicurare la garanzia erogativa di almeno il 90% degli interventi chirurgici in priorità A.

RIFERIMENTI NORMATIVI

NAZIONALI

- 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 6, 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

- 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 '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. RESPONSABILITÀ

1.1 LIVELLO AZIENDALE

Alla Direzione sanitaria dell'Istituto sono affidati i seguenti compiti:

Gestione dell'offerta:

Programmazione dell'erogazione delle prestazioni, in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento e alla funzione di HUB:

- Analisi delle prestazioni erogate e dei Tempi di Attesa (TA)
- Definizione/revisione dell'offerta per tipologia, volumi e durata delle prestazioni
- Verifica applicazione dell'offerta definita

Gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie:

- Creazione e manutenzione delle agende informatizzate dell'attività istituzionale delle strutture pubbliche
- Creazione e manutenzione delle agende informatizzate dell'attività libero professionale
- Collaborazione con l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS).

Gestione della domanda:

Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva:

- Definizione e applicazione delle regole di prescrizione
- Definizione e implementazione dei criteri di priorità clinica
- Formazione prescrittori
- Monitoraggio e analisi appropriatezza prescrittiva
- Collaborazione con ARCS

Stratificazione della domanda:

- Individuazione dei livelli di complessità delle prestazioni e delle relative regole di accesso
- Adeguamento dei sistemi informativi per l'applicazione delle regole definite
- Formazione degli operatori coinvolti
- Collaborazione con ARCS.

Gestione e coordinamento delle strutture incaricate della prenotazione:

Gestione della prenotazione:

- Svolgimento attività di prenotazione presso sportelli CUP e coordinamento delle attività degli operatori aziendali addetti alla prenotazione (segreterie)
- Riferimento aziendale per le problematiche inerenti la prenotazione (call center, farmacie, segreterie di reparto, professionisti)
- Individuazione delle prestazioni critiche per i TA o per l'esaurimento dell'offerta
- Presa in carico delle richieste dei cittadini che non trovano risposta
- Formazione operatori addetti alla prenotazione
- Predisposizione report sulle attività di prenotazione
- Collaborazione con ARCS.

Gestione ufficio verifiche

Gestione dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia:

Implementazione dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia:

- Identificazione ambiti di criticità/percorsi da implementare
- coinvolgimento di prescrittori ed erogatori (specialisti e MMG/PLS)
- Definizione del percorso
- Applicazione del percorso

Monitoraggio dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia:

- Elaborazione/interpretazione indicatori
- Analisi dati monitoraggio

Analisi dei tempi di attesa:

Analisi tempi di attesa:

- Esecuzione e/o diffusione dei monitoraggi TA nazionali, regionali e aziendali
- Analisi risultati monitoraggi TA nazionale, regionali e aziendali
- Valutazione del rapporto domanda/offerta
- Produzione documenti per Direzione strategica e DCS

Garanzia della trasparenza:

- Applicazione regole per la gestione trasparente delle liste di attesa
- Predisposizione report per la pubblicazione sul sito aziendale
- Predisposizione piano anticorruzione per le parti di competenza

Gestione sanitaria dello svolgimento della libera professione (LP) intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria:

Gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione:

- Informatizzazione agende
- Formazione dei professionisti
- Collaborazione con ARCS

Monitoraggio e valutazione dei volumi e dei TA:

- Monitoraggio nazionale volumi e TA delle prestazioni in LP e invio dei dati ad Agenas

Valutazione e controllo delle prestazioni erogate e della mobilità sanitaria:

Controllo delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di ricovero e coordinamento nucleo di valutazione:

- Progettazione, pianificazione e realizzazione delle attività di controllo su ricoveri e attività ambulatoriale
- Elaborazione dei report sui risultati dell'attività di controllo

Attività di verifica, controllo e gestione fasi relative alla correzione errori flussi informativi dei dati relativamente alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero:

- Trasferimento dati
- Analisi errori
- Correzione dati
- Invio agli organismi centrali
- Collaborazione con ARCS

Gestione dei rapporti con erogatori e prescrittori:

Sviluppo delle comunicazioni e delle relazioni:

- Consulenza e supporto all'attività
- Elaborazione di documenti
- Formazione
- Ritorno dati su temi di competenza.

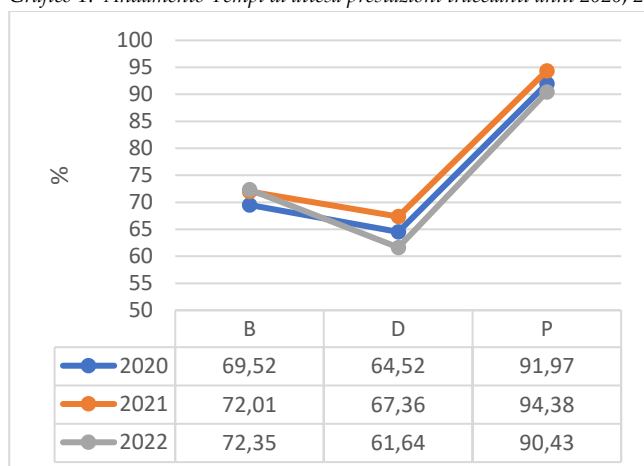
2. ANALISI DEL CONTESTO

2.1 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 2020, 2021 e 2022. 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 2022.

Grafico 1. Andamento Tempi di attesa prestazioni traccianti anni 2020, 2021 e 2022



Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

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 (72,0%) e che priorità D (67,4%) il risultato è lontano dallo standard, condizionato, in particolare, dalla carenza di specialisti in alcune branche e dall'incremento della domanda delle prestazioni richieste in priorità. Superiore allo standard, invece, l'esito del monitoraggio per le prestazioni in priorità P.

Anche la percentuale di raggiungimento dello standard delle singole osservazioni (19 su 39 per la priorità B, 14 su 35 per la priorità D) mette in evidenza una situazione critica, che dovrà essere affrontata con interventi incisivi e strutturali, in particolare per quanto riguarda alcune prestazioni, quali la visita endocrinologica, la visita neurologica, la visita ortopedica, la visita otorinolaringoiatrica, la visita oculistica e la ecografia ginecologica.

Le prestazioni in priorità B presentano elementi di maggiore criticità. In quest'ambito, agli interventi di rimodulazione/aumento dell'offerta dovranno essere affiancate azioni di governo della domanda, con l'applicazione di protocolli di priorità clinica.

Tabella 1. Percentuali di rispetto dei tempi attesa anno 2022

PRIORITÀ	B	D	P
PRESTAZIONI	% nei tempi	% nei tempi	% nei tempi
Totali	72,35	61,70	90,48
01-Prima Visita cardiologica	77,98	64,99	98,55
03-Prima Visita endocrinologica	45,54	18,57	71,74
04-Prima Visita neurologica	7,41	18,42	97,30
05-Prima Visita oculistica	79,10	52,80	51,11
06-Prima Visita ortopedica	44,02	51,56	83,29
07-Prima Visita ginecologica	77,03	81,17	86,94
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	91,71	30,17	99,66
09-Prima Visita urologica	77,42	88,24	100,00
10-Prima Visita dermatologica	59,68	70,07	99,00
12-Prima Visita gastroenterologica	60,29	79,63	99,52
13-Prima Visita oncologica	100,00	100,00	100,00
14-Prima Visita pneumologica	88,89	84,34	100,00
17-TC del Torace	-	-	-
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	100,00	87,50	100,00
21-TC dell'Addome inferiore	-	100,00	-
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	100,00	-	-
23-TC dell'addome completo	100,00	-	-
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	100,00	75,00	100,00
25-TC Cranio - encefalo	100,00	-	100,00
26-TC Cranio - encefalo senza e con MDC	-	-	-
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	-	-	-
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	100,00	-	-
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	100,00	-	100,00
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e rel	95,65	88,46	100,00
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e rel	82,61	100,00	88,89
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	100,00	100,00	100,00
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	100,00	100,00	100,00
38-RM della colonna in toto	86,21	94,44	95,65
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	-	100,00	100,00
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	97,22	71,93	96,97
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	73,42	99,74	97,60
43-Ecografia dell'addome superiore	88,24	88,89	100,00
44-Ecografia dell'addome inferiore	91,67	85,71	100,00
45-Ecografia dell'addome completo	87,83	86,92	98,21
48-Ecografia ostetrica	34,62	96,36	100,00
49-Ecografia ginecologica	25,00	83,33	100,00
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	100,00	-	-
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	-	-	-
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	-	-	100,00
56-Elettrocardiogramma	100,00	98,21	93,83
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	60,00	96,30	90,48
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana m	100,00	77,78	90,91
60-Esame audiometrico tonale	92,86	73,64	96,92
61-Spirometria semplice	100,00	100,00	100,00
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER MUSCOLO	80,00	100,00	100,00
71-Visita algologica	100,00	100,00	100,00

Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

2.2 VOLUMI EROGATI

Negli anni 2021 e 2022 è stato registrato un aumento complessivo dei volumi delle prestazioni erogate dall'Istituto, dopo il calo marcato legato alle misure di contenimento dell'infezione da Sars CoV 2 (tabella 2), con valori di erogato che hanno superato quanto garantito nel 2019, ultimo anno prepandemico (+19,5%).

Tabella 2. Volumi prestazioni ambulatoriali erogate dall'Istituto. Confronto anni triennio 2019- 2020

VOLUMI					
	2019	2020	2021	2022	Δ
gennaio	13.318	13.183	12.610	13.308	698
febbraio	12.652	12.797	15.121	15.537	416
marzo	13.235	7.533	17.261	18.354	1.093
aprile	12.112	4.869	15.634	14.581	- 1.053
maggio	13.504	7.993	15.722	16.543	821
giugno	11.148	11.451	15.167	15.877	710
luglio	12.425	12.629	14.804	14.917	113
agosto	10.465	10.778	13.620	14.335	715
settembre	12.247	14.776	16.796	15.853	- 943
ottobre	13.266	16.842	16.707	16.374	- 333
novembre	12.425	13.997	16.033	14.936	- 1.097
dicembre	11.529	14.186	16.076	13.681	- 2.395
totali	148.326	141.034	185.551	184.296	- 1.255

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

In tabella 3 sono riportate le prestazioni traccianti erogate negli anni 2019, 2021 e 2022. Le prestazioni traccianti erogate nel 2019 sono risultate 36.749. Nel 2022 le prestazioni traccianti erogate sono risultate 40.791 (+ 11%).

Quasi tutte le prestazioni traccianti erogate risultano avere nel 2022 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), ecografia ostetrica e ginecologica (la diminuzione riguarda le prestazioni erogate con il codice identificato per il monitoraggio che sono state sostituite con altra prestazione non monitorata), TC (la cui apparecchiatura, vetusta e poco performante, è stata sostituita nel corso del 2022) e elettromiografia (in passato venivano erogate prestazioni in adulti, che ora non sono più eseguite).

I risultati, comunque positivi, sopradescritti, hanno comunque risentito di alcune difficoltà "storiche" che hanno parzialmente ridotto l'effetto delle azioni messe in campo per migliorare i tempi di attesa delle prestazioni garantite dall'Istituto. Il riferimento è, in particolare, alla difficoltà di reperire specialisti, in particolare 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. Per quest'ultima, visto che le procedure concorsuali determineranno il loro effetto positivo solo alla fine del 2023, si prevede che le criticità possano persistere anche per quest'anno.

Nel corso del 2022, grazie al finanziamento ex DG.LL. 104/2020 e 73/2021 e alle Risorse Aggiuntive Regionali, è stato possibile definire un'offerta incrementale dell'attività ambulatoriale, finalizzata al recupero dei tempi di attesa. L'effetto di tali misure risulta, tuttavia, limitato a causa della scarsa risposta, su base volontaria, dei professionisti alla richiesta di attività aggiuntiva.

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

PRESTAZIONE	2019	2021	2022	Δ 2022/2019	$\Delta\%$ 2022/2019
Totale	36.749	38.768	40.791	4.042	11%
1-Prima Visita cardiologica	936	1.096	1.323	387	41%
3-Prima Visita endocrinologica	657	715	731	74	11%
4-Prima Visita neurologica	516	529	309	-207	-40%
5-Prima Visita oculistica	2.883	2.967	3.513	630	22%
6-Prima Visita ortopedica	2.374	2.658	2.501	127	5%
7-Prima Visita ginecologica	7.334	7.139	7.515	181	2%
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.244	1.930	2.481	237	11%
9-Prima Visita urologica	188	208	225	37	20%
10-Prima Visita dermatologica	2.688	2.571	2.934	246	9%
12-Prima Visita gastroenterologica	668	751	980	312	47%
13-Prima Visita oncologica	68	92	134	66	97%
14-Prima Visita pneumologica	240	285	331	91	38%
17-TC del Torace	19	13	22	3	16%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	83	125	131	48	58%
19-TC dell'addome superiore	-	-	1		
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	2	-	2	0	0%
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	12	5	3	-9	-75%
23-TC dell'addome completo	2	4	4	2	100%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	93	139	123	30	32%
25-TC Cranio - encefalo	12	7	5	-7	-58%
26-TC Cranio - encefalo senza e con MDC	3	2	4	1	33%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	3	-	-		
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	1	2	1	0	0%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	3	4	6	3	100%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	2	6	3	1	50%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativ	134	145	166	32	24%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativ	73	88	76	3	4%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	80	120	99	19	24%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	19	73	55	36	189%
38-RM della colonna in toto	140	185	179	39	28%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	16	33	20	4	25%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	398	447	483	85	21%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	884	1.355	1.453	569	64%
43-Ecografia dell'addome superiore	182	172	161	-21	-12%
44-Ecografia dell'addome inferiore	1.885	2.816	3.002	1.117	59%
45-Ecografia dell'addome completo	1.006	1.322	1.467	461	46%
48-Ecografia ostetrica	6.540	6.854	6.297	-243	-4%
49-Ecografia ginecologica	1.102	736	928	-174	-16%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	-	-	1		
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	1	3	-		
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	-	-	1		
56-Elettrocardiogramma	381	334	394	13	3%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	126	175	233	107	85%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mol	42	275	200	158	376%
60-Esame audiometrico tonale	1.254	1.260	1.276	22	2%
61-Spirometria semplice	725	810	817	92	13%
62-Spirometria globale	4	35	20	16	400%
63-Fotografia del fundus	113	89	98	-15	-13%
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	228	60	36	-192	-84%
71-Visita algologica	385	133	47	-338	-88%

Dati estratti dal cruscotto regionale qlik

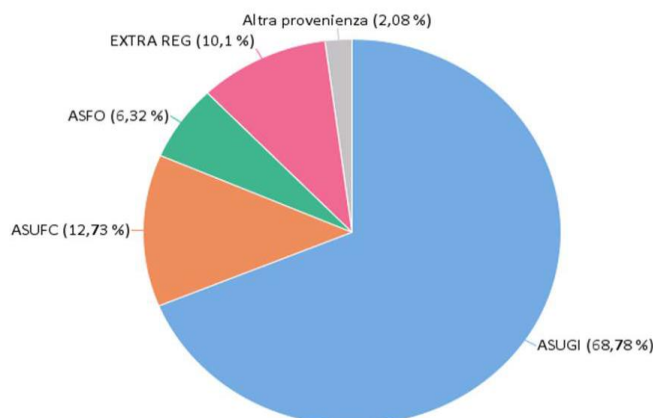
2.3 DOMANDA

In qualità di Ente erogatore, l'Istituto può intervenire sulla domanda solo indirettamente, attraverso accordi con gli altri Enti del SSR.

Il territorio di riferimento è ampio. Infatti, il Burlo deve garantire l'assistenza materno-infantile di base 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 materno-infantile in ambito regionale, nazionale e internazionale.

Nel grafico n. 2 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un accesso ambulatoriale al Burlo nel 2022. Circa il 13% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico 2. Prestazioni ambulatoriali anno 2021. Provenienza utenti



Nei grafici n. 3, 4 e 5 il dato relativo alla provenienza dei pazienti ambulatoriali nell'anno 2022 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).

In qualità di Ente erogatore, non ha possibilità di agire sulla domanda e sulla sua appropriatezza, se non attraverso le Aziende per l'assistenza sanitaria.

Grafico n. 3. Prestazioni ambulatoriali anno 2022. Provenienza utenti afferenti all'area pediatrica

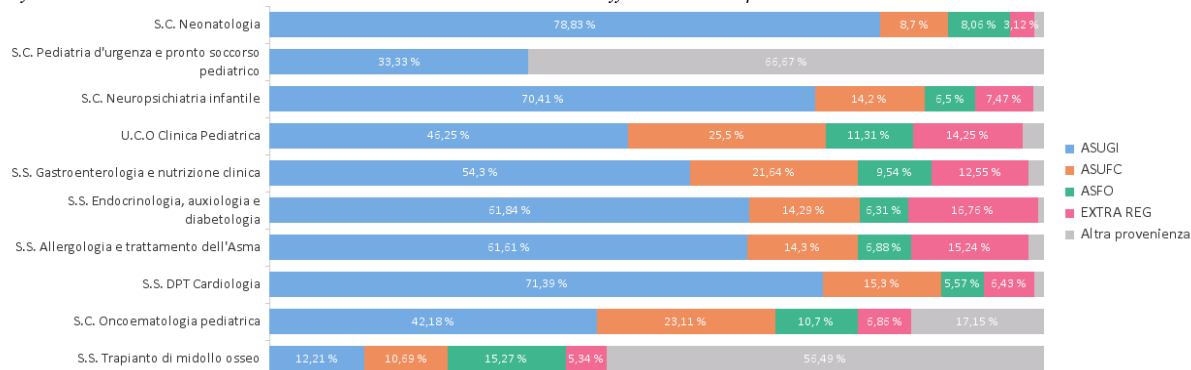


Grafico n. 4. Prestazioni ambulatoriali anno 2022. Provenienza utenti afferenti all'area chirurgica

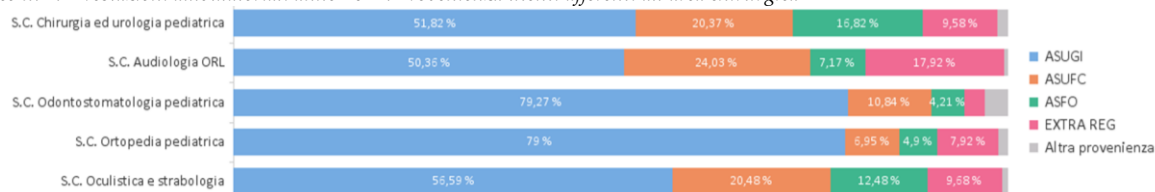
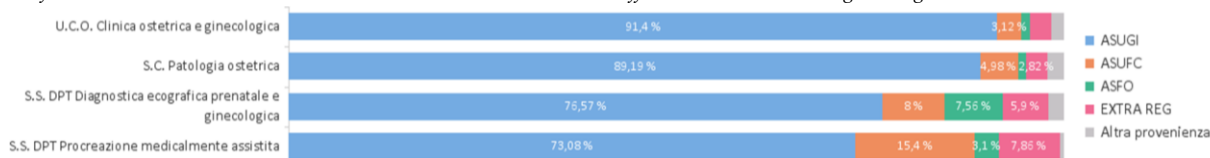


Grafico n. 5. Prestazioni ambulatoriali anno 2022. Provenienza utenti afferenti all'area ostetrico ginecologica



3. LINEE DI INTERVENTO

Le azioni previste dal PAA 2023 si sviluppano in continuità e a completamento di quanto previsto dal PAA 2022.

3.1 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUANTITATIVI DELL'OFFERTA

L'offerta complessiva dell'Istituto viene modulata sulla base degli esiti del monitoraggio aziendale dei tempi di attesa, avendo, in quanto IRCCS, un ambito di riferimento che, per alcune prestazioni, si estende e supera il territorio regionale.

Alla luce dei risultati dei tempi di attesa e del delta evidenziato fra domanda ed offerta, l'Istituto ha programmato, per il 2023, diverse azioni finalizzate all'incremento / rimodulazione dei volumi delle prestazioni erogate.

REVISIONE DELLE AGENDE DI PRENOTAZIONE

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

Nel caso dell'Istituto, la possibilità di adeguare l'offerta è legata alla sola valutazione dell'erogato, attraverso la quale non è possibile stimare con maggior attendibilità il reale fabbisogno, che dipende dalla attitudine prescrittiva dei medici. E' auspicabile una regia regionale che consenta da un lato di valutare le prescrizioni dei medici dell'intero circuito regionale e dall'altro di individuare le prestazioni e gli ambiti per i quali l'Istituto è responsabile della garanzia del rispetto dei tempi.

PIANO ASSUNZIONI FINALIZZATO

Anche al fine di garantire i tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, l'Istituto ha definito un piano di assunzione del personale medico, in alcuni casi confermando i contratti a tempo determinato sottoscritti con il seguente personale medico assunto per far fronte alle esigenze correlate alla gestione della pandemia e del suo impatto sull'erogazione delle prestazioni.

Tabella 4. Piano assunzioni

Specialità	N. medici
Radiologia	1
Ostetricia e ginecologia	1
Odontostomatologia	1
Neuropsichiatria infantile	1

L'assunzione delle figure mediche previste è condizionata dal vincolo sul tetto del costo del personale ed è subordinata alla reale fattibilità in relazione alla difficoltà di reperire personale specialistico.

RISORSE AGGIUNTIVE

Qualora, con la definizione degli obiettivi e criteri delle progettualità RAR, venisse approvato per il 2023 un obiettivo sul contenimento dei tempi di attesa, attraverso il ricorso alle Risorse aggiuntive sarà organizzata una offerta incrementale dell'attività ambulatoriale nelle specialità che registrano la maggior sofferenza.

L'impegno complessivo sarà definito nel corso dell'anno, dipendendo dalla necessità di garantire, ricorrendo a tali risorse, alcune funzioni più critiche (es. continuità dei servizi) e, soprattutto, dalla disponibilità dei professionisti, dirigenti e del comparto, a garantire attività extra orario.

In qualità di Ente erogatore, l'Istituto non dispone di finanziamento in applicazione alla LR 7/2009 per l'abbattimento delle liste di attesa e non è ancora noto se saranno disponibili ulteriori finanziamenti per il recupero delle liste di attesa, così come avvenuto in passato.

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 2023, con tale modalità sarà ampliata l'offerta delle prestazioni traccianti di circa 1%.

3.2 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUALITATIVI DELL'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 classe di priorità deve essere riportata sull'impegnativa per le prestazioni di primo accesso.

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

- Priorità U (Urgente): da eseguire nel più obrevo 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.

CONSOLIDAMENTO DEL RUOLO DEL SERVIZIO GESTIONE PRESTAZIONI SANITARIE E PERCORSI CLINICI

Storicamente l'attività di gestione delle agende ambulatoriali era affidata all'Ufficio CUP e Gestione prestazioni sanitarie.

Il nuovo Atto aziendale introduce il servizio "Gestione percorsi sanitari e percorsi clinici" che acquisisce alcune funzioni dell'Ufficio CUP e Gestione prestazioni sanitarie, in particolare per quanto riguarda la gestione delle agende e delle attività connesse al governo dei tempi di attesa.

GESTIONE DELLE AGENDE

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 controlli, introduzione delle visite per riacutizzazione, 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.

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.

SISTEMA CUP

L'Istituto ha applicato le indicazioni contenute nel PRGLA per quanto riguarda la predisposizione delle agende di prenotazione e la gestione del processo di prenotazione.

Sul sistema CUP è disponibile tutta la offerta di specialistica ambulatoriale, nonché l'attività libero professionale dell'Istituto.

PRESA IN CARICO DELL'ASSISTITO DA PARTE DELLO SPECIALISTA

La DGR 1815 del 25 ottobre 2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021" ribadisce che le visite/prestazioni di controllo e di follow up e le prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), 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 le visite di controllo ed eventuali indagini diagnostiche. 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.

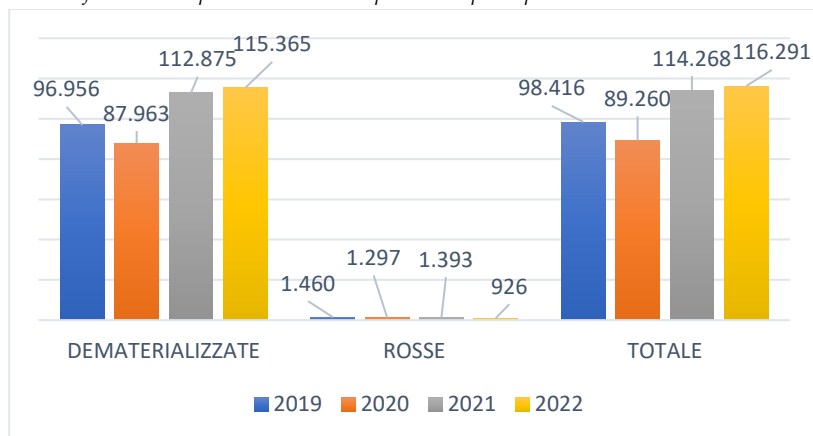
Stante l'implementazione della presa in carico, sarà necessario rivedere costantemente il fabbisogno delle prestazioni di controllo e a prenotazione diretta e predisporre una configurazione dell'offerta che permetta la adeguata gestione di primi accessi e controlli.

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.

Di seguito si rappresentano i volumi di prescrizione da parte degli specialisti aziendali, che evidenziano un trend positivo di crescita, corrispondente ad una incrementale presa in carico del cittadino da parte degli specialisti nell'ambito di percorsi di cura.

Grafico 6. Trend prescrizioni medici specialistici per la presa in carico



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

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 2023, si valuteranno con gli interlocutori istituzionali, le modalità con le quali questo modello potrà essere esteso ad ulteriori ambiti.

3.3 AZIONI DI GOVERNO DELLA DOMANDA

I sistemi di prescrizione e di prenotazione dell'Istituto sono stati adeguati così da consentire la gestione della tipologia di accesso: Primo accesso e Altro Accesso. Tuttavia, l'individuazione nella prescrizione della tipologia di accesso e delle classi di priorità non è ancora 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. 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.

4. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

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

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).

MODALITÀ ORGANIZZATIVE DI GARANZIA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Come previsto dal PRGLA 2019-2021, *“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”*.

Al momento della prenotazione, sulla base della priorità indicata dal prescrittore, il sistema propone la prima data disponibile. Qualora il cittadino rifiuti la data proposta, esce dal diritto di garanzia. Questa scelta dell’utente viene registrata dal sistema, permettendo di distinguere le prestazioni che non trovano una disponibilità oggettiva entro i tempi massimi previsti da quelle che escono dal limite per scelta discrezionale dell’utente. Il tempo di attesa (sia quello proposto dal sistema con la prima data disponibile, sia quello scelto dall’utente) viene calcolato a partire dalla data del contatto (telefonico o allo sportello).

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 l'Ufficio Gestione delle Prestazioni sanitarie e CUP) prevede il seguente "Percorso di Tutela", finalizzato a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante:

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. qualora la appropriatezza prescrittiva sia confermata, si cerca di garantire la erogazione della prestazione nei tempi mediante:
 - a. ricerca di ulteriori spazi disponibili in Istituto
 - b. eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea dell'offerta.

Al termine dell'iter, l'utente che non ha trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia viene ricontattato e gli 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 e nella logica del contenimento degli oneri a carico del bilancio aziendale, si prevede debbano essere adottati i seguenti interventi:

- rilevazione ogni 24/48 ore dei posti disponibili e chiamata attiva da parte dell'operatore CUP aziendale finalizzata alla erogazione della prestazione in anticipo rispetto alla data prenotata
- rimodulazione della distribuzione dell'offerta per criteri di priorità all'interno dell'agenda
- finalizzazione delle risorse contrattuali di risultato del personale
- ricorso alle Risorse Aggiuntive Regionali destinate a tale scopo
- 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 delle prestazioni aggiuntive al fine di garantire la continuità assistenziale e/o i livelli di offerta in modo tempestivo ed efficace spetta alla Direzione Sanitaria, a valle degli accordi per le Risorse Aggiuntive Regionali e dell'autorizzazione della Direzione regionale per l'utilizzo delle prestazioni aggiuntive attraverso il cosiddetto Fondo Balduzzi e attraverso l'art. 115 del CCNL del 19/12/19 della dirigenza sanitaria del S.S.N.

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.

5. 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).

6. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

6.1 TEMPI MASSIMI DI ATTESA

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

6.2 MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

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. 1815/2019 e la DGR n.2034/2015. Sono oggetto di monitoraggio anche ulteriori prestazioni il cui monitoraggio è previsto dalla programmazione regionale (ad esempio: visita algologica; iniezione intravitale, 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.

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 (allegato), sono eventualmente integrate da altre considerate critiche e stabilite dal Direttore Sanitario.

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 l'intera utenza, anche extraregionale.

6.3 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 4,66 % della casistica (7.109 su un totale di 152.927 prestazioni).

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.

7. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

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.

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).

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.

8. RAPPORTI CON I CITTADINI E STRUMENTI DI 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).

9. 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.

PARTE B. RICOVERI PROGRAMMATI

1. ANALISI DEL CONTESTO

1.1 ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

La percentuale di rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia programmata, 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 76,80% del 2022. Questo miglioramento riguarda in particolare gli interventi chirurgici per tumore maligno dell'utero, l'intervento con la maggiore numerosità. Rimane bassa, seppur in miglioramento, la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi in priorità B e C (18,35% 36,00%, rispettivamente).

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

PRESTAZIONE	A			B			C			D			TOT
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	
Totali	62	103	60,19	33	51	64,71	22	22	100,00	2	3	66,67	179
Biopsia percutanea del Fegato	10	11	90,91	5	6	83,33	0	0	-	0	0	-	17
Colecistectomia laparoscopica	2	2	100,00	1	1	100,00	0	0	-	0	0	-	3
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	33	69	47,83	1	1	100,00	0	0	-	0	0	-	70
Riparazione ernia inguinale	17	21	80,95	26	43	60,47	22	22	100,00	2	3	66,67	89

PRESTAZIONE	A			B			C			D			TOT
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	
Totali	57	79	72,15	6	34	17,65	2	20	10,00	0	2,00	0	135
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	38	44	86	1	1	100	0	0	0	0	0	0	45
Interventi chirurgici tumore del polmone	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Colecistectomia laparoscopica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Biopsia percutanea del Fegato	6	9	67	2	2	100	0	0	0	0	0	0	11
Riparazione ernia inguinale	12	25	48	3	31	10	2	20	10	0	2	0	78

PRESTAZIONE	A			B			C			D			TOT
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	
Totali	82	116	70,69	2	35	5,71	4	18	22,22	0	0	-	169
Biopsia percutanea del Fegato	10	13	76,92	2	2	100,00	2	2	100,00	0	0	-	17
Colecistectomia laparoscopica	1	1	100,00	0	1	0,00	0	0	-	0	0	-	2
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	51	70	72,86	0	0	-	0	0	-	0	0	-	70
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	6	7	85,71	0	0	-	0	0	-	0	0	-	7
Riparazione ernia inguinale	14	25	56,00	0	32	0,00	2	16	12,50	0	0	-	73

PRESTAZIONE	A			B			C			D			TOT
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	
Totali	96	125	76,80	6	32	18,75	9	25	36,00	6	6	100,00	188
Biopsia percutanea del Fegato	6	7	85,71	1	2	50,00	0	0	-	0	0	-	9
Colecistectomia laparoscopica	3	5	60,00	0	1	0,00	0	0	-	0	0	-	6
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiro	1	1	100,00	0	0	-	0	0	-	0	0	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	1	100,00	0	0	-	0	0	-	0	0	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	41	53	77,36	0	1	0,00	0	0	-	0	0	-	54
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	15	15	100,00	0	0	-	0	0	-	0	0	-	15
Riparazione ernia inguinale	29	43	67,44	5	28	17,86	9	25	36,00	6	6	100,00	102

1.2 VOLUMI EROGATI

Nel corso del 2022 è stato registrato un aumento dei ricoveri con DRG chirurgico (tabella 1), 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 2022, l'effetto dell'emergenza pandemica, che ha causato assenze nel personale, anche dovute alle sospensioni degli operatori non vaccinati, e la frequente sospensione degli interventi in pazienti risultati positivi allo screening al momento del ricovero.

Tabella 1. Volumi ricoveri con DRG chirurgico. Anni 2019-2022

	2019	2020	2021	2022	Δ 2022/ 2021	Δ % 2022/ 2021
Totale	3.618	3.233	3.352	3.903	551	16,44%
Area						
Chirurgia	2.154	1.895	1.990	2.381	391	19,65%
Ostetricia - senza DRG 381	267	228	233	308	75	32,19%
Ginecologia - senza DRG 381	888	839	913	1.003	90	9,86%
DRG 381	309	271	216	211	-5	-2,31%

Il trend dei volumi erogati nel 2019, 2021 e 2022 per le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa è riportato in tabella 2.

Tabella 2. Volumi interventi monitorati anni 2019, 2021 e 2022

	2019	2021	2022	Δ 2022/2019	Δ% 2022/2019
Totali	179	169	188	9	5%
Biopsia percutanea del Fegato	17	17	9	-8	89%
Colecistectomia laparoscopica	3	2	6	3	-50%
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	-	-	1	1	
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	1	1	
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	70	70	54	-16	30%
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella*	-	7	15	5	
Riparazione ernia inguinale	89	73	102	13	-13%

Dati estratti dal cruscotto regionale glik

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

In tabella 3 sono riportati i volumi degli interventi oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa relativi all'anno 2022, suddivisi per priorità.

Tabella 2. Volumi interventi monitorati anno 2022 per priorità

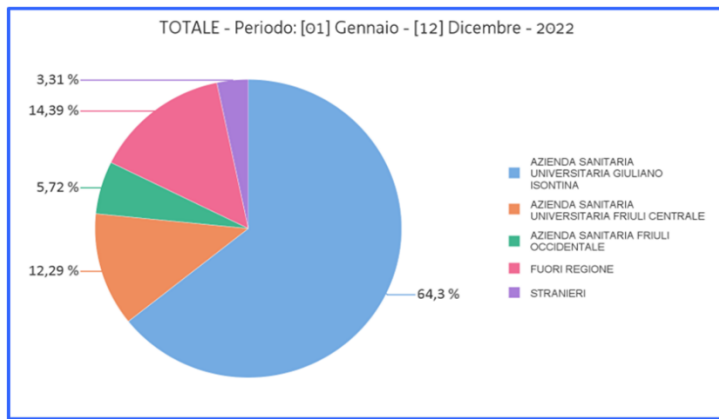
	A	B	C	D	TOT
Totali	125	32	25	6	188
Biopsia percutanea del Fegato	7	2	-	-	9
Colecistectomia laparoscopica	5	1	-	-	6
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	-	-	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	-	-	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	53	1	-	-	54
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella*	15	-	-	-	15
Riparazione ernia inguinale	43	28	25	6	102

Dati estratti dal cruscotto regionale glik

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

Nel grafico n. 1 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un ricovero al Burlo nel 2022. Circa il 17,7% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico n. 1. Prestazioni di ricovero (ordinari e DH) anno 2021. Provenienza utenti



2. LINEE DI INTERVENTO

2.1 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”.

L’accesso avviene, presso tutte le strutture, tramite valutazione clinica per l’indicazione all’intervento e successivo inserimento in lista di attesa. 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.

2.2 RISORSE AGGIUNTIVE

Qualora, con la definizione degli obiettivi e criteri delle progettualità RAR, venisse proposto per il 2023 l’obiettivo del contenimento dei tempi di attesa, nel rispetto dei regolamenti sull’orario di lavoro, sarà organizzata una offerta incrementale dell’attività chirurgica, attraverso il ricorso alle Risorse aggiuntive.

L’impegno complessivo previsto per il 2023 per l’attività aggiuntiva di chirurgia sarà definito nel corso dell’anno, dipendendo dalla necessità di garantire, ricorrendo a tali risorse, funzioni più critiche (es. continuità assistenziale).

2.3 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.

2.4 IMPLEMENTAZIONE DI CRITERI CONDIVISI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA

In Istituto sono stati diffusi tutti i documenti di indirizzo prodotti a livello regionale in tema di appropriatezza clinica ed organizzativa (PDTA).

Sono, inoltre, monitorati i DRG “ad alto rischio di inappropriatazza” 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.

2.5 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 prericovero, 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.

Per favorire il completamento del percorso di diagnosi e stadiazione del paziente candidato ad intervento è stata attivata presso alcune strutture la possibilità di prenotare, sempre a carico del servizio prericovero, le prestazioni necessarie alla conferma diagnostica e della indicazione chirurgica. Tale opzione rende più fluida la fase di diagnosi e stadiazione prima dell’inserimento in lista, velocizzando l’iter di valutazione antecedente il ricovero, e la successiva fase ospedaliera di trattamento vero e proprio.

L’attività del prericovero, in fase diagnostica o di stadiazione, potrà trovare una importante semplificazione con l’implementazione di percorsi in day service.

2.6 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.

2.7 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.

2.8 REVISIONE DELLE MODALITÀ PER L'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
- risorse aggiuntive
- collaborazioni con professionisti di altre aziende.

2.9 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.

3. 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;	193

	06.6	
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	

3.1 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:

Tabella 5. Tempi massimi di attesa per prestazioni in regime di ricovero per Classi di priorità

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero <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 12 mesi .