



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico materno-infantile "Burlo Garofolo" Ospedale di
alta specializzazione e di rilievo nazionale per la salute della donna e del bambino

PIANO ATTUATIVO OSPEDALIERO 2025

Allegato 3:

Programma Attuativo Aziendale per il
Contenimento dei Tempi di Attesa
Anno 2025



IRCCS Burlo

Istituto di ricovero e cura
a carattere scientifico
"Burlo Garofolo" di Trieste



**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2025**

Sommario

PREMESSA.....	5
LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2025	6
RIFORMA DEGLI IRCCS.....	7
RESPONSABILITÀ.....	7
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	7
ANALISI DEL CONTESTO	7
ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.....	7
VOLUMI EROGATI.....	10
DOMANDA	11
LINEE DI INTERVENTO	13
GESTIONE DELL’OFFERTA.....	13
Organizzazione dell’offerta.....	13
Dimensionamento dell’offerta.....	13
Separazione dei canali di accesso	13
Gestione delle agende.....	14
Composizione dell’offerta	14
Revisione delle agende di prenotazione	15
<i>Overbooking.....</i>	15
Prenotabilità delle prestazioni specialistiche pediatriche.....	15
GESTIONE DELLA DOMANDA.....	16
Quesito diagnostico.....	17
Tipologia di accesso	17
Prestazioni di primo accesso.....	17
Codici di priorità.....	17
RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)	17
Verifica dell’appropriatezza prescrittiva.....	18
Preso in carico dell’assistito da parte dello specialista.....	18
Prenotazione del secondo accesso - preso in carico	19
Day Service	19
Ambiti di garanzia.....	19

GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA	19
PERCORSI DI TUTELA	20
MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	21
MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	21
TEMPI MASSIMI DI ATTESA	21
PRESTAZIONI MONITORATE E TIPOLOGIA DI MONITORAGGIO	21
MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE	23
RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE	23
MANCATA PRESENTAZIONE/DISDETTA	23
MANCATO RITIRO	24
VALIDITÀ DELLA PRIORITÀ DI ACCESSO	24
RICOVERI PROGRAMMATI	24
ANALISI DEL CONTESTO	24
ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA	24
VOLUMI EROGATI	25
LINEE DI INTERVENTO	26
MODALITÀ DI ACCESSO	26
AMPLIAMENTO DEL MONITORAGGIO	27
CRITERI CONDIVISI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA	27
IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PRE-OPERATORI	27
INTEGRAZIONE DI PROCEDURE DI PRENOTAZIONE E PROGRAMMAZIONE	27
REVISIONE DELLE ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE DELLE SALE OPERATORIE	27
IMPIEGO OTTIMALE DELLE PIATTAFORME LOGISTICHE	28
MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE	28
MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	28
TEMPI MASSIMI DI ATTESA	29
PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA	29
RAPPORTI CON I CITTADINI E COMUNICAZIONE	30
FORMAZIONE E CONDIVISIONE	31

INFORMAZIONE E FORMAZIONE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI.....	31
RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI	32
RIFERIMENTI NAZIONALI	32
RIFERIMENTI REGIONALI	34

PREMESSA

L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Burlo Garofolo (di seguito Istituto), ospedale di alta specializzazione di rilievo nazionale e in coerenza con gli indirizzi del Piano regionale sanitario e sociosanitario, garantisce l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area materno-infantile in ambito regionale, nazionale ed internazionale, in rete con le strutture di Pediatria e Ostetricia-Ginecologia regionali e con gli Ospedali Pediatrici italiani. Garantisce anche la funzione ospedaliera materno-infantile relativamente a pediatria e a ostetricia-ginecologia per l'area giuliano-isontina collaborando con l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina. L'Istituto, in quanto IRCCS, svolge istituzionalmente attività di ricerca clinica traslazionale e gestionale in ambito materno-infantile, rappresentando il riferimento per la Regione Friuli Venezia Giulia (FVG) nella definizione delle politiche sanitarie in materia.

L'erogazione delle prestazioni nei tempi richiesti dalle necessità di cura delle persone rappresenta una priorità che l'Istituto si è dato come obiettivo al fine di garantire un accesso equo, adeguato ed efficiente alle condizioni clinico-assistenziali delle persone.

Il Decreto del Ministro della Salute 11 febbraio 2025 "Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027" descrive gli strumenti di governo dei tempi di attesa individuati dalla normativa nazionale (da recepire a livello regionale con relativo Piano Regionale), identificando le strategie per migliorare l'accesso alle prestazioni, contenere i tempi di attesa ed avvicinare la persona al sistema di cura ed 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 delle persone sui loro diritti e doveri.

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 Servizio Sanitario Regionale, 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, la loro erogazione e le modalità di collaborazione tra tutti gli attori del sistema.

I punti cardine del PAA 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 per la maggior parte delle specialità;
- l'ottimizzazione del grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili;
- il controllo e il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva sia interna che esterna (MMG/PLS).

Partendo dall'attenta analisi di diversi indicatori e dati elaborati a livello aziendale e regionale, il PAA declina gli interventi che l'Istituto intende attuare nel corso del 2025 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 PNGLA 2025-2027;
- 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 alle persone 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 PAA.

Il presente PAA verrà adeguato alle linee di indirizzo presenti nel Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 non ancora redatto poiché il Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa e dei relativi Allegati è stato pubblicato l'11 febbraio 2025.

LINEE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE 2025

Le Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025 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 n. 1815/2019, identificando gli obiettivi riportati qui sotto.

- a. Linea C.3.1 Monitoraggio periodico andamento tempi di attesa prestazioni ambulatoriali
 - Obiettivo LEA NSG D10Z: assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B.
Indicatore: % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B - monitoraggio ex ante (residenti FVG).
Target: $\geq 90\%$.
 - Obiettivo LEA NSG D11Z: assicurare i tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D.
Indicatore: % di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.
Target: $\geq 90\%$.
- b. Linea C.3.2 Miglioramento dei tempi di attesa nella chirurgia oncologica
 - Bersaglio C10.4.12: 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: $\geq 90\%$.
- c. Linea C.3.3 Tempi di attesa chirurgia non oncologica
 - C.3.3.a: assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità A.
Indicatore: % di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità A erogate entro i tempi previsti.
Target: $\geq 90\%$.
 - C.3.3.b: assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità B.
Indicatore: % di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità B erogate entro i tempi previsti.
Target: $\geq 90\%$.
 - C.3.3.c: assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità C.
Indicatore: % di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità C erogate entro i tempi previsti.
Target: $\geq 90\%$.
 - C.3.3.d: assicurare i tempi di attesa degli interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale per le priorità D.

Indicatore: % di interventi chirurgici non oncologici oggetto di monitoraggio ministeriale con priorità D erogate entro i tempi previsti.
Target: $\geq 90\%$.

RIFORMA DEGLI IRCCS

Nel dicembre 2022, con il Decreto Legislativo n. 200 del 23 dicembre 2022, 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).

Rispetto alla gestione delle liste di attesa, un IRCCS non è valutato sui tempi complessivamente garantiti alla popolazione di riferimento, ma, in qualità di Ente erogatore, è valutato sui tempi garantiti per le prestazioni, facendo riferimento in tal senso ai primi accessi, questo ruolo però è ancora da definire formalmente a livello regionale. Tali primi accessi dovrebbero fare riferimento solo a casistica inerente il mandato specifico attribuito all'IRCCS dalla normativa, ovvero per situazioni cliniche dell'area materno-infantile relativamente a pediatria, ostetricia e ginecologia.

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 PAA. 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 definisce con il Direttore Generale aziendale le modalità generali di attuazione delle linee strategiche e ne informa sia il Responsabile dell'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici che 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, i Responsabili di SSD e SS nonché tutti i Dirigenti Medici concorrono alla realizzazione degli obiettivi aziendali, promuovendo le corrette attività prescrittive con la ricetta dematerializzata, perseguendo l'efficiente gestione delle attività ambulatoriali e di ricovero programmato e adattando l'offerta alle variazioni della domanda.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

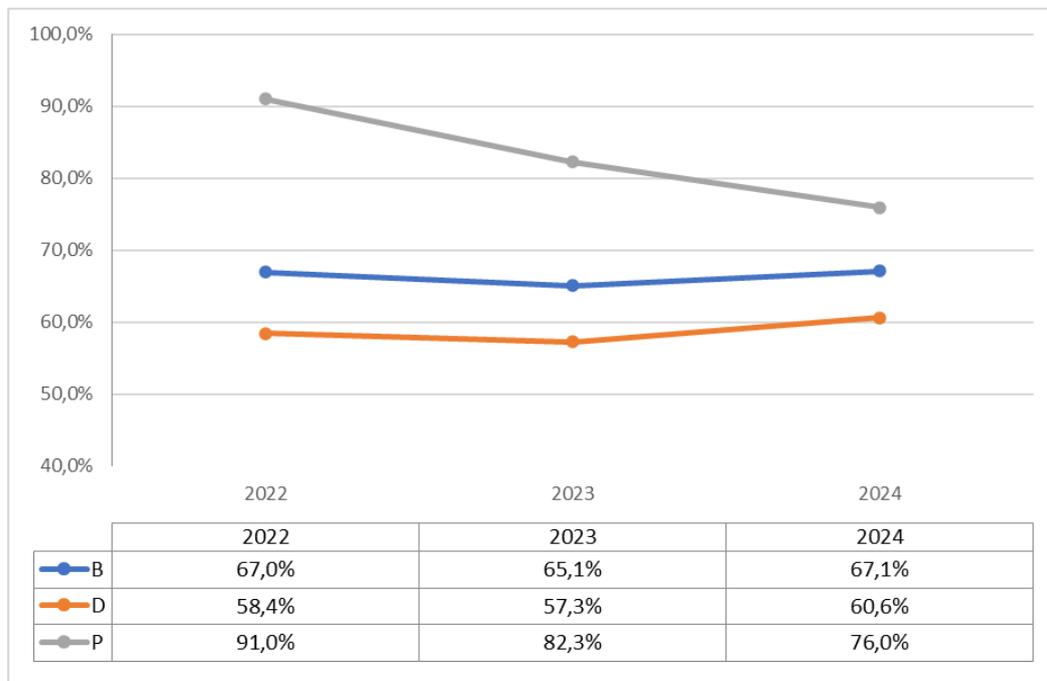
ANALISI DEL CONTESTO

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 dall'Istituto, relative agli anni 2022, 2023 e 2024.

Grafico 1. Andamento tempi di attesa prestazioni traccianti prenotate tra gennaio e novembre degli anni 2022, 2023 e 2024. Monitoraggio ex ante (fonte: 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 2024.

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 (67,1%) e che priorità D (60,6%) 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 mette in evidenza una situazione critica, in particolare per quanto riguarda alcune prestazioni, quali la visita endocrinologica, la visita ortopedica, la visita ginecologica, la visita otorinolaringoiatrica, la visita dermatologica/allergologica, la visita pneumologica, l'ecografia ginecologica e alcuni esami di diagnostica radiologica, 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 delle prestazioni prenotate tra gennaio e novembre anno 2024.
Monitoraggio ex ante (fonte: cruscotto regionale Qlik).

Priorità	B	D	P
Prestazione	% nei tempi	% nei tempi	% nei tempi
Totali	67,1%	60,6%	76,0%
1 - Prima Visita cardiologica	82,0%	84,4%	99,4%
3 - Prima Visita endocrinologica	66,7%	27,0%	44,1%
4 - Prima Visita neurologica	-	100,0%	-
5 - Prima Visita oculistica	98,5%	65,8%	43,7%
6 - Prima Visita ortopedica	63,0%	52,8%	78,9%
7 - Prima Visita ginecologica	48,8%	64,1%	86,3%
8 - Prima Visita otorinolaringoiatrica	66,7%	37,7%	45,6%
9 - Prima Visita urologica	93,1%	62,8%	74,6%
10 - Prima Visita dermatologica	21,4%	35,0%	53,3%
11 - Prima Visita fisiatrica	-	-	-
12 - Prima Visita gastroenterologica	75,3%	97,2%	98,1%
13 - Prima Visita oncologica	100,0%	-	-
14 - Prima Visita pneumologica	51,2%	69,2%	100,0%
17 - TC del Torace	-	-	-
18 - TC del Torace con MCD senza e con MCD	100,0%	83,3%	92,3%
21 - TC dell'Addome inferiore	-	-	100,0%
23 - TC dell'addome completo	-	-	-
24 - TC dell'addome completo senza e con	100,0%	85,7%	90,9%
25 - TC Cranio-encefalo	-	-	100,0%
26 - TC Cranio-encefalo senza e con MDC	100,0%	-	-
27 - TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	-	-	-
28 - TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	-	-	100,0%
29 - TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	-	100,0%	100,0%
33 - TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	-	-	100,0%
34 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	59,1%	80,6%	55,6%
35 - RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto	78,9%	68,2%	33,3%
36 - RM di addome inferiore e scavo pelvico	-	100,0%	-
37 - RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	100,0%	100,0%	100,0%
38 - RM della colonna in toto	33,3%	82,1%	100,0%
39 - RM della colonna in toto senza e con MDC	0,0%	100,0%	-
40 - Diagnostica ecografica del capo e del collo	100,0%	96,2%	90,1%
41 - Eco (color) dopplergrafia cardiaca	81,5%	98,0%	85,5%
43 - Ecografia dell'addome superiore	94,1%	100,0%	97,6%
44 - Ecografia dell'addome inferiore	86,7%	89,5%	47,8%
45 - Ecografia dell'addome complete	98,3%	95,1%	95,0%
48 - Ecografia ostetrica	100,0%	93,5%	100,0%
49 - Ecografia ginecologica	57,1%	77,8%	58,3%
50 - Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	-	-	100,0%
51 - Colonscopia totale con endoscopio flessibile	-	-	-
55 - Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	-	-	100,0%
56 - Elettrocardiogramma	100,0%	100,0%	96,4%
57 - Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	66,7%	100,0%	87,5%
58 - Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	-	100,0%	66,7%
60 - Esame audiometrico tonale	30,8%	42,5%	50,5%
61 - Spirometria semplice	-	-	100,0%
63 - Fotografia del fundus	-	100,0%	100,0%
64 - ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUP., INF., CAPO, TRONCO	80,0%	100,0%	-
Visita terapia del dolore	85,7%	100,0%	100,0%

VOLUMI EROGATI

A partire dall'anno 2021 è stato registrato un aumento complessivo dei volumi delle prestazioni erogate dall'Istituto (tabella 2).

Tabella 2. Volumi prestazioni ambulatoriali (al netto della S.C.R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale) erogate dall'Istituto negli anni 2021, 2022, 2023 e 2024 (fonte: CUP).

Volumi	2021	2022	2023	2024
Totale	185.477	185.325	191.021	203.972

In tabella 3, sono riportati i volumi delle prestazioni traccianti erogate negli anni 2022, 2023 e 2024 (periodo gennaio-novembre) ad assistiti del Servizio Sanitario Regionale. Le prestazioni traccianti erogate nel 2022 sono risultate 37.521. Nel 2024 le prestazioni traccianti erogate sono risultate 39.562 (+ 5,44%).

Molte prestazioni traccianti erogate risultano avere nel 2024 dei volumi leggermente maggiori rispetto al 2022, con l'eccezione della visita neurologica (che è stata sostituita, in fase prescrittiva, dalla visita neuropsichiatrica, non inserita fra le prestazioni oggetto di monitoraggio).

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 2024 è stato possibile garantire un'offerta incrementale dell'attività ambulatoriale grazie al finanziamento finalizzato al recupero dei tempi di attesa.

Tabella 3. Volumi prestazioni traccianti erogate dall'Istituto. Confronto periodo gennaio-novembre anni 2022, 2023 e 2024 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

	2024	2023	2022
Totale	39.562	42.991	37.521
1-Prima Visita cardiologica	1.103	1.321	1.223
3-Prima Visita endocrinologica	720	815	674
4-Prima Visita neurologica	51	136	297
5-Prima Visita oculistica	3.413	3.619	3.214
6-Prima Visita ortopedica	2.178	2.562	2.286
7-Prima Visita ginecologica	6.379	7.138	6.902
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	2.257	2.578	2.260
9-Prima Visita urologica	195	211	211
10-Prima Visita dermatologica	2.543	3.060	2.718
12-Prima Visita gastroenterologica	884	978	909
13-Prima Visita oncologica	110	146	128
14-Prima Visita pneumologica	484	413	299
17-TC del Torace	31	37	19
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	103	144	122
19-TC dell'addome superiore	-	-	1
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	-	5	2
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	-	2	2
23-TC dell'addome completo	1	5	4
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	106	127	112
25-TC Cranio – encefalo	4	5	5
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	2	3	4
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	4	2	-
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	1	4	-
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	6	6	6
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	4	5	3
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distrett	128	140	155
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distrett	109	73	74
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	104	100	92
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	55	69	50
38-RM della colonna in toto	106	106	174
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	11	18	17
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	540	573	447
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	1.579	1.520	1.310
43-Ecografia dell'addome superiore	155	141	145
44-Ecografia dell'addome inferiore	2.357	2.818	2.809
45-Ecografia dell'addome completo	1.518	1.551	1.353
46-Ecografia bilaterale della mammella	-	-	-
48-Ecografia ostetrica	7.558	6.317	5.805
49-Ecografia ginecologica	1.650	1.131	857
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	2	3	1
54-Esofagogastroduodenoscopia	-	2	-
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla	2	6	-
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	-	-	1
56-Elettrocardiogramma	456	425	351
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	302	246	206
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	99	89	193
60-Esame audiometrico tonale	1.338	3.279	1.142
61-Spirometria semplice	671	876	747
62-Spirometria globale	-	4	20
63-Fotografia del fundus	121	78	95
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	33	41	34
71-Visita algologica	89	63	42

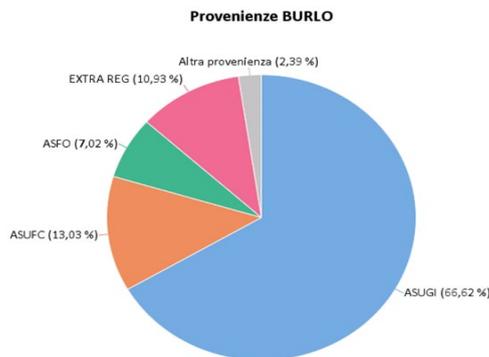
DOMANDA

In qualità di Ente erogatore, l'Istituto può intervenire in modo diretto sulla domanda per la sola parte indotta dai prescrittori interni, mentre per i prescrittori esterni continueranno incontri, specifici per specialità, di sensibilizzazione per garantire la corretta prescrizione delle prestazioni sanitarie anche in termini di priorità.

L'Istituto ha l'obbligo di garantire l'assistenza materno-infantile e di ambito ginecologico per l'area triestina, in collaborazione con ASU GI e, in quanto ospedale di alta specializzazione di rilievo

nazionale, deve assicurare l'assistenza ad alta complessità e specialità per l'area pediatrica con riferimento al panorama regionale, nazionale e internazionale. Nel grafico 2 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un accesso ambulatoriale all'Istituto nel 2024. Più del 10% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico 2. Prestazioni ambulatoriali anno 2024. Provenienza utenti (fonte: CUP).



Nei grafici 3, 4 e 5 il dato relativo alla provenienza dei pazienti ambulatoriali nell'anno 2024 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 Friuli Venezia Giulia superi il 30% del totale delle prestazioni erogate (es. trapianti di midollo osseo).

Grafico 3. Prestazioni ambulatoriali anno 2024. Provenienza utenti afferenti all'area pediatrica (fonte: CUP).

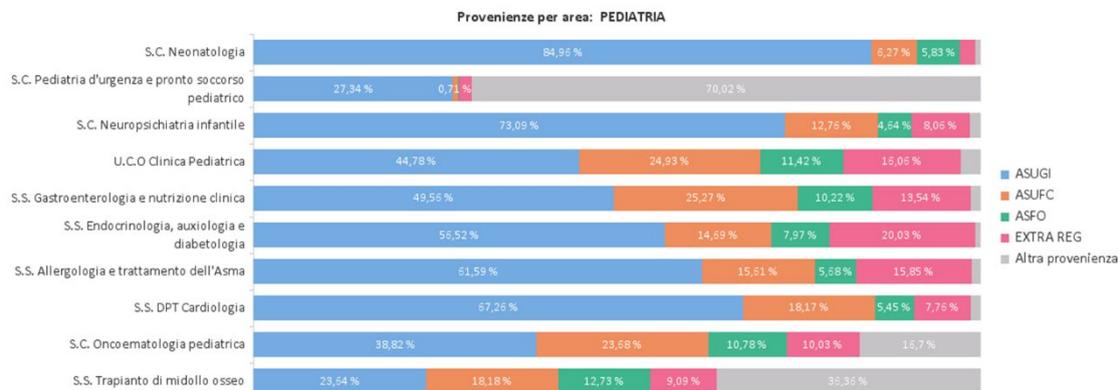


Grafico 4. Prestazioni ambulatoriali anno 2024. Provenienza utenti afferenti all'area chirurgica (fonte: CUP).

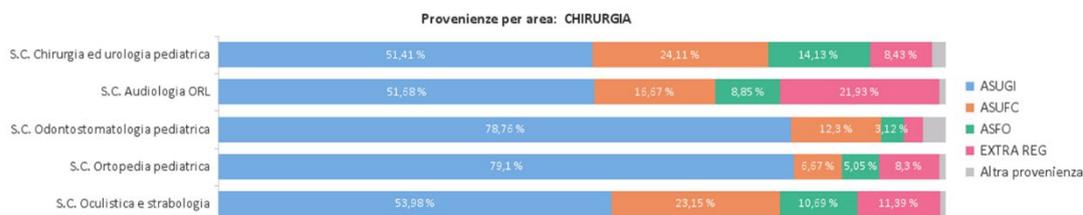


Grafico 5. Prestazioni ambulatoriali anno 2024. Provenienza utenti afferenti all'area ostetrico-ginecologica (fonte: CUP).



LINEE DI INTERVENTO

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 dell'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici 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 2025, 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'Istituto 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 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 regionale, 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 del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Il piano delle prestazioni erogabili terrà, tuttavia, conto delle seguenti indicazioni:

PRESTAZIONI DI PRIMO ACCESSO

Prestazioni con ambito territoriale di erogazione corrispondente ad ASU GI

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

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 riportati qui sotto.

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 pediatra di libera scelta (PLS)/medico di medicina generale (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 Call Center 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 la modalità ordinaria attraverso la quale una struttura gestisce la presa in carico.

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.

La suddivisione dei flussi è propedeutica all’organizzazione dell’offerta all’interno dell’Istituto, pertanto, le articolazioni organizzative (SC, SSD e SS), in collaborazione con l’Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici 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 ASU GI e le altre aziende sanitarie della Regione per garantire l’erogazione delle prestazioni che saranno 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’Istituto anche a pazienti provenienti da altre regioni italiane.

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 dell’Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici 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 un'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 dell'Istituto;
- farmacie;
- Call Center regionale;
- 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 sovra-aziendale 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 2025, 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.

Prenotabilità delle prestazioni specialistiche pediatriche

Per garantire una presa in carico ancora più efficace ed efficiente dei primi accessi delle visite pediatriche specialistiche presso l'Istituto sono state rese prenotabili dal 1° agosto 2024 anche le seguenti visite di primo accesso:

- visita pediatrica allergologica;
- visita pediatrica dermatologica;
- visita pediatrica diabetologica;
- visita pediatrica ematologica;
- visita pediatrica endocrinologica;
- visita pediatrica gastroenterologica;
- visita pediatrica immunologica;
- visita pediatrica nefrologica;
- visita pediatrica oncologica;
- visita pediatrica pneumologica;
- visita pediatrica reumatologica.

A seguito dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protesica - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (Delibera della Giunta Regionale 13 dicembre 2024, n. 1924), resta ancora da comprendere con la Regione come adeguare la valorizzazione economica delle suddette prestazioni a quella delle prestazioni non specialistiche pediatriche.

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 è 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 nei grafici 6 e 7, sono rappresentati i volumi di prescrizione da parte dei medici 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 anni 2002, 2023 e 2024 (fonte: cruscotto regionale sas vanalytic <https://vanalytics.regione.fvg.it>).

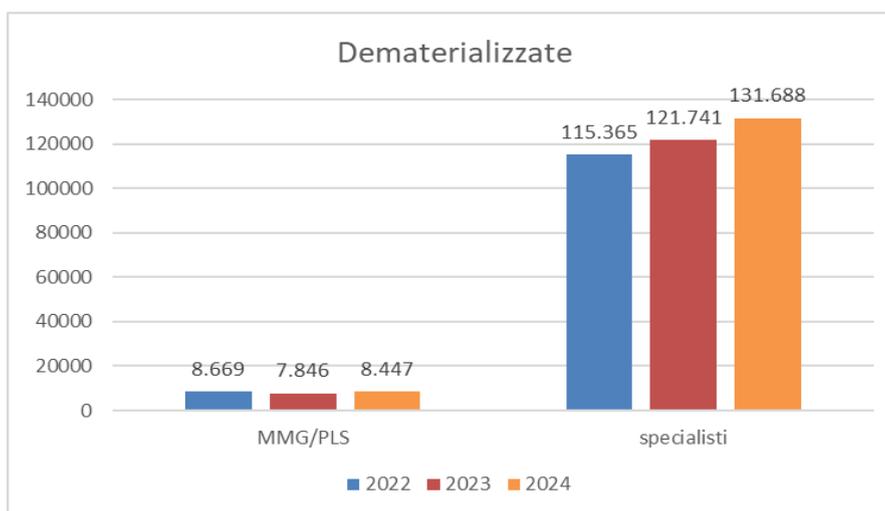
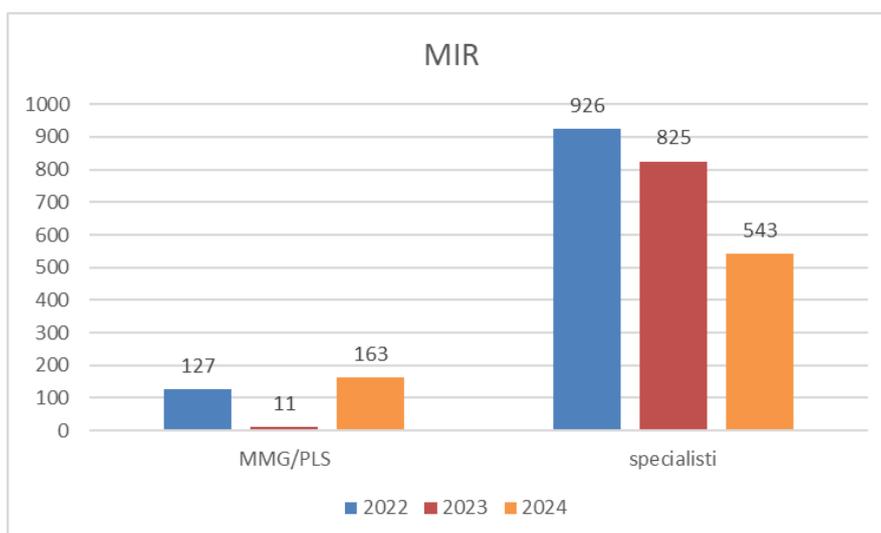


Grafico 7. Prescrizioni di medici specialisti e PLS/MMG - ricetta rossa anni 2022, 2023 e 2024 (fonte: cruscotto regionale sas vanalytic <https://vanalytics.regione.fvg.it>).



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.

Prestazioni di 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, i medici 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 all'Istituto, l'appuntamento nei tempi ritenuti congrui dal punto di vista clinico.

Prestazioni di altro accesso

Per prestazioni di altro accesso si intende:

1. la visita o prestazione di controllo/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 già presi in carico.

Sono prestazioni di presa in carico e visite di controllo/follow up.

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 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 120 gg.

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

Le prestazioni con tipo accesso "Altro 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.

RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei)

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 approvati da AGENAS e diffusi in

Regione, risulta non appropriata.

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

In casi particolari (specialità pediatrica cardiologica, specialità pediatrica dermatologica/allergologica e specialità pediatrica gastroenterologica) sono stati concordati con i PLS di ASU GI alcuni Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) che consentono di dare tempistiche diverse per l'accesso alle prestazioni specialistiche sulla base di esplicite indicazioni cliniche.

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 dell'Istituto.

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

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 ASU GI, 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

Già 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 oncoematologia 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 (LR 17/2014, art 35, comma 4, lett h) - 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 2019-2021, 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.

GARANZIA E TUTELA 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"*.

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.

PERCORSI DI TUTELA

La Linea D.3.1 Tempi di attesa specialistica ambulatoriale delle Linee di Gestione 2024 richiamava 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 Direzione Centrale Salute (DCS) doveva definire il ruolo degli IRCCS e dell'utilizzo del privato accreditato e agli accordi contrattuali regionali e che l'Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) approvava le linee guida per la stesura del regolamento aziendale per assicurare il diritto di garanzia al cittadino. Ad oggi tutto ciò non è ancora stato definito. Nelle more però di quanto riportato, 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 Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici) 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. qualora l'appropriatezza prescrittiva sia confermata, un primo step per garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prevede:
 - la ricerca di ulteriori spazi disponibili in Istituto e nel SSR;
 - l'utilizzo di potenziali posti liberi nelle agende interne di presa in carico specifiche per specialità;
 - 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 19/12/2019 della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

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 Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI) e attività SSN, per verificare se vi sono i presupposti per un'eventuale sospensione dell'attività libero-professionale a favore dell'attività istituzionale.

MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

L'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici ha in carico la verifica e la correzione mensile del flusso SIASA.

MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

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'01/01/2020 è considerata da eseguirsi in 120 giorni e il monitoraggio sarà esteso anche a questa priorità	Almeno 90% delle prenotazioni dall'01/01/2020

PRESTAZIONI MONITORATE E TIPOLOGIA DI MONITORAGGIO

Ai fini del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostico-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 L del PNGLA 2025-2027):

Prestazione	Codice Nuovo Nomenclatore	Codice Nuovo Nomenclatore FVG
1-PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	89.7A.3	89.7A.3
5-PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	89.7A.7	89.7A.7
5-PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA*	89.7A.8	89.7A.8
7-PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7A.9	89.7A.9
9-PRIMA VISITA GINECOLOGICA	89.26.1	89.26.1
10- PRIMA VISITA NEFROLOGICA	89.7B.4	89.7B.4
12-PRIMA VISITA OCULISTICA	95.02	95.02
13-PRIMA VISITA ONCOLOGICA	89.7B.6	89.7B.6
14-PRIMA VISITA ORTOPEDICA	89.7B.7	89.7B.7
15-PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	89.7B.8	89.7B.8
16-PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	89.7B.9	89.7B.9
17-PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	89.7	89.7C.9
18-PRIMA VISITA UROLOGICA+	89.7C.2	89.7C.2
19 PRIMA VISITA EMATOLOGICA	89.7	89.7C.5
21- DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	88.71.4	88.71.4
22-ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	88.72.2	88.72.2
26-ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	88.78.2	88.78.2
27-ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO	88.76.1	88.76.1
27-ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	88.75.1	88.75.1
27-ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	88.74.1	88.74.1
29-ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	88.79.3	88.79.3
30-ECOGRAFIA SCROTALE	88.79.6	88.79.6
31-ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	89.50	89.50
32-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.C	93.08.C
32-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.D	93.08.D

Prestazione	Codice Nuovo Nomenclatore	Codice Nuovo Nomenclatore FVG
32-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.B	93.08.B
32-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.A	93.08.A
37-ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE	87.11.3	87.11.3
38-RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	88.95.4	88.95.4
38-RM DELL'ADDOME SUPERIORE	88.95.1	88.95.1
39-RM DEL COLLO	88.91.6	88.91.6
40-RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	88.91.1	88.91.1
41-RM DEL RACHIDE CERVICALE	88.93.2	88.93.2
41-RM DEL RACHIDE DORSALE	88.93.3	88.93.3
41-RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE	88.93.4	88.93.4
41-RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO	88.93.5	88.93.5
41-RM ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE	88.94.B	88.94.B
41-RM DEL BACINO	88.94.A	88.94.A
41-RM DEL BRACCIO	88.94.5	88.94.5
41-RM DEL GINOCCHIO	88.94.D	88.94.D
41-RM DEL GOMITO	88.94.6	88.94.6
41-RM DEL POLSO	88.94.G	88.94.G
41-RM DEL PIEDE	88.94.8	88.94.8
41-RM DELLA CAVIGLIA	88.94.F	88.94.F
41-RM DELLA COSCIA (RM DEL FEMORE)	88.94.C	88.94.C
41-RM DELLA GAMBA	88.94.E	88.94.E
41-RM DELLA MANO	88.94.9	88.94.9
41-RM DELLA SPALLA	88.94.4	88.94.4
41-RM DELL'AVAMBRACCIO	88.94.7	88.94.7
42-RX DELLA COLONNA CERVICALE	87.22	87.22
42-RX DELLA COLONNA DORSALE	87.23	87.23
42-RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	87.24	87.24
42-RX STANDARD SACROCOCCIGEA	87.24.6	87.24.6
43-RX DEL PIEDE [CALCAGNO]	88.28.2	88.28.2
43-RX DELLA CAVIGLIA	88.28.1	88.28.1
43-RX DEL FEMORE	88.27.1	88.27.1
43-RX DEL GINOCCHIO	88.27.2	88.27.2
43-RX DELLA GAMBA	88.27.3	88.27.3
43-RX DEL GOMITO	88.22.1	88.22.1
43-RX DELL'AVAMBRACCIO	88.22.2	88.22.2
43-RX DEL POLSO	88.23.1	88.23.1
43-RX DELLA MANO	88.23.2	88.23.2
43-RX DELLA SPALLA	88.21.2	88.21.2
43-RX DEL TORACE	87.44.1	87.44.1
45-TC DELL'ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.1
45-TC DELL'ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.3
45-TC DELL'ADDOME COMPLETO	88.01.5	88.01.5
46-TC DEL BRACCIO	88.38.H	88.38.H
46-TC DEL GINOCCHIO	88.39.4	88.39.4
46-TC DEL GOMITO	88.38.J	88.38.J
46-TC DEL PIEDE	88.39.7	88.39.7
46-TC DEL POLSO	88.38.L	88.38.L
46-TC DELLA CAVIGLIA	88.39.6	88.39.6
46-TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE)	88.39.3	88.39.3
46-TC DELLA GAMBA	88.39.5	88.39.5
46-TC DELLA MANO	88.38.M	88.38.M
46-TC DELLA SPALLA	88.38.G	88.38.G
46-TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE	88.39.2	88.39.2
46-TC DELL'AVAMBRACCIO	88.38.K	88.38.K
46-TC DI CAVIGLIA E PIEDE	88.39.9	88.39.9

Prestazione	Codice Nuovo Nomenclatore	Codice Nuovo Nomenclatore FVG
46-TC DI GINOCCHIO E GAMBA	88.39.8	88.39.8
46-TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.P	88.38.P
46-TC DI POLSO E MANO	88.38.Q	88.38.Q
46-TC DI SPALLA E BRACCIO	88.38.N	88.38.N
46-TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO	88.38.Y	88.38.Y
46-TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE	88.38.A	88.38.A
47-TC CRANIO-ENCEFALO	87.03	87.03
48-TC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2	87.03.2
49-TC DEL TORACE	87.41	87.41

* rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice DM es. PRIMA VISITA DIABETOLOGICA

+ rientrano tutte le prestazioni che afferiscono a quel codice DM es. PRIMA VISITA ANDROLOGICA

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 dell'Istituto, 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 PNGLA 2025-2027 sono integrate da altre prestazioni considerate critiche e stabilite dalla Direzione Sanitaria dell'Istituto.

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.

MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE

Dall'esame dell'attività svolta nel 2024 emerge che le prestazioni ALPI in regime ambulatoriale ha, nella realtà dell'Istituto, una dimensione contenuta e non critica, costituendo circa il 3% 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.

RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

MANCATA PRESENTAZIONE/DISDETTA

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. n. 124/1998 art. 3 c. 14 e 15).

L'Istituto avvierà la procedura di invio di 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 30 giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all'intero costo della prestazione eseguita (L. n. 412/1991 art. 4 c. 18). Ad oggi l'Istituto non ha mai applicato tale procedura.

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

RICOVERI PROGRAMMATI

ANALISI DEL CONTESTO

ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

La percentuale di rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia programmata (tabella 4), monitorata retrospettivamente su SDO dal 2022 ad oggi, risulta in progressivo miglioramento soprattutto per quanto riguarda gli interventi in priorità A, essendo passata dal 76,80% del 2022 al 91,51% del 2024. Questo miglioramento riguarda in particolare gli interventi chirurgici per tumore maligno dell'utero, l'intervento con la maggiore numerosità. In netto miglioramento, la percentuale di rispetto dei tempi di attesa per gli interventi in priorità B e C (76,92% e 85,71%, rispettivamente).

Tabella 4. Rispetto dei tempi di attesa anni 2022, 2023 e 2024 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

2022	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
Totali	96	125	76,80	22,18	6	32	18,75	119,41	9	25	36,00	283,28	6	6	100,00	201,17
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 dell'utero	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

2023	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
Totale	121	138	87,68	20,04	26	35	74,29	61,80	6	11	54,55	222,64	0	1	0,00	749,00
Biopsia percutanea del Fegato	7	8	87,50	17,25	2	2	100,00	35,50	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	1	2	50,00	45,00	0	1	0,00	81,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno dell'Utero	1	1	100,00	6,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	74	80	92,50	17,54	1	1	100,00	7,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	1	1	100,00	6,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	37	46	80,43	24,41	23	31	74,19	64,65	6	11	54,55	222,64	0	1	0,00	749,00

2024	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
Totale	97	106	91,51	22,15	10	13	76,92	96,23	6	7	85,71	147,43	1	1	100,00	170,00
Biopsia percutanea del Fegato	7	7	100,00	7,43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	1	2	50,00	44,00	0	1	0,00	559,00	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno dell'Utero	2	2	100,00	19,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	54	57	94,74	18,96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	33	38	86,84	28,63	10	12	83,33	57,67	6	7	85,71	147,43	1	1	100,00	170,00

VOLUMI EROGATI

Nel corso del 2024 è stata registrata una diminuzione dei ricoveri con DRG chirurgico (tabella 5) dovuta purtroppo alla mancanza di anestesisti.

Tabella 5. Volumi ricoveri con DRG chirurgico anni 2022, 2023 e 2024 (fonte: ADT).

	2022	2023	2024
Chirurgia	2.384	2.561	2.368
Ostetricia e ginecologia - senza DRG 381	1.317	1.233	1.189
DRG 381	212	207	186
TOTALE	3.913	4.001	3.743

Il trend dei volumi erogati nel 2022-2024 per le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa è riportato in tabella 6.

Tabella 6. Volumi interventi monitorati anni 2022, 2023 e 2024 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

ANNO	2024	2023	2022
INTERVENTI	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
Totale	127	185	188
Biopsia percutanea del Fegato	7	10	9
Colecistectomia laparoscopica	3	3	6
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	1	1
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	57	81	54
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella *	-	1	15
Riparazione ernia inguinale	58	89	102

* attività eseguita presso l'Istituto da professionisti ASU GI per recupero liste d'attesa.

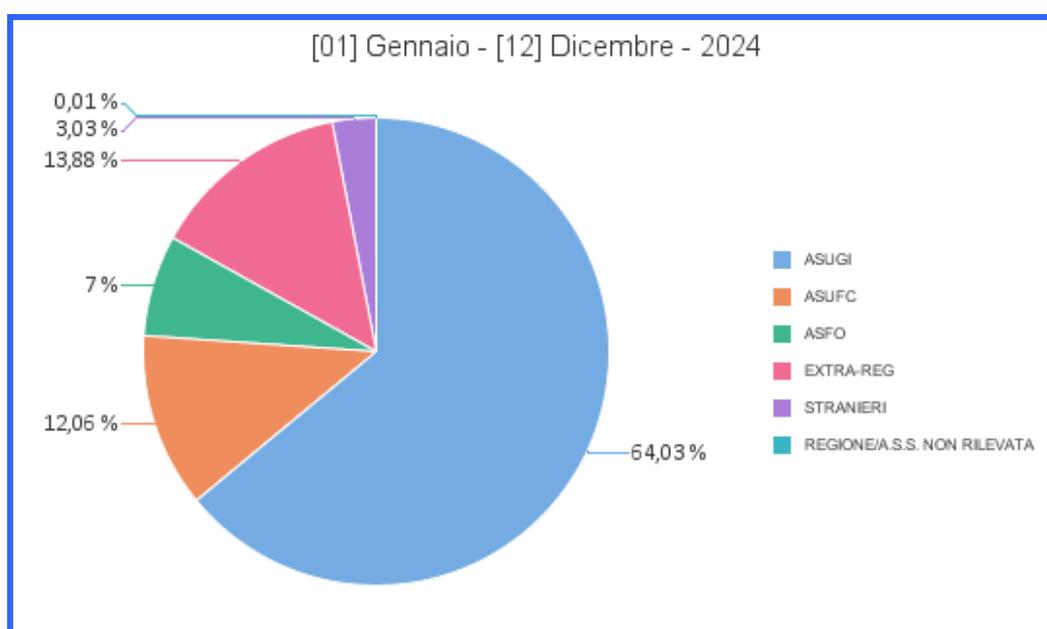
In tabella 7 sono riportati i volumi degli interventi oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa relativi all'anno 2024, suddivisi per priorità.

Tabella 7. Volumi interventi monitorati anno 2024 per priorità (fonte: cruscotto regionale Qlik).

ANNO	2024			
	A	B	C	D
Priorità				
INTERVENTI	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
Totali	106	13	7	1
Biopsia percutanea del Fegato	7	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	2	1	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	2	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	57	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	38	12	7	1

Nel grafico 8 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un ricovero in Istituto nel 2024. Circa il 14% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico 8. Prestazioni di ricovero (ordinari e DH) anno 2024. Provenienza utenti (onte: ADT).



LINEE DI INTERVENTO

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 Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 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 "Presenza 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.

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.

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. 182/2018 "Revisione del documento che disciplina le modalità di effettuazione dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie di cui alla DGR 208/2014 e alla DGR 1321/2014").

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.

IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PRE-OPERATORI

Le "Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato" hanno ridefinito le modalità di gestione del paziente nel pre-operatorio.

Tali linee prevedono 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.

Le prestazioni sanitarie erogabili in pre-ricovero, 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 pre-ricovero 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 pre-ricovero è attribuita ai servizi di pre-ricovero, 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 anestesiológico.

INTEGRAZIONE DI PROCEDURE DI PRENOTAZIONE E PROGRAMMAZIONE

In Istituto, i sistemi informatici per gestione delle liste di attesa e del pre-ricovero, 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.

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.

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.

MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE

Dall'esame dell'attività SDO svolta nel 2024 emerge quanto l'ALPI 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.

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
3-Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4-Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5-Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6-Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7-Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
12-Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13-Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x

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, riportate qui sotto:

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 senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA

L'Istituto ha utilizzato tutto il finanziamento di euro 200.000 finalizzato al recupero delle liste di attesa accordato con LLGG 2024 - fin. Linea 0,4 p.c. art. 45 disegno l. bilancio 2024.

Il finanziamento di euro 200.000 riconosciuto all'Istituto e finalizzato all'abbattimento delle liste di attesa per il 2025 sarà destinato all'erogazione delle prestazioni riportate qui sotto.

- Prestazioni di specialistica ambulatoriale (in ordine di priorità):
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2023, ma non ancora erogate;
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2024, ma non ancora erogata e per la quale il tempo di attesa abbia superato il periodo massimo di attesa garantito dal PNGLA per la relativa classe di priorità, con prestazione da erogarsi primariamente per le classi di priorità B e D e nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa;
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale iscritta in lista di attesa a decorrere dal 1° gennaio 2025 con classe di priorità B o D, ma non ancora erogata, e per la quale il tempo di attesa abbia superato il periodo massimo di attesa garantito dal PNGLA per la relativa classe di priorità, con erogazione da effettuarsi nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa per la classe di priorità.
- Prestazioni di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico (in ordine di priorità):
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2023, ma non ancora erogate;
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione per il recupero delle prestazioni richieste e iscritte in lista di attesa entro il 31.12.2024, ma non ancora erogata e per la quale il tempo di attesa abbia superato il periodo massimo di attesa garantito dal PNGLA per la relativa classe di priorità, con prestazione da erogarsi nel rispetto della Classe di priorità in lista di attesa e dell'ordine di iscrizione nella stessa lista per la classe di priorità;
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione iscritta in lista di attesa a decorrere dal 1° gennaio 2025 con classe di priorità A, ma non ancora erogata, con erogazione da effettuarsi nel rispetto dell'ordine di iscrizione in lista di attesa per la classe di priorità.

- Prestazioni di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche:
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche, in qualunque periodo iscritta in lista di attesa in classe di priorità A o B, ricomprendendo, comunque, le seguenti prestazioni: interventi chirurgici per tumore maligno a: prostata, colon, retto, utero, tiroide, polmone, mammella; interventi chirurgici per melanoma; Linfoma e leucemia non acuta con CC.
- Prestazioni di specialistica ambulatoriale finalizzate al trattamento e diagnosi di patologie oncologiche:
 - ❖ ogni tipologia di prestazione di specialistica ambulatoriale in classe di priorità breve o differita finalizzata al trattamento e diagnosi di patologie oncologiche, in qualunque periodo iscritta in lista di attesa; vanno considerate appartenenti alla presente tipologia di prestazioni anche quelle rientranti nelle attività di screening di II livello.

Per tali finalità è previsto il ricorso a prestazioni aggiuntive con aumento della tariffa oraria (euro 100/ora per la dirigenza medica 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.

Il finanziamento assegnato all'Istituto riesce a coprire solo una parte residuale dell'attività collegata al recupero dei tempi d'attesa. Rispetto pertanto ai volumi di attività che risultano ancora pendenti, soprattutto nella parte dei ricoveri, si precisa che i sia i restanti ricoveri che le prestazioni di specialistica ambulatoriale verranno erogati in regime istituzionale e che, come di consueto, si procederà ad una costante verifica della lista d'attesa.

Dipendendo dalla disponibilità dei professionisti, dirigenti e del comparto, a garantire attività extra orario, l'articolazione della nuova offerta sarà costante monitorata ed eventualmente ridefinita nel corso dell'anno, al fine di garantire il completo utilizzo del finanziamento. La pianificazione, ad oggi definita, destina minori risorse all'attività ambulatoriale (22,5% del finanziamento) rispetto alle prestazioni di ricovero, alle quali è stato assegnato il 77,5% del complessivo finanziamento, al fine di non creare ulteriori sforamenti nei tempi d'attesa dei ricoveri stessi.

Come previsto, la programmazione dell'attività 2025 è stata formalmente inviata ad ARCS e DCS con nota prot. n. 1201 dd 30/1/2025.

Si precisa, infine, che, in sede di monitoraggio trimestrale, si provvederà a segnalare, come di consueto, l'attività erogata nel periodo di riferimento e ad aggiornare la programmazione, segnalando eventuali necessità di ulteriore finanziamento, tenuto conto che, nel corso del 2024, il finanziamento dedicato è stato completamente esaurito e l'Istituto, dopo l'autorizzazione di cui alla nota DCS prot. n. 610654/2024, ha finanziato il recupero delle prestazioni attingendo alle risorse accantonate ai sensi del DL n. 158/2012 (cd risorse ex DL Balduzzi).

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 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 all'URP ed all'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici dell'Istituto. 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, etc.).

Il personale di questi due uffici 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.

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).

FORMAZIONE E CONDIVISIONE

INFORMAZIONE E FORMAZIONE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI

Per garantire il costante aggiornamento e supporto dei professionisti, l'Istituto programma le attività riportate qui sotto.

SISTEMA DI PRENOTAZIONE

- Incontri di coordinamento dei referenti degli sportelli aziendali di prenotazione e dei referenti dell'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici dell'Istituto per condividere, analizzare e gestire sia specifiche problematiche di tipo quotidiano sia nuovi percorsi attivati a livello aziendale.
- Programmazione annuale di corsi relativi ad aspetti specifici delle procedure di prenotazione ed alla 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 Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici, per le problematiche di accesso di particolare complessità che si presentano agli sportelli, Call Center regionale 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 e MMG/PLS, attraverso due modalità:

- incontri formativi gestiti dall'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici

dell'Istituto. 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 Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici dell'Istituto ed inviate a cascata ai direttori dei vari dipartimenti, per la diffusione ai singoli specialisti.

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

RIFERIMENTI NAZIONALI

- Decreto del Ministro della Salute 11 febbraio 2025: Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2025-2027 e dei relativi Allegati.
- Legge 30 dicembre 2024, n. 207: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027.
- Legge 29 luglio 2024, n. 107: Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie.
- Legge 30 dicembre 2023, n. 213: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026.
- Decreto-Legge 29 dicembre 2022, n. 198, coordinato con la Legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14, recante: «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.
- Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 9 luglio 2020: Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato.
- Decreto del Ministero della Salute 20 agosto 2019: Ripartizione tra le regioni dei fondi per la riduzione dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
- Decreto Ministeriale del Ministero della Salute 20 giugno 2019: Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.
- Decreto del Ministero della Salute 12 marzo 2019: Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria.
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 21 febbraio 2019: Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021.
- Legge 30 dicembre 2018, n. 145: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016: Regolamento generale sulla protezione dei dati.
- Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
- Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158: Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- Decreto-Legge 9 febbraio 2012, n. 5: Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo.
- Decreto interministeriale del Ministro dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011: De-

materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria).

- Decreto del Ministero della Salute 8 luglio 2011: Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.
- Intesa della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 28 ottobre 2010: 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 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 della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 29 aprile 2010: 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".
- Decreto Legislativo 3 ottobre 2009, 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.
- Decreto del Ministro della Salute 31 marzo 2008: Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 marzo 2008: 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.
- Legge 3 agosto 2007, n. 120: Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria.
- Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006: Approvazione del «Piano sanitario nazionale» 2006-2008.
- Provvedimento della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 28 marzo 2006: 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.
- Legge 23 dicembre 2005, n. 266: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006).
- Intesa Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 23 marzo 2005: Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005).
- Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196: Codice in materia di protezione dei dati personali.
- Legge 27 dicembre 2002, n. 289: Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2003).
- Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 11 luglio 2002: 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 (repertorio atti n. 1386), sulle modalità di accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e indirizzi applicativi sulle liste di attesa.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 aprile 2002: Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa.
- Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province

Autonome di Trento e Bolzano 14 febbraio 2002: Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della Legge 1 aprile 1999, n. 91, recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti".

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000: Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio Sanitario Nazionale.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229: Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998: Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.
- Decreto Legislativo 29 aprile 1998, 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.
- Legge 27 dicembre 1997, n. 449: Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica.
- Legge 23 dicembre 1996, n. 662: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995: Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari".
- Legge 23 dicembre 1994, n. 724: Misure di razionalizzazione della finanza pubblica.
- Legge 30 dicembre 1991, n. 412: Disposizioni in materia di finanza pubblica.

RIFERIMENTI REGIONALI

- Delibera della Giunta Regionale 14 gennaio 2025, n. 21: LR 22/2019. Linee di indirizzo e direttive regionali per l'attività di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e recupero delle liste di attesa con utilizzo di linee specifiche di finanziamento finalizzato per l'anno 2025.
- Delibera della Giunta Regionale 30 dicembre 2024, n. 2052: Linee di annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2025.
- Delibera della Giunta Regionale 13 dicembre 2024, n. 1924: Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale e Protetica - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.
- Delibera della Giunta Regionale 19 gennaio 2024, n. 48: LR 22/2019. Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024. Approvazione definitiva.
- Delibera della Giunta Regionale 25 agosto 2023, n. 1317: LR 13/2023, art 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. DGR 1244/2023. Approvazione piani complessivo azioni enti SSR.
- Delibera della Giunta Regionale 4 agosto 2023, n. 1244: LR 13/2023, art. 8, commi da 2 a 8. Governo tempi di attesa delle prestazioni sanitarie. Ripartizione risorse e indicazioni.
- Legge Regionale 10 agosto 2023, n. 13: Assestamento del bilancio per gli anni 2023-2025 ai sensi dell'articolo 6 della Legge Regionale 10 novembre 2015, n. 26.
- Delibera della Giunta Regionale 27 luglio 2023, n. 1198: DL 198/2022, art 4, comma 9 octies. Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa per l'anno 2023.
- Delibera della Giunta Regionale 24 novembre 2022, 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.
- Delibera della Giunta Regionale 18 marzo 2022, n. 365: 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.
- Delibera della Giunta Regionale 28 gennaio 2022, 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.

- Delibera della Giunta Regionale 23 dicembre 2021, n. 1965: LR 22/2019. DGR 1446/2021 "Definizione delle attività e delle funzioni dei livelli assistenziali del Servizio Sanitario Regionale". Rettifica errori materiali.
- Legge Regionale 12 dicembre 2019, 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.
- Delibera della Giunta Regionale 29 novembre 2019, 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.
- Delibera della Giunta Regionale 25 ottobre 2019, n. 1815: Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021.
- Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 27: Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio Sanitario Regionale.
- Delibera della Giunta Regionale 14 settembre 2018, n. 1680: DGR 2034/2015 - approvazione del Nuovo Nomenclatore Tariffario per la Specialistica Ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia.
- Delibera della Giunta Regionale 6 luglio 2018, n. 1252: DM 70/2015, appendice 2: organizzazione dell'attività chirurgica programmata (interventi chirurgici e procedure invasive).
- Delibera della Giunta Regionale 2 febbraio 2018, n. 182: Revisione del documento che disciplina le modalità di effettuazione dei controlli della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie di cui alla DGR 208/2014 e alla DGR 1321/2014.
- Delibera della Giunta Regionale 22 settembre 2017, n. 1783: DPCM 12.1.2017: aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie regionali aggiuntive (extra LEA).
- Delibera della Giunta Regionale 31 marzo 2017, n. 600: LR 17/2014, art. 35, comma 4, lett h) - attivazione e regolamentazione del day service.
- Delibera della Giunta Regionale 16 ottobre 2015, n. 2034: Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi d'attesa.
- Legge Regionale 16 ottobre 2014, n. 17: Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria.
- Delibera della Giunta Regionale 1 agosto 2014, 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.
- Delibera della Giunta Regionale 28 luglio 2011, n. 1439: Piano regionale attuativo del Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012 - approvazione.
- Legge Regionale 26 febbraio 2009, n. 7: Disposizioni in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario regionale.
- Delibera della Giunta Regionale 16 febbraio 2017, 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.
- Delibera della Giunta Regionale 30 giugno 2006, n. 1509: Piano regionale attuativo del Piano nazionale di contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2006-2008 - approvazione.