



IRCCS Burlo

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



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

ALLEGATO 2:
PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2026

Sommario

PREMESSA.....	4
RIFORMA DEGLI IRCCS	4
ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	5
ANALISI DEL CONTESTO.....	5
ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.....	5
Monitoraggio e prestazioni fino al 31/12/2024.....	5
Monitoraggio e prestazioni dal 01/01/2025	6
VOLUMI EROGATI.....	8
DOMANDA	8
LINEE DI INTERVENTO	9
GESTIONE DELL'OFFERTA.....	9
Organizzazione dell'offerta	9
Dimensionamento dell'offerta.....	9
Separazione dei canali di accesso.....	10
Definizione percorsi con ASU GI.....	10
Gestione delle agende.....	10
Composizione dell'offerta.....	10
Revisione delle agende di prenotazione	11
<i>Overbooking</i>	11
Sospensione dell'erogazione.....	11
Sviluppo e implementazione della telemedicina.....	11
GESTIONE DELLA DOMANDA	11
Quesito diagnostico	12
Tipologia di accesso.....	12
Codici di priorità	12
RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei).....	12
Verifica dell'appropriatezza prescrittiva	13
Presa in carico dell'assistito da parte dello specialista	13
Prenotazione del secondo accesso - presa in carico.....	14
Day Service.....	14
Ambiti di garanzia	14
GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA	14
PERCORSI DI TUTELA.....	15

MONITORAGGIO DEI FLUSSI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	16
MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	16
TEMPI MASSIMI DI ATTESA.....	16
PRESTAZIONI MONITORATE E TIPOLOGIA DI MONITORAGGIO.....	16
MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE.....	16
RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE	16
MANCATA PRESENTAZIONE/DISDETTA.....	16
MANCATO RITIRO	17
VALIDITÀ DELLA PRIORITÀ DI ACCESSO	17
RICOVERI PROGRAMMATI	17
ANALISI DEL CONTESTO.....	17
ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA.....	17
VOLUMI EROGATI.....	18
LINEE DI INTERVENTO	19
MODALITÀ DI ACCESSO	19
AMPLIAMENTO DEL MONITORAGGIO.....	19
CRITERI CONDIVISI DI APPROPRIATEZZA CLINICA E ORGANIZZATIVA.....	19
IMPLEMENTAZIONE DI PERCORSI PRE-OPERATORI	19
INTEGRAZIONE DI PROCEDURE DI PRENOTAZIONE E PROGRAMMAZIONE.....	20
REVISIONE DELLE ATTIVITÀ DI PROGRAMMAZIONE DELLE SALE OPERATORIE.....	20
IMPIEGO OTTIMALE DELLE PIATTAFORME LOGISTICHE	20
MONITORAGGIO DEI VOLUMI EROGATI IN ISTITUZIONALE E IN LIBERA PROFESSIONE.....	20
MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	20
TEMPI MASSIMI DI ATTESA.....	21
PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA	21
RAPPORTI CON I CITTADINI E COMUNICAZIONE	21
FORMAZIONE E CONDIVISIONE.....	21
INFORMAZIONE E FORMAZIONE RIVOLTE AI PROFESSIONISTI.....	21
RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI	22
RIFERIMENTI NAZIONALI	22
RIFERIMENTI REGIONALI	24

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. 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.

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.

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 2026 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 è stato quindi redatto in ottemperanza alle linee guida regionali, come stabilito dalla DGR n. 1815/2019 “Approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021”, e alle “Indicazioni per la redazione del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2026 versione successiva a DGR 1507/2025” e tiene conto Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l’anno 2026 (vedere capitolo 3 del Piano Attuativo Ospedaliero, nello specifico Linea B.2 e Linea B.3). Inoltre, al fine di garantire un approccio coordinato ed efficace nella gestione delle liste di attesa, sono state seguite le indicazioni dell’Unità centrale di gestione dell’assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia (DGR n. 1415 del 27 settembre 2024) e del Tavolo Tecnico Regionale di Lavoro composto da rappresentanti degli enti del SSR, Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità (DCS), Responsabile Unico Regionale per l’Assistenza Sanitaria (RUAS), Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute (ARCS) e Insiel SpA.

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 inherente 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, ruolo non ancora formalizzato a livello regionale. Tali primi accessi

dovrebbero fare riferimento solo a casistica inherente al mandato specifico attribuito all'IRCCS dalla normativa, ovvero per situazioni cliniche dell'area materno-infantile relativamente a pediatria, ostetricia e ginecologia. In attesa del nuovo PRGLA 2025/2027 è stata proposta una revisione degli attuali ambiti di garanzia per l'Istituto:

- l'ambito della componente di ostetricia e ginecologia è il territorio dell'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASU GI);
- l'ambito per l'area pediatrica è regionale.

ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE ANALISI DEL CONTESTO

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 Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2025-2027 ha rivisto l'elenco delle prestazioni, di primo accesso, da monitorare e ha individuato 50 prestazioni ambulatoriali (19 visite specialistiche e 31 prestazioni strumentali) e 15 prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno. Dal 30 dicembre 2024 è entrato in vigore il Nuovo Nomenclatore Tariffario regionale per le prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale. In seguito alle importanti variazioni introdotte con il Nuovo Nomenclatore ed alla luce della nuova lista di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio definita dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) in base a quanto previsto dal DL n. 73/2024, a partire dal 1° gennaio 2025, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia ha adottato un nuovo sistema di monitoraggio ex ante dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali.

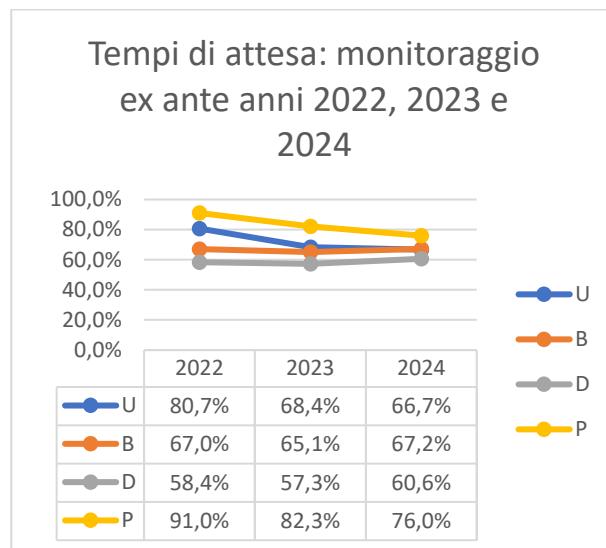
ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA

Monitoraggio e prestazioni fino al 31/12/2024

Il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali traccianti, utilizzato fino al 31/12/2024, è una rilevazione prospettica in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data assegnata per l'erogazione e la data di contatto/prenotazione.

Il grafico 1 riporta le percentuali complessive di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti in priorità U, 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 dicembre degli anni 2022, 2023 e 2024. Monitoraggio ex ante (fonte: cruscotto regionale Qlik).



Dal grafico 1 si nota come la percentuale di prestazioni traccianti garantite nei tempi dal 2022 al 2024 è diminuita per la priorità U e P, mentre è aumentata per la priorità B e D.

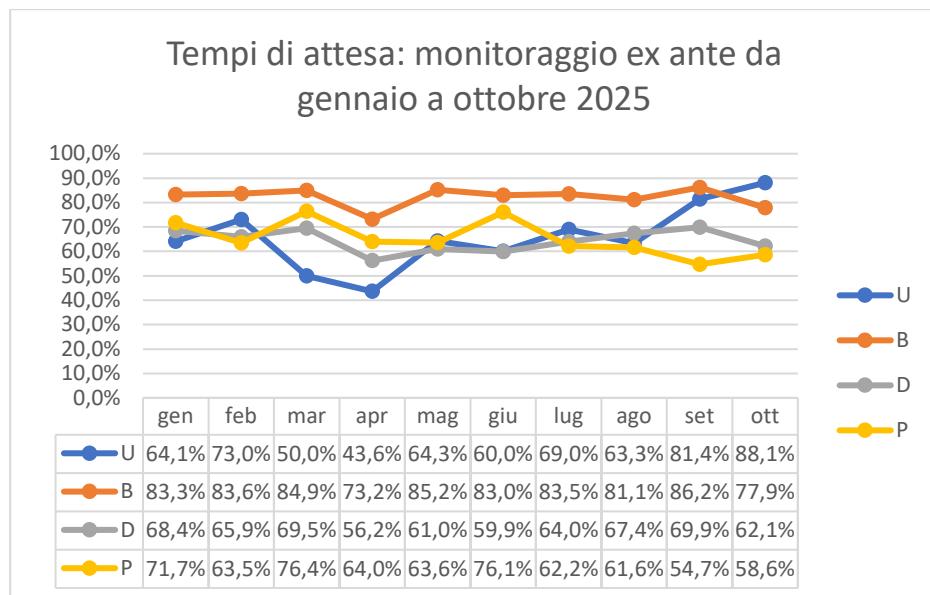
Si osserva una situazione di criticità, influenzata, in particolare, dalle performance critiche di alcune prestazioni, sia in priorità U (66,7%) che in priorità B (67,2%) e priorità D (60,6%). Tale situazione è ascrivibile sia all'incremento della domanda che alla difficoltà di reclutamento di alcuni specialisti.

Monitoraggio e prestazioni dal 01/01/2025

Il nuovo monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali traccianti è una rilevazione prospettica in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data di prima disponibilità di erogazione e la data di contatto/prenotazione.

Il grafico 2 riporta le percentuali complessive di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti in priorità U, B, D e P erogate dall'Istituto relativo al periodo gennaio-ottobre 2025.

Grafico 2. Andamento tempi di attesa prestazioni traccianti prenotate tra gennaio e ottobre dell'anno 2025. Monitoraggio ex ante (fonte: cruscotto regionale Qlik).



Dal grafico 2 si nota come la percentuale di prestazioni traccianti garantite da gennaio a ottobre 2025 è diminuita per la priorità B e D, mentre è aumentata per la priorità U e P. In particolare è necessario migliorare l'appropriatezza prescrittiva di alcune prestazioni in relazione alle indicazioni previste dal Manuale RAO.

La tabella 1 riporta le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti richieste in priorità U, B, D e P da gennaio a ottobre 2025.

Tabella 1. Percentuali di rispetto dei tempi attesa delle prestazioni traccianti prenotate tra gennaio e ottobre anno 2025.
Monitoraggio ex ante (fonte: cruscotto regionale Qlik).

Priorità	U	B	D	P
Prestazione	% garantite EX-ANTE	% garantite EX-ANTE	% garantite EX-ANTE	% garantite EX-ANTE
01 - PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	-	82,7%	83,9%	48,0%
04 - PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	93,3%	51,2%	45,0%	47,5%
05 - PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	-	68,0%	40,7%	36,6%
06 - PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	-	100,0%	-	100,0%
07 - PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	-	92,0%	92,3%	100,0%
09 - PRIMA VISITA GINECOLOGICA	40,6%	87,7%	46,9%	69,1%
10 - PRIMA VISITA NEFROLOGICA	-	100,0%	88,6%	94,7%
12 - PRIMA VISITA OCULISTICA	92,6%	98,3%	44,7%	34,8%
14 - PRIMA VISITA ORTOPEDICA	100,0%	83,5%	80,1%	91,4%
15 - PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	98,2%	74,2%	37,4%	32,6%
16 - PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	-	86,4%	84,1%	100,0%
17 - PRIMA VISITA REUMATOLOGICA	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
18 - PRIMA VISITA UROLOGICA	100,0%	100,0%	100,0%	74,4%
19 - PRIMA VISITA EMATOLOGICA	-	85,7%	100,0%	100,0%
21 - DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	50,0%	100,0%	100,0%	69,0%
22 - ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo	-	82,5%	99,7%	53,5%
24 - ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI (INFERIORI/SUPERIORI) ARTERIOSO E/O VENOSO	-	-	-	100,0%
26 - ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale	93,3%	62,4%	47,6%	50,7%
27 - ECOGRAFIA DELL'ADDOME (SUPERIORE/INFERIORE/COMPLETO)	60,0%	96,4%	97,4%	95,7%
29 - ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE/MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE	100,0%	79,3%	100,0%	99,5%
30 - ECOGRAFIA SCROTALI/ECOCOLORDOPPLER SCROTALI	-	100,0%	100,0%	94,3%
31 - ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	-	75,0%	100,0%	86,7%
32 - EMG (ARTO SUPERIORE/INFERIORE, CAPO, TRONCO)	-	0,0%	100,0%	100,0%
34 - ESAME AUDIOMETRICO (TONALE/VOCALE)	-	30,8%	39,5%	29,4%
35 - IMPEDENZOMETRIA	-	75,0%	47,9%	68,9%
37 - ORTOPANORAMICA DELLE ARCAZI DENTARIE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
38 - RM DELL'ADDOME (SUPERIORE/INFERIORE E SCAVO)	0,0%	100,0%	-	75,0%
39 - RM DEL COLLO	-	100,0%	100,0%	-
40 - RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	-	81,8%	100,0%	100,0%
41 - RM MUSCOLOSCHELETTRICA (RACHIDE/ARTI SUPERIORI/ARTI INFERIORI)	-	48,7%	100,0%	97,1%
42 - RX DELLA COLONNA (CERVICALE/DORSALE/LOMBOSACRALE/SACROCOCCIGEA)	-	90,5%	100,0%	100,0%
43 - RX (TORACE, ARTI SUPERIORI/INFERIORI)	80,0%	98,8%	100,0%	100,0%
44 - SPIROMETRIA (SEMPLICE/GLOBALE)	100,0%	-	-	-
45 - TC DELL'ADDOME (SUPERIORE/INFERIORE/COMPLETO)	-	100,0%	-	100,0%
46 - TC MUSCOLOSCHELETTRICA (RACHIDE/ARTI SUPERIORI/ARTI INFERIORI)	-	100,0%	100,0%	100,0%
47 - TC CRANIO-ENCEFALO	-	-	-	100,0%
48 - TC MASSICCIO FACCIALE	-	100,0%	100,0%	100,0%
49 - TC DEL TORACE	-	100,0%	100,0%	-
50 - TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE	-	-	100,0%	100,0%

La situazione descritta evidenzia alcune difficoltà nell'erogazione di alcune prestazioni traccianti. Analizzando nello specifico i dati mensili, risulta che la percentuale delle prestazioni erogate nei tempi previsti non è stabile ma fluttuante, questo dovuto alla variabilità stagionale della domanda per alcune prestazioni (per esempio prima visita dermatologica/allergologica), ai picchi di domanda (si registra spesso una maggiore concentrazione di richieste in determinati periodi - per esempio prima dell'inizio delle scuole o durante le vacanze), all'utilizzo di prestazioni aggiuntive, alla complessità dei pazienti, alla presenza di personale ultra specializzato (la mancanza o l'assenza temporanea di un singolo specialista in determinate specialità può influenzare i tempi di attesa in

quanto non facilmente sostituibile), alla difficoltà di reclutamento di specialisti (per esempio oculisti), alla modalità di prescrizione delle prestazioni (appropriatezza e concordanza prescrittiva), etc.

Queste criticità riflettono sfide sistemiche che necessitano di interventi mirati per migliorare l'efficienza e la disponibilità dei servizi sanitari, come interventi di rimodulazione/aumento dell'offerta che dovranno affiancare azioni di governo della domanda, con estesa e puntuale applicazione di protocolli RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) redatti dall'AGENAS.

VOLUMI EROGATI

A partire dall'anno 2022 è stato registrato un aumento complessivo dei volumi delle prestazioni erogate dall'Istituto (tabella 2). Nel 2025, la flessione registrata dei volumi è solo apparente in quanto il confronto non è omogeneo, infatti il Nuovo Nomenclatore Tariffario ha previsto l'accorpamento di alcune prestazioni e altre sono state chiuse (*).

Tabella 2. Volumi delle prestazioni ambulatoriali PER ESTERNI (al netto della S.C.R. Laboratorio di Diagnostica Avanzata Traslazionale) erogate dall'Istituto negli anni 2022, 2023, 2024 e da gennaio a ottobre 2025 (fonte: CUP).

	2022	2023	2024	gen-ott 2025
Total	184.514	191.043	203.962	146.814*

In tabella 3, sono riportati i volumi delle prestazioni traccianti erogate nel periodo da gennaio a ottobre 2025 (il periodo non è confrontabile con lo stesso periodo del 2024, per effetto dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore Tariffario).

Tabella 3. Volumi delle prestazioni traccianti erogate dall'Istituto nel periodo da gennaio a ottobre 2025 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

Periodo	gen-ott 2025				
	Priorità	U	B	D	P
Volume	606	3.201	8.170	22.310	34.287

Come già indicato, anche nel corso del 2025 è stato possibile garantire un'offerta incrementale dell'attività ambulatoriale grazie al finanziamento finalizzato al recupero dei tempi di attesa.

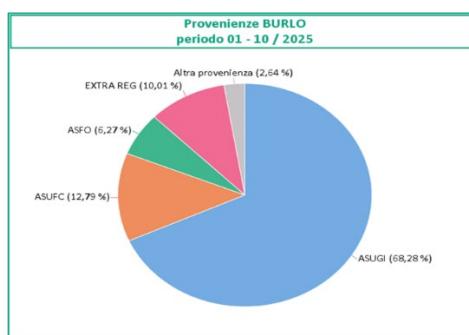
DOMANDA

L'Istituto assicura la funzione:

- materno-infantile per l'intero territorio regionale;
- ostetrico-ginecologica per l'area triestina, in collaborazione con ASU GI;
- per gli ambiti materno-infantile e ostetrico ginecologico è garantita anche una attività extra-regionale, che tuttavia non rientra nel monitoraggio delle liste d'Attesa;

Nel grafico 3 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un accesso ambulatoriale all'Istituto nel periodo gennaio-ottobre 2025. Poco più del 10% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione (prevalentemente per l'ambito neonatale e pediatrico).

Grafico 3. Prestazioni ambulatoriali nel periodo da gennaio a ottobre 2025. Provenienza utenti (fonte: CUP).



LINEE DI INTERVENTO

GESTIONE DELL'OFFERTA

Il sistema deve innanzitutto essere in grado di definire con accuratezza il fabbisogno dei propri assistiti. Contemporaneamente, è fondamentale differenziare i canali di accesso. La domanda si manifesta in modi diversi - un'urgenza non può essere trattata come un controllo di routine - e per questo motivo, il sistema deve offrire percorsi dedicati che riescano a rispondere alle diverse espressioni della domanda in maniera mirata. Inoltre, l'offerta non può essere rigida: è indispensabile che il sistema sia in grado di rimodulare l'offerta prevista in modo tempestivo.

Organizzazione dell'offerta

Ogni anno, la Direzione Sanitaria dell'Istituto, in collaborazione stretta con l'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici e con il contributo essenziale di tutte le articolazioni organizzative interne (Strutture Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici - SC, SSD, SS), è incaricata di produrre il piano dettagliato delle prestazioni erogabili.

Il Piano stabilisce i volumi complessivi suddividendoli in categorie precise in risposta ai fabbisogni previsti:

- prime visite specialistiche e primi esami strumentali: la capacità dedicata al primo accesso (diagnostico e strumentale);
- prestazioni di presa in carico (*outpatient*): le prestazioni necessarie per i pazienti già inseriti in percorsi clinici attivi;
- controlli e follow-up: le prestazioni programmate necessarie per monitorare l'andamento clinico dei pazienti nel tempo.

Questo approccio analitico assicura che le risorse siano allocabili dove la domanda è più critica e differenziata.

Per supportare questi obiettivi, l'implementazione operativa prevede una segmentazione delle agende di prenotazione:

- agende interne dedicate: saranno costruite/revisionate agende dedicate e gestite internamente per i percorsi di presa in carico, controlli e follow-up. Questo garantisce che i pazienti già seguiti abbiano accesso prioritario senza competere con le nuove richieste;
- agende aperte esternamente: le agende relative alle prestazioni di alta specializzazione e al primo accesso generale saranno aperte e prenotabili anche attraverso i 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 formalizzati 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 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.

Definizione percorsi con ASU GI

Per ottimizzare l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche sulla base di quanto indicato dalle Linee per la gestione del SSR per l'anno 2026 in merito alla collaborazione tra IRCCS e Aziende Sanitarie del territorio di competenza per il miglioramento dei tempi di attesa, l'Istituto si pone l'obiettivo di definire specifici percorsi interaziendali con ASU GI per poter così perseguire una ottimizzazione la corresponsabilità nell'ottimizzazione dei tempi di attesa soprattutto per l'utenza dell'area ostetrico-ginecologica.

Gli accordi definiranno i volumi e le tipologie di prestazioni che l'Istituto si impegna ad erogare per i pazienti dell'azienda stessa e viceversa.

Nel contesto del Piano di Rete "Reti tempo dipendenti - Rete neonatologica e Punti Nascita" - documento strategico ed organizzativo che definisce il modello assistenziale e gli obiettivi della Rete Clinica Tempo-Dipendente relativa alla Filiera Neonatologica e Ostetrico-Ginecologica regionale con l'obiettivo principale di garantire un'assistenza al percorso nascita qualificata, omogenea e sicura su tutto il territorio - formalizzato con Decreto ARCS del 21/12/2021 (Decreto n. 212/2021).

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.

Sulla base di periodici monitoraggi (domanda vs offerta), la Direzione Sanitaria, il Responsabile dell'Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici e i responsabili delle articolazioni organizzative provvedono a monitorare, al fine di riportarle 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 sportelli CUP dell'Istituto, farmacie, Call Center regionale, on line e 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.

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 all'offerta di ASU GI (pubblico o privato accreditato in particolare per l'area ginecologica).

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

Sviluppo e implementazione della telemedicina

La telemedicina rappresenta un ambito di grande rilevanza e complessità per tutte le aziende sanitarie, articolandosi in quattro sottogruppi principali: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e teleassistenza.

L'Istituto riconosce l'importanza di implementare la telemedicina come strumento essenziale a supporto dei percorsi di cura, con particolare attenzione ai filoni più rilevanti per le proprie esigenze, ovvero la televisita. Queste modalità offrono la possibilità di erogare prestazioni sanitarie a distanza, migliorando l'accesso alle cure e ottimizzando i tempi di attesa, senza compromettere la qualità del servizio. L'approccio graduale all'implementazione della telemedicina consente all'Istituto di sviluppare una strategia mirata, adattando le tecnologie alle specifiche necessità dei pazienti e alle risorse disponibili, garantendo nel contempo un elevato standard di cura e sicurezza. Il progressivo sviluppo delle modalità di telemedicina contribuirà, inoltre, ad alleggerire il carico sulle strutture sanitarie, ottimizzando la gestione delle risorse e aumentando l'efficacia complessiva del sistema sanitario.

GESTIONE DELLA DOMANDA

La pianificazione dell'offerta sanitaria da parte dell'Istituto si fonda su un principio cardine: la necessità di conoscere a fondo la domanda per poter elaborare un piano di produzione di prestazioni che sia perfettamente proporzionato alla richiesta, sia in termini di tipologia che di volumi. Per ottenere una stima affidabile di questa domanda, l'Istituto si affida principalmente all'analisi delle prescrizioni dematerializzate. Questo strumento è considerato l'unico mezzo capace di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi sull'intero territorio, garantendo dati comparabili e coerenti.

L'efficacia della prescrizione dematerializzata risiede nell'obbligo, per il prescrittore, di inserire informazioni essenziali e standardizzate che guidano l'accesso e la pianificazione:

- quesito diagnostico: indica la motivazione clinica della richiesta, permettendo di comprendere la reale necessità e la tipologia di prestazione appropriata;
- tipologia di accesso: definisce il canale o la modalità di erogazione più idonea;
- classe di priorità: classifica l'urgenza della prestazione in base alla gravità del quadro clinico

del paziente, elemento cruciale per la gestione delle liste d'attesa.

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.

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.

A partire dal 1° giugno 2025 sono operativi nell'applicativo PSM per i medici specialisti i RAO definiti da AGENAS. Il medico che prescrive con ricetta dematerializzata una prestazione per la quale sono stati definiti i RAO deve esplicitare il criterio RAO che giustifica la priorità attribuita. Nel caso ritenga necessario attribuire una particolare priorità anche in assenza di uno specifico criterio clinico, può procedere con la prescrizione individuando il quesito "Altro". La voce "Altro" non potrà superare il 10% delle prescrizioni RAO.

Successivamente all'avvio dell'utilizzo dei RAO per i medici specialisti, i RAO sono stati implementati anche negli applicativi che i MMG/PLS utilizzano per effettuare le prescrizioni.

In casi particolari (specialità pediatrica cardiologica, specialità pediatrica dermatologica/allergologica e specialità pediatrica gastroenterologica) sono stati dettagliati 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.

Verifica dell'appropriatezza prescrittiva

In relazione all'obiettivo C.1.a "Migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni attraverso l'adozione dei RAO, così come indicato nelle Linee annuali per la gestione del SSR per l'anno 2025 (rif. DGR n. 2052 del 30.12.2024) dal 1° giugno 2025 l'implementazione dei RAO è stata effettuata anche nel G2 Clinico, quindi agli specialisti è fortemente raccomandato effettuare una valutazione sull'appropriatezza prescrittiva tra priorità e quesito clinico indicati nell'impegnativa.

I dati raccolti saranno oggetto di audit che coinvolgeranno sia i medici specialisti interni che, 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 si sta diffondendo.

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.

In vista dell'introduzione del nuovo PRGLA 2025/2027 è stato definito una modifica degli attuali ambiti territoriali di garanzia per l'Istituto.

Queste revisioni definiscono l'estensione geografica per la quale l'Istituto deve prioritariamente assicurare il rispetto dei tempi massimi di attesa per alcune aree specialistiche fondamentali:

- ostetricia e ginecologia: l'ambito di garanzia è stato ristretto al territorio dell'ASU GI;
- area pediatrica: l'ambito di garanzia è stato esteso a livello regionale. Questo sottolinea il ruolo di riferimento dell'Istituto per le prestazioni pediatriche, richiedendo di mantenere standard di accesso uniformi per tutti i cittadini in età pediatrica della Regione.

In sintesi, la proposta razionalizza le responsabilità territoriali dell'Istituto in attesa delle nuove direttive regionali, concentrando l'impegno ostetrico-ginecologico sul bacino locale e mantenendo una responsabilità più ampia per le cure materno-infantili.

La natura di IRCCS prevede che l'attività specialistica sia accessibile anche al di fuori dell'ambito di garanzia, in particolare da altre regioni o stati (l'attrattività extra-regionale è anche un parametro che rientra nella valutazione di accreditamento quale IRCCS).

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.

Per l’ambito ostetrico-ginecologico la disponibilità viene valutata su tutto il territorio di ASU GI.

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. Nelle more dell’attuazione di quanto innanzi 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

I tempi massimi di attesa per le prestazioni sanitarie in Italia sono regolati dal PNGLA 2025-2027.

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 è presente nell’ALLEGATO L del PNGLA 2025-2027.

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 (nuovo monitoraggio): rilevazione prospettica in un determinato giorno/periodo indice della differenza tra la data di prima disponibilità di erogazione e la data di contatto/prenotazione;
- 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.

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 una percentuale inferiore al 5% della casistica (seppure tale percentuale, essendo una media, fa rilevare una certa disomogeneità tra le specialità).

L’Istituto provvede a garantire un monitoraggio comparativo dei volumi e 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, monitorata retrospettivamente su SDO dal 2022 ad oggi, risulta in progressivo miglioramento soprattutto per quanto riguarda gli interventi in priorità A. 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. I dati relativi all'anno 2025 (in particolare il periodo da gennaio a ottobre 2025) sono riportati nella tabella 4.

Relativamente all'intervento di riparazione di ernia inguinale la percentuale nei tempi risente dei primi mesi dell'anno in cui si sono verificati degli eventi imprevedibili legati a condizioni cliniche dei pazienti.

Tabella 4. Rispetto dei tempi di attesa nel periodo da gennaio a ottobre 2025 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

gen-ott 2025 Interventi	A				B				C				D			
	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa	N. Ricoveri nei tempi	N. Ricoveri	% nei tempi	T. medio di attesa
Biopsia percutanea del Fegato	8	9	88,89	11	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	100,00	98
Colecistectomia laparoscopica	2	3	66,67	32	2	3	66,67	81	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	1	100,00	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	61	65	93,85	13	0	1	0,00	218	-	-	-	-	-	-	-	-
Riparazione ernia inguinale	17	25	68,00	35	17	19	89,47	52	8	9	88,89	132	1	1	100,00	182

VOLUMI EROGATI

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

Tabella 5. Volumi ricoveri con DRG chirurgico anni 2022, 2023, 2024 e da gennaio a ottobre 2025 - esclusi DRG 370 PARTO CESAREO CON CC; 371 PARTO CESAREO SENZA CC; 481 TRAPIANTO DI MIDOLLO OSSEO (fonte: ADT).

	anni			periodo gennaio - ottobre			
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2025
chirurgia	2.372	2.551	2.375	1.980	2.150	1.986	2.204
gar	33	48	54	25	42	42	48
U.C.O. Clinica ostetrica e ginecologica	1.004	924	883	844	765	760	703
DRG 381	212	207	198	184	184	174	134
TOTALE	3.621	3.730	3.510	3.033	3.141	2.962	3.089

Il trend dei volumi erogati nel periodo 2022-2024 e nel periodo da gennaio a ottobre 2025 per le prestazioni oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa è riportato in tabella 6.

Tabella 6. Volumi interventi monitorati periodo 2022-2024 e da gennaio a ottobre 2025 (fonte: cruscotto regionale Qlik).

Periodo	anni			periodo gen-ott 2025
	2022	2023	2024	
Interventi	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
Totali	188	185	128	137
Biopsia percutanea del Fegato	9	10	7	10
Colecistectomia laparoscopica	6	3	3	6
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	1	1	2	-
Interventi chirurgici tumore del Polmone	-	-	-	1
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	1	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	54	81	58	66
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella (*)	15	1	-	-
Riparazione ernia inguinale	102	89	58	54

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

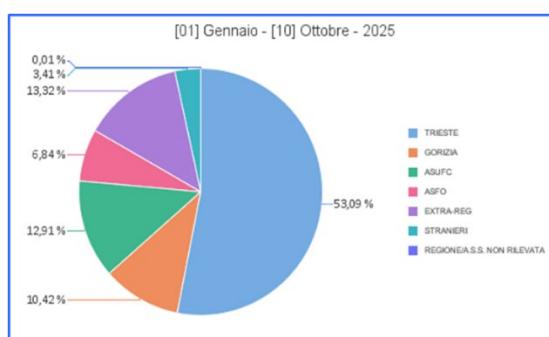
In tabella 7 sono riportati i volumi degli interventi oggetto del monitoraggio dei tempi di attesa relativi all'anno 2024, suddivisi per priorità.

Tabella 7. Volumi interventi monitorati periodo da gennaio a ottobre 2025 per priorità (fonte: cruscotto regionale Qlik).

Periodo	gen-ott 2025			
	A	B	C	D
Interventi	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri	N. Ricoveri
Totali	103	23	9	2
Biopsia percutanea del Fegato	9	-	-	1
Colecistectomia laparoscopica	3	3	-	-
Interventi chirurgici tumore del Polmone	1	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	65	1	-	-
Riparazione ernia inguinale	25	19	9	1

Nel grafico 4 è riportata la provenienza degli utenti che hanno eseguito un ricovero in Istituto nel 2024. Circa il 13% delle prestazioni risulta erogato a pazienti che provengono da fuori regione.

Grafico 4. Prestazioni di ricovero (ordinari e DH) periodo da gennaio a ottobre 2025. Provenienza utenti (fonte: 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 “Presa in carico”, nella quale sono inseriti i pazienti per i quali è stata posta un’indicazione chirurgica, ma che devono ancora completare l’iter diagnostico, effettuare trattamenti farmacologici o terapie adiuvanti o attendere un tempo di osservazione/valutazione prima dell’intervento. Il paziente presente in una lista di presa in carico viene trasferito alla lista di attesa non appena risulta idoneo all’intervento chirurgico.

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

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 “potenzialmente 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 anestesiologico.

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 Generale.

Nell'ambito delle progettualità previste dalle linee di gestione 2026, si procederà all'individuazione dei fattori all'origine dei ritardi per ciascuna prestazione monitorata di chirurgia non oncologica, entro il 31/1/2026 ed alla successiva definizione e applicazione di un piano di recupero immediato per ciascun intervento, relazionando piano di recupero ed interventi alla DCS entro le scadenze previste.

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 équipe, in base al numero e tipologia di pazienti in attesa.

Nei primi mesi del 2026 è previsto l'avvio di un progetto Lean rivolto all'ottimizzazione dei processi all'interno del Blocco Operatorio.

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 è presente nell'ALLEGATO L del PNGLA 2025-2027.

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.

PIANO DI RECUPERO DEI TEMPI DI ATTESA

Nel 2025 l'Istituto ha utilizzato tutto il finanziamento di euro 200.000 finalizzato al recupero delle liste di attesa accordato con LLGG 2025 - fin. Linea C.2 Pianificazione delle attività di contenimento dei tempi di attesa e recupero delle liste di attesa con utilizzo di linee specifiche di finanziamento finalizzato.

Per tali finalità è stato 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 è riuscito 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 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.

Per l'anno 2026 al momento non sono stati stanziati finanziamenti aggiuntivi. Si prevede, altresì, di ricorrere a prestazioni aggiuntive per alcuni ambiti più critici ed alla condivisione di percorsi organizzativi con ASU GI sull'area ostetrico-ginecologica.

Per quanto riguarda le singole azioni di miglioramento si rimanda a quanto descritto nei paragrafi precedenti.

RAPPORTI CON I CITTADINI E COMUNICAZIONE

L'Istituto ha delineato un approccio alla comunicazione che mira a essere completo e accessibile, bilanciando l'utilizzo di canali tradizionali consolidati come l'Ufficio Stampa e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), con l'integrazione di nuovi canali digitali che sfruttano appieno il potenziale delle moderne tecnologie.

Questa strategia si muove lungo due direttive fondamentali: l'informazione proattiva e la gestione reattiva delle problematiche segnalate dai cittadini.

1. Informare e rendere trasparente l'accesso
2. Ascoltare e risolvere: la gestione reattiva
3. Condivisione con il personale per la coerenza

Per garantire l'efficacia di tutte queste interazioni, è in previsione la realizzazione momenti di condivisione specifici e dedicati agli operatori degli sportelli CUP e dell'URP. L'obiettivo di questa condivisione è duplice: migliorare la comunicazione interna per una diffusione più capillare delle informazioni aggiornate e potenziare la comunicazione esterna, rafforzando la coerenza informativa e l'efficacia delle risposte fornite ai cittadini, soprattutto durante le situazioni di maggiore 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

Al fine di ottimizzare il sistema di prenotazione (che include sportelli interni, il Call Center regionale e le farmacie convenzionate) si intende procedere su più ambiti.

1. Tavolo di coordinamento e gestione integrata: programmazione periodica di incontri di coordinamento tra i referenti degli sportelli aziendali e l’Ufficio Gestione Prestazioni sanitarie e Percorsi clinici al fine di analizzare e risolvere tempestivamente specifiche problematiche e condividere/integrare operativamente i nuovi percorsi clinici attivati a livello aziendale, garantendo un’applicazione omogenea delle procedure
2. Sviluppo di competenze e formazione specialistica: Per ogni struttura sarà individuato un referente e dovrà essere assicurata una adeguata formazione dei professionisti. Saranno programmati dall’istituto dei corsi specifici nel corso dell’anno. I referenti individuati partecipano attivamente a riunioni periodiche di coordinamento e raccordo.
3. 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 CUP di tutto il territorio di ASU GI, Call Center regionale, farmacie.
4. Supporto tecnico e informativo continuo per garantire la manutenzione scrupolosa di tutte le informazioni relative all’accesso direttamente nelle avvertenze operatore del sistema CUP.

PRESCRITTORI

L’Istituto si impegna attivamente a garantire affinché tutti i professionisti autorizzati alla prescrizione - ovvero gli specialisti ospedalieri, gli specialisti territoriali e MMG/PLS siano costantemente aggiornati con l’obiettivo di approfondire tematiche di appropriatezza attraverso il confronto e la discussione tra specialisti.

Si intende inoltre implementare un sistema di:

1. feedback personalizzati su specifiche problematiche;
2. reportistica trimestrale anonimizzata sui volumi di prescrizione e sull’aderenza ai protocolli RAO;
3. incontri formativi periodici;
4. predisposizioni di circolari esplicative.

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

RIFERIMENTI NAZIONALI

- Decreto del Ministro della Salute 17 febbraio 2025: Linee guida della Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa e criteri di interoperabilità con le piattaforme regionali.
- 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: Dematerializzazione 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 Consigli 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

- Indicazioni per la redazione del Piano Attuativo e Bilancio Preventivo 2026 versione successiva a DGR 1507/2025.
- Delibera della Giunta Regionale 17 ottobre 2025, n. 1420: LR 22/2019, art 50. Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2026. approvazione preliminare.
- 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 Protesica - Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.
- Delibera della Giunta Regionale 27 settembre 2024, n. 1415: DL 73/2024. Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria e dei tempi e delle liste di attesa della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Istituzione.
- 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 piano 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.
- ARCS 25 ottobre 2022. Piano di Rete "Reti tempo dipendenti - Rete neonatologica e Punti Nascita".
- 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.
- Decreto del Direttore Generale ARCS 21 dicembre 2021, n. 212: Reti tempo dipendenti - filiera Neonatologica e Punti Nascita.
- 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.