

ANDAMENTO DEI TEMPI DI ATTESA ANNO 2021

ai sensi art. 15 LR n. 7 / 2009



Udine, 20 febbraio 2022

Sommario

PREMESSA.....	2
1. VOLUMI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	5
2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI	6
3. PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI	8
4. INTERVENTI CHIRURGICI.....	9
5. PROVVEDIMENTI CORRETTIVI E STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ADOTTATI	11
5.1 Tavoli di confronto tra DCS, ARCS e gli enti	11
5.2 Strumenti informatici di supporto decisionale.....	11
5.3 Monitoraggio dello stato di conformità e trasparenza dei siti web aziendali	11
5.4 Percorsi di tutela	11
6. FUNZIONAMENTO SISTEMA DI PRENOTAZIONE.....	16
7. RISPOSTA DELLE AZIENDE AL PIANO OPERATIVO (DGR 1036/2021)	18
8. LA COMPLESSITA' DEL SISTEMA DELL'OFFERTA	27
8.1 Gli interventi	28
9. AZIONI PER IL 2022.....	30
10. ALLEGATI	30

PREMESSA

Nel corso del 2021 due dinamiche principali si sono intrecciate per definire lo scenario delle liste di attesa nel Friuli-Venezia Giulia. La prima riguarda le iniziative per il recupero delle liste di attesa, per le quali è stato previsto lo stanziamento di fondi straordinari regolati dal DL 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) e dalla normativa regionale di recepimento descritta nei paragrafi successivi. Nonostante l'anno trascorso sia stato caratterizzato da un approccio più favorevole – non si è assistito ad una chiusura totale dei servizi differibili come nel 2020 – l'andamento dei contagi ha avuto comunque un impatto sulle strutture di ricovero, che hanno dovuto più volte rimodulare la loro offerta di posti letto per la gestione delle degenze covid-19. In questo contesto non è rimasta del tutto inalterata la specialistica ambulatoriale, considerato che gli specialisti sono spesso coinvolti su più fronti e che le Aziende sanitarie hanno lamentato più volte carenza di personale in discipline critiche, difficili da colmare in poco tempo anche con nuove risorse.

La seconda dinamica si attiene alla necessità di affrontare il protrarsi delle criticità legate alla disfunzione nel rapporto domanda/offerta con gli strumenti già esistenti, ovvero facendo ricorso alle regole di gestione del servizio CUP e delle liste di attesa previste dal "Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021" (DGR 1815 del 25 ottobre 2019) e dai piani attuativi aziendali prodotti dalle Aziende e dagli IRCCS per il 2021. Quest'anno doveva essere quello conclusivo della programmazione triennale, tuttavia le sue disposizioni resteranno valide ad interim per buona parte del 2022, dal momento che non sono stati ancora convocati i tavoli di lavoro anche a causa della situazione anomala in corso.

Il Piano delle liste di attesa della regione Friuli-Venezia Giulia:

- prevede il rispetto, da parte delle strutture erogatrici del Servizio Sanitario Regionale, dei tempi massimi di attesa, così come indicati dal PNGLA 2019-2021 per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio;
- individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi;
- individua i monitoraggi da effettuare per il governo delle liste di attesa;
- conferma strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela dell'utente per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS);
- conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- integra le classi di priorità per le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e ridefinisce la loro validità prescrittiva;
- conferma ed integra le indicazioni per la corretta prescrizione, definendo i livelli di responsabilità nei vari ambiti;
- integra le definizioni di accesso;
- conferma le indicazioni relative alla gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate-convenzionate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramoenia, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali. Per le attività legate alla presa in carico e ai controlli e follow-up devono essere istituite apposite Agende dedicate;

- promuove il modello dei "Raggruppamenti di attesa Omogenei-RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali come ulteriore strumento di governo della domanda
- definisce le misure alternative da adottare da parte delle Aziende sanitarie in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti;
- individua gli strumenti destinati a garantire l'informazione e la comunicazione ai cittadini sulle liste di attesa, sul sistema complessivo dell'offerta e sulle caratteristiche dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni.

L'anno 2021 ha visto una prosecuzione del programma nazionale di stanziamento di fondi destinati appositamente al recupero delle liste di attesa, già avviato nel 2020 col DL 14 agosto 2020 n. 104, prorogando la validità dei programmi attuati dalle Regioni con l'art.26 del DL 25 maggio 2021, n. 73. Si tratta di un atto reso necessario dal momento che le Regioni avrebbero dovuto applicare i piani nel pieno della seconda ondata di recrudescenza dell'epidemia, con la conseguenza che molto poco è stato portato a compimento a termine della scadenza del 31 dicembre 2020.

Il Friuli-Venezia Giulia aveva già attuato i contenuti del precedente DL 104/2020 (convertito con modificazioni dalla L 126/2020) e approvato a supporto della normativa già esistente il "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa", con la DGR 1565 del 23 ottobre 2020 e successive modifiche (DGR 1673 del 13 novembre 2020 e DGR 1877 del 11 dicembre 2020). Tali provvedimenti contengono gli indirizzi strategici, i modelli organizzativi e le tempistiche dettate alle Aziende sanitarie e agli IRCCS, anche in deroga ai vincoli in materia di spesa per il personale, nonché le risorse economiche stanziare per tali finalità.

Ente	Per recupero ricoveri ospedalieri (art. 29, c.2)	Per recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale (art. 29, c.3)	Totale
AS Friuli Occidentale	553.573	1.350.584	1.904.426
ASU Friuli Centrale	1.392.205	2.733.745	4.125.949
ASU Giuliano Isontina	814.848	1.840.559	2.655.407
IRCCS Burlo Garofolo	97.715	179.198	276.913
IRCCS Centro riferimento oncologico	107.179	802.633	909.812
Totale	2.965.520	6.906.988	9.872.508
Ente	Risorse statali ex art. 29 DL 104/2020 per integrazione di acquisti di prestazioni da privati accreditati in vigore nell'anno 2021		
AS Friuli Occidentale	381.000		
ASU Friuli Centrale	825.000		
ASU Giuliano Isontina	531.000		
Totale	1.737.000		

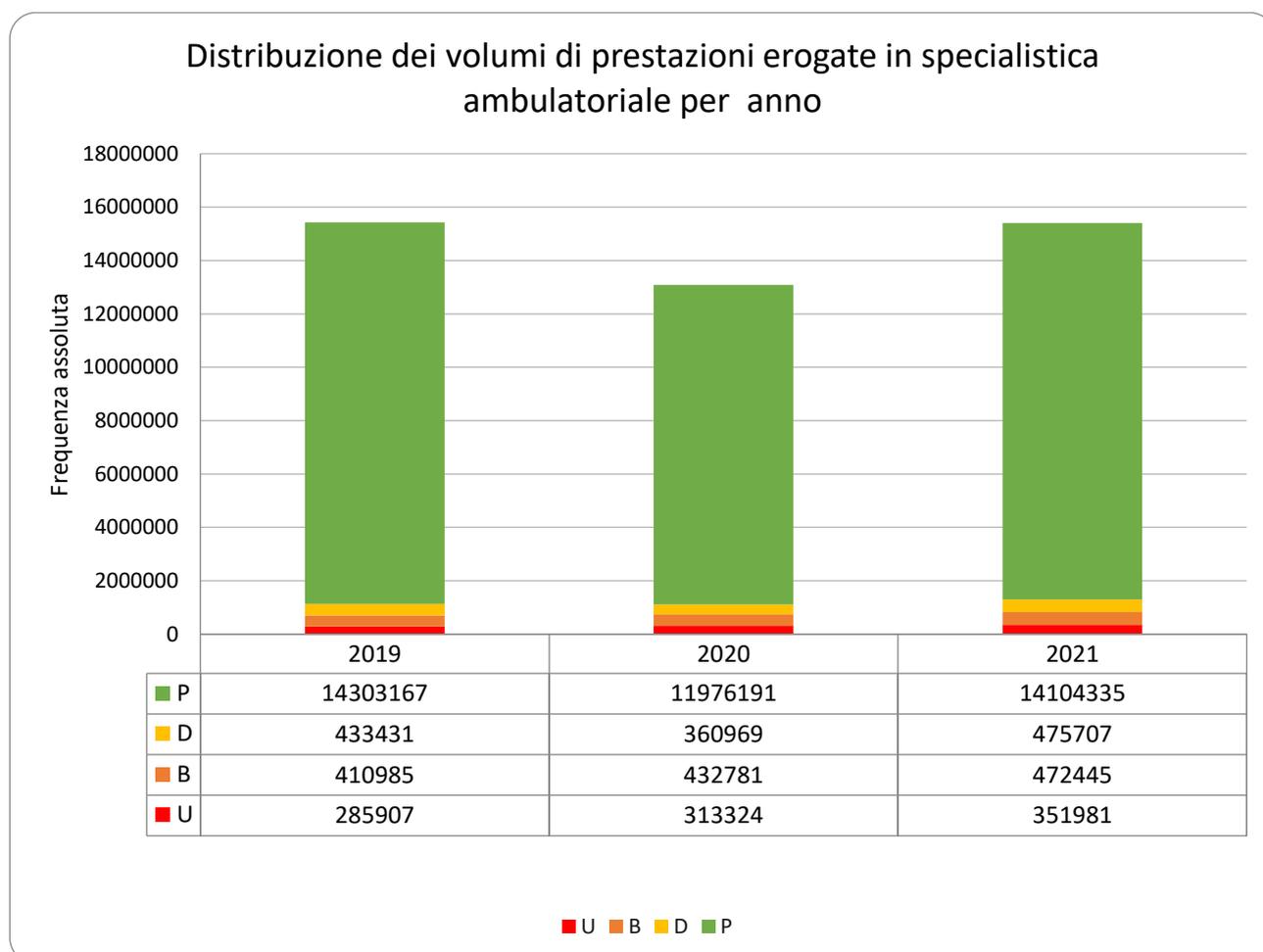
La DGR 1036 del 2 luglio 2021 aggiorna e prolunga il Piano operativo regionale alle nuove disposizioni, proseguendo con analoga impostazione e indicando le seguenti direttive riguardo alle prestazioni il cui recupero va prioritizzato. Il seguente schema riassume una sintesi delle prestazioni che sono state prioritizzate nel Piano. I principali indicatori di successo sono il riallineamento dei volumi di erogato rispetto a quelli dell'anno 2019 e il conseguimento dello standard previsto dalla normativa ordinaria vigente per i tempi di attesa ex-ante.

Regime assistenziale	Fonte normativa	Prestazioni
Ricovero	Art. 29 DL 104/2020 comma 2	<ul style="list-style-type: none"> - Interventi di chirurgia ortopedica arti inferiori - Interventi di artroscopia chirurgica - Interventi chirurgici per tumore maligno a: prostata, colon, retto, utero, tiroide - Interventi chirurgici per melanoma - Interventi con MDC 17 (malattie e disturbi mieloproliferativi) e uno tra i seguenti DRG: 403, 404, 409, 410).
Ricovero	Art. 26 DL 73/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Tutti i ricoveri per patologie oncologiche (include anche quelli dei punti sopra citati) - Ricoveri per patologie cardiovascolari (bypass aortocoronarico, PTCA, coronarografia, endoarterectomia carotidea - Condizionatamente al raggiungimento dei primi due obiettivi, anche interventi inclusi tra questi: protesi anca, protesi ginocchio, artroscopia ginocchio, artroscopia spalla, colecistectomia, riparazione ernia inguinale, emorroidectomia
Ambulatoriale	Art. 29 DL 104/2020 comma 3	<ul style="list-style-type: none"> - Prestazioni di radioterapia (codice da 92.21.1 a 92.47.9) - Interventi di chirurgia oculistica - Le prestazioni traccianti del PNGLA come sono state assegnate ai singoli enti nell'allegato 1 della DGR 1036/2021
Ambulatoriale	Art. 26 DL 73/2021	<ul style="list-style-type: none"> - Le prestazioni individuate dalla Regione per ciascun ente, facenti parte del paniere delle traccianti secondo il PNGLA 2019-2021. - Ogni altra prestazione legata al trattamento di patologie oncologiche (include la radioterapia di cui sopra) - Colonscopie identificate col codice 45.23 e codici affini, incluse le eventuali polipectomie - Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile, con o senza biopsia - Esofagogastroduodenoscopia - Chirurgia oculistica ambulatoriale

1. VOLUMI DI ATTIVITA' SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le tabelle di seguito riportate illustrano i volumi totali di prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2021 in regime di attività istituzionale (fonte SIASA, datawarehouse regionale). Per una migliore resa dell'impatto della pandemia sui volumi erogati, sono state incluse anche le prestazioni non presenti tra le traccianti. I tabulati di origine delle figure si possono consultare allegati in coda al documento.

Figura 1



La figura 1 non include le prestazioni senza alcuna priorità, che nel 2021 corrispondono al 2,2% del totale se vengono trascurate le indagini di laboratorio, dove la priorità è facoltativa. Tale percentuale è in calo costante da anni, un segno di progressiva dismissione delle ricette rosse in favore delle dematerializzate (sulle quali sono impostabili dei vincoli), e che resiste proprio per via della branca laboratoristica e di alcune prestazioni erogate nell'ambito di percorsi in cui l'utente è già preso in carico.

L'analisi grezza dei volumi denota un non completo recupero dei volumi di erogazione, soprattutto a causa dei primi mesi del 2021, e mostra come in proporzione rispetto al 2019 (anno di "normalità") siano aumentate soprattutto le priorità B e D (+ 3.0% e + 2.6%), in parte per via dei programmi regionali che prioritizzano la performance sulle prestazioni con tempi di attesa brevi, in parte per una maggiore sofferenza da parte delle Aziende nella gestione delle prestazioni programmate e di follow-up, che a causa dei tempi di attesa molto lunghi portano anche a meccanismi di rinuncia/fuga.

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nelle seguenti presentazioni si manterrà un confronto tra i punteggi dell'anno 2021 con l'anno 2019 basato sulle prestazioni traccianti del PNGLA 2019-2021, anche per facilitare uno schema interpretativo analogo a quello del Piano operativo regionale. Per tutti questi dati la fonte è quella del CUP regionale.

Secondo quanto disposto dalla DGR 1815/2019, i tempi massimi di riferimento per le classi di priorità sono i seguenti, da rispettare almeno nel 90% dei casi.

U: da eseguire entro 72 ore

B: da eseguire entro 10 giorni

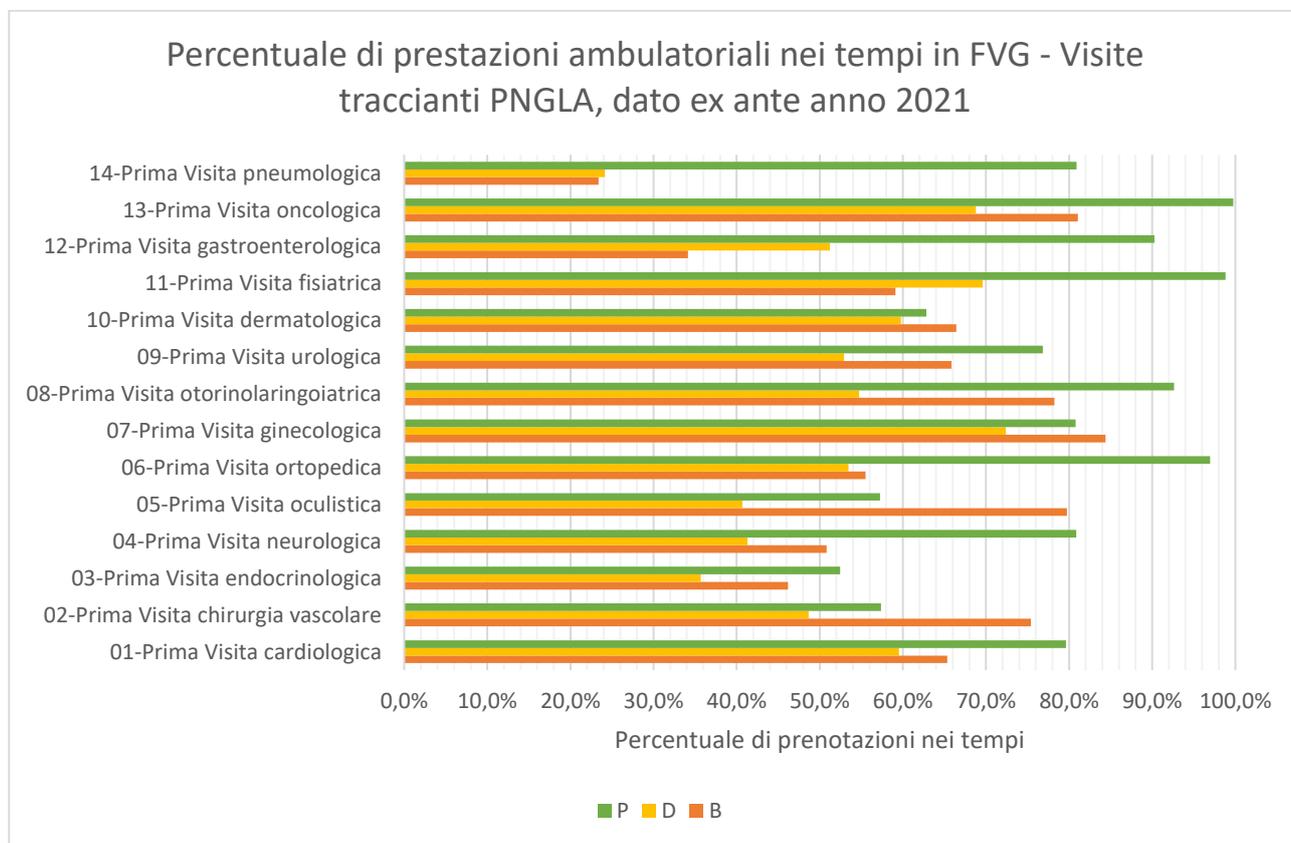
D: da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 per gli accertamenti diagnostici

P: da eseguire entro 120 giorni

La legge regionale prevede inoltre un vincolo ulteriore per l'utente, legato alla tempestività con la quale accede al sistema di prenotazione una volta ottenuta l'impegnativa: per la priorità U il contatto va preso entro 72 ore dall'emissione, per la B entro 4 giorni, per la D non oltre 30 giorni (per qualunque prestazione) e per la P non oltre 120 giorni. Il mancato rispetto di questi tempi comporta il rinvio al prescrittore per una rivalutazione.

Le seguenti figure fanno uso dell'analisi ex ante dei tempi di attesa, ovvero basata sulla data di appuntamento fissata al momento del contatto, in quanto più idonea a valutazioni di tipo prospettivo.

Figura 1



La figura 1 mostra che le priorità B e D sono tutte indistintamente al di sotto dello standard del 90%, fenomeno che si mantiene per tutto l'anno a causa del fenomeno dell'accavallamento della domanda pregressa sull'offerta del periodo. La necessità risalente al 2020 di recuperare le prestazioni rimaste sospese ha portato alla formazione di lunghe code per le nuove impegnative ambulatoriali: allo stato attuale il recupero delle prestazioni sospese nel 2020 è terminato, le prestazioni che determinano tempi di attesa lunghi nel corso del 2021 sono frutto della domanda insorta in quel periodo che si è scontrata con il blocco delle code.

Figura 2

Differenza del grado di soddisfacimento dei tempi di attesa (valore percentuale) tra l'anno 2019 e dell'anno 2021 – visite ambulatoriali traccianti del PNGLA.

	PRIORITÀ B					PRIORITÀ D					PRIORITÀ P				
	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO	ASFO	ASUFC	ASUGI	BURLO	CRO
01-Prima Visita cardiologica	-20,9	-14,2	-15,0	-4,7	ND	-0,2	24,2	-0,9	-16,7	-3,6	17,1	28,4	13,3	-1,7	1,9
02-Prima Visita chirurgia vascolare	-15,0	33,9	9,0	ND	ND	8,8	1,6	32,7	ND	ND	5,1	-27,1	-1,3	ND	ND
03-Prima Visita endocrinologica	-32,3	20,0	12,6	14,1	ND	4,5	32,5	7,5	-32,2	ND	6,8	17,0	-12,5	ND	ND
04-Prima Visita neurologica	2,8	-54,4	-21,0	-8,2	ND	-26,9	-28,9	-14,9	8,1	ND	2,3	-20,7	39,6	-44,8	ND
05-Prima Visita oculistica	-3,6	-34,6	4,6	-17,6	ND	-8,5	-32,8	-2,6	-31,9	ND	-15,2	-13,1	32,0	29,0	ND
06-Prima Visita ortopedica	-10,0	-10,5	27,2	27,1	ND	-5,5	2,1	22,5	60,2	ND	5,0	3,4	33,0	-36,5	ND
07-Prima Visita ginecologica	-41,7	-4,9	-22,6	-28,0	1,2	5,1	-2,8	-33,9	-10,5	19,8	2,8	3,2	-29,0	32,9	26,0
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	0,6	-9,1	-18,0	13,8	-8,3	9,3	-1,6	-8,0	-78,1	0,0	-0,8	4,0	1,1	12,1	0,6
09-Prima Visita urologica	3,2	-35,2	16,0	-9,4	-6,7	-45,6	-15,9	1,1	0,0	16,7	-11,8	-44,6	36,3	-60,2	0,0
10-Prima Visita dermatologica	-80,2	1,3	35,2	-14,1	-66,7	-20,7	-8,5	39,5	0,7	ND	-30,0	1,9	38,2	-16,0	ND
11-Prima Visita fisiatrica	-70,6	-24,8	-23,5	ND	-52,0	17,3	-2,6	-19,0	ND	-16,7	18,9	15,5	5,8	ND	0,0
12-Prima Visita gastroenterologica	-12,9	-31,8	-5,5	-36,7	-5,0	-11,6	-8,9	13,6	-8,8	-23,9	14,8	-1,6	45,4	-34,5	26,0
13-Prima Visita oncologica	-50,5	0,1	30,4	ND	-11,4	12,0	13,7	-9,7	ND	8,0	0,2	-0,1	-9,8	ND	1,1
14-Prima Visita pneumologica	-18,3	-22,0	-19,0	-4,5	ND	-6,0	0,1	-5,6	-9,3	ND	15,8	12,0	16,4	-3,3	ND

Vengono evidenziate in rosso le visite con un calo superiore al 10% nel corso del 2021 rispetto al 2019. Si rimanda alle tabelle in coda per ulteriori dettagli sulle altre prestazioni traccianti. In generale si evidenzia come la difficoltà nel recupero delle prestazioni arretrate abbia colpito soprattutto le prestazioni già affette da tempi di attesa lunghi, come la visita endocrinologica, la visita neurologica e, per le indagini diagnostiche, TC torace e addome e risonanze magnetiche in particolare della colonna. Si mantiene buona invece la performance per le mammografie.

3. PRESTAZIONI LIBERO PROFESSIONALI

Negli anni precedenti alla pandemia è stato osservato un trend in crescita per quanto riguarda le prestazioni in libera professione. Questo trend si è arrestato nel 2020 anche a causa delle disposizioni a favore dell'attività istituzionale emanate in Regione ed ha avuto un recupero nel 2021. I dati nazionali Agenas per gli anni 2019 e 2020 sulla libera professione intramoenia mostrano comunque che il Friuli-Venezia Giulia ha un rapporto tra libera professione e attività istituzionale in linea con la media nazionale. Il rapporto a livello nazionale si attesta in media sul 12% per le visite incluse nel PNGLA, con massimi sistematicamente collegati alle visite ed ecografie ginecologiche, alla visita cardiologica e a quella urologica. In Friuli-Venezia Giulia va evidenziato il dato elevato per la branca di neurochirurgia e la neurologia, mentre il valore aumentato della branca psichiatrica è collegato al modello organizzativo di presa in carico dei DSM, che in accesso istituzionale viene più spesso gestito come una prestazione territoriale e non di specialistica ambulatoriale.

Anno	2019	2020	2021
Volumi assoluti	243.001	175.729	215.178
Rapporto LP/istituzionale per branca			
ALTRE PRESTAZIONI	5,9%	5,2%	6,3%
ANESTESIA	2,7%	2,4%	2,4%
CARDIOLOGIA	9,2%	8,4%	9,7%
CHIRURGIA GENERALE	8,9%	8,7%	9,2%
CHIRURGIA PLASTICA	3,3%	4,5%	5,2%
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	15,3%	11,6%	14,3%
DERMOSIFILOPATIA	9,5%	8,8%	11,7%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDI	4,2%	3,2%	3,6%
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADI	2,5%	2,3%	2,2%
ENDOCRINOLOGIA	6,7%	6,1%	6,2%
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA	7,3%	6,9%	7,2%
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE	0,1%	0,1%	0,1%
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIO	0,7%	0,6%	0,7%
MULTIBRANCA	3,7%	3,5%	4,0%
NEFROLOGIA	0,7%	0,4%	0,7%
NEUROCHIRURGIA	31,4%	25,0%	28,2%
NEUROLOGIA	14,0%	13,8%	15,1%
OCULISTICA	5,5%	5,7%	6,2%
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA	1,7%	1,8%	2,2%
ONCOLOGIA	1,4%	1,4%	2,0%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	12,4%	12,4%	12,7%
OSTETRICA E GINECOLOGIA	19,9%	18,8%	21,7%
OTORINOLARINGOIATRIA	8,8%	8,5%	8,9%
PNEUMOLOGIA	2,9%	2,4%	2,7%
PSICHIATRIA	14,2%	13,2%	14,7%
RADIOTERAPIA	0,8%	0,7%	0,8%
UROLOGIA	11,4%	12,6%	14,8%

4. INTERVENTI CHIRURGICI

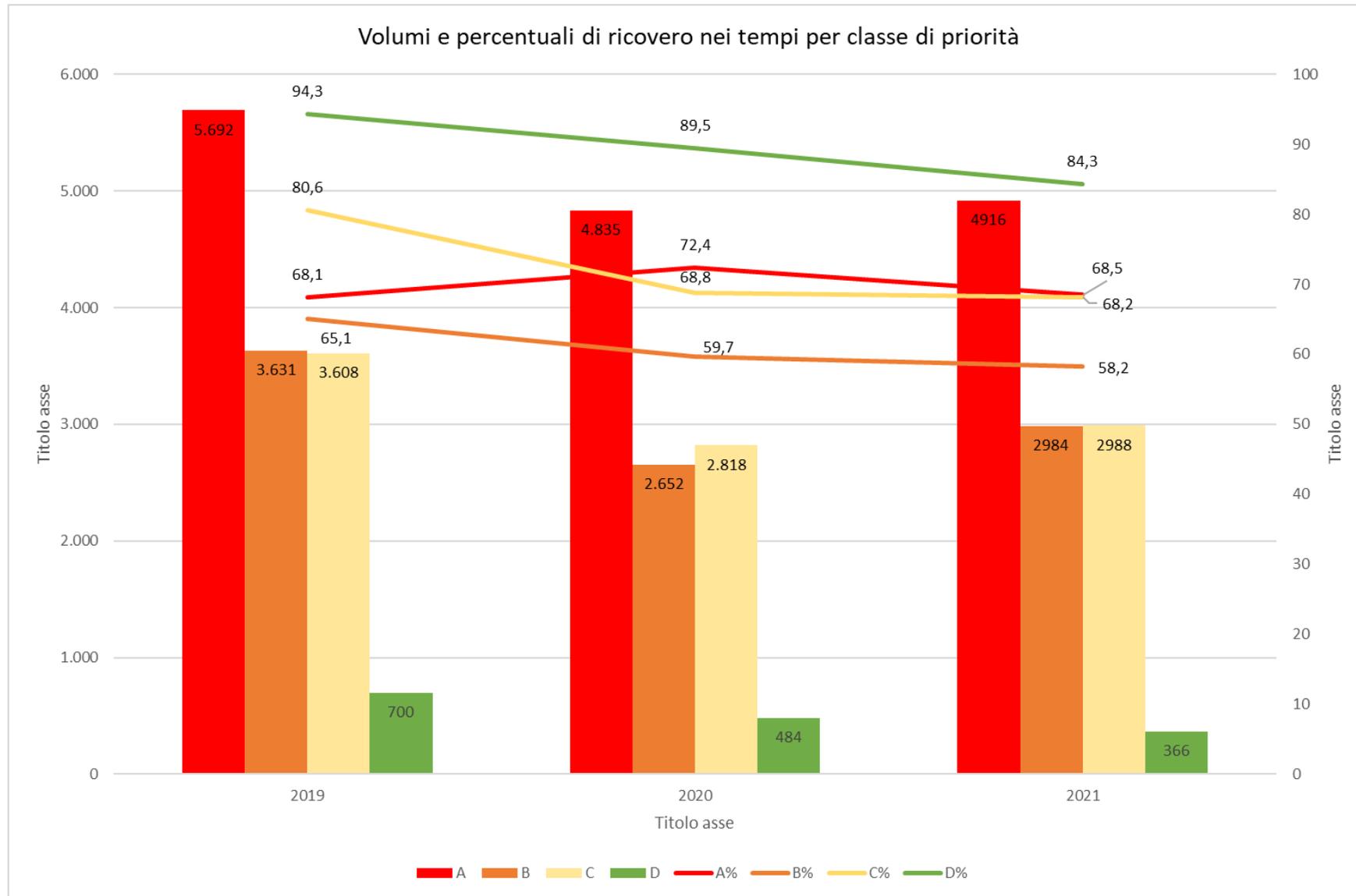
La rilevazione dei tempi di attesa per i ricoveri con intervento chirurgico viene svolta periodicamente sulla base dei criteri definiti dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e ripresi dall'allegato 2 della DGR 1815/2019. Il monitoraggio riguarda solamente gli interventi chirurgici programmati, in regime ordinario (con o senza preospedalizzazione) o di day-hospital, che soddisfano i criteri di codifica ICD-9-CM per le diagnosi ed interventi indicati dal Ministero. Il dato esploso per tipologia di intervento e Azienda (incluso i privati accreditati) è riportato in allegato alla relazione.

Il quadro dell'anno 2020 aveva evidenziato un netto calo dei volumi, in particolare per le priorità differibili. Nel 2021 le cifre dimostrano un inizio di ripresa, ma l'aspetto ricorrente dell'epidemia ha determinato comunque una limitazione delle attività, anche legata al sequestro di specialisti anestesisti.

Totali interventi chirurgici programmati per priorità assegnata

Priorità	RICOVERI in GARANZIA			N_RICOVERI_TOT			% in GARANZIA		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
A (entro 30 giorni)	3.876	3.500	3369	5.692	4.835	4916	68,1	72,4	68,5
B (entro 60 giorni)	2.362	1.584	1735	3.631	2.652	2984	65,1	59,7	58,2
C (entro 180 giorni)	2.909	1.938	2039	3.608	2.818	2988	80,6	68,8	68,2
D (entro 365 giorni)	660	433	366	700	484	366	94,3	89,5	84,3
FVG - Prestazioni complessivamente monitorate	9.807	7.455	7.509	13.631	10.789	11322	71,9	69,1	66,3

Figura 1



5. PROVVEDIMENTI CORRETTIVI E STRUMENTI DI INCENTIVAZIONE ADOTTATI

Vengono di seguito illustrati i provvedimenti correttivi previsti in caso di superamento dei tempi di attesa.

Parte di questi percorsi fanno riferimento alle azioni previste dal Piano regionale di governo delle liste di attesa 2019-2021, mentre altre son riferite alla situazione emergenziale e ai diversi provvedimenti adottati dal sistema nel corso del 2021.

5.1 Tavoli di confronto tra DCS, ARCS e gli enti

Le Linee annuali per la gestione del servizio sanitario regionale 2021 (DGR 189/2021) hanno introdotto un nuovo meccanismo direzionale nella figura dei tavoli di coordinamento delle prestazioni sanitarie tra DCS, ARCS e enti. Nell'ambito di queste riunioni di carattere quindicinale sono stati discussi i contenuti del Piano operativo regionale, discusso criticità con i referenti aziendali (per esempio sul tema della saturazione delle agende e dell'applicabilità del diritto di garanzia). Lo spazio ha fornito l'occasione anche per una revisione critica delle modalità di calcolo dei tempi di attesa, chiarendo definizioni e criteri di estrazione per l'elaborazione.

5.2 Strumenti informatici di supporto decisionale

Col supporto di Insiel ARCS ha predisposto inoltre una nuova piattaforma di supporto decisionale con la possibilità per i referenti aziendali e sovra-aziendali di consultare dati uniformemente raccolti e confrontabili in materia di tempi di attesa ambulatoriali e delle prestazioni di ricovero, volumi di attività, occupazione dei posti letto e altri elementi critici. La piattaforma, denominata Qlik, è diventato uno strumento utile per uniformare il lessico delle varie Aziende e facilitare la trattazione degli argomenti discussi nelle riunioni bisettimanali.

5.3 Monitoraggio dello stato di conformità e trasparenza dei siti web aziendali

Nel corso del 2021 ARCS ha condotto una ricognizione della qualità dell'informazione presentata sui siti web delle Aziende e IRCCS, avendo riscontrato che con l'ultimo riassetto aziendale alcune vecchie pagine web, fuori manutenzione, risultavano comunque visibili dai motori di ricerca di comune utilizzo. Sono stati anche richiamati i criteri minimi di trasparenza della DGR 1815/2019, con correzioni svolte tempestivamente da parte delle Aziende.

5.4 Percorsi di tutela

La DGR 1815/2019, ha previsto a favore dell'utente delle garanzie e tutele per il rispetto dei tempi di attesa.

Ha infatti stabilito che nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti le procedure aziendali devono prevedere modalità dettagliate di "Percorsi di Tutela" idonei a soddisfare e garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante:

- ricerca di ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale;
- eventuale aumento della disponibilità anche temporanea dell'offerta;
- altre modalità individuate ad hoc.

Mano a mano che venivano trasmessi i piani per i tempi di attesa ad ARCS da parte degli enti, è stato possibile verificare che tutti includevano una descrizione delle misure con cui operavano le Aziende. Rispetto a quanto riportato nella normativa, diversi enti hanno lamentato nel corso delle riunioni periodiche una difficoltà a garantire uno standard di servizio legato a queste attività di ricollocamento, a partire dal 2020 e protrattosi per tutto il 2021, legato al volume dei ricontatti da effettuare e alla quantità degli episodi in cui è stato necessario riprogrammare le agende.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA GIULIANO ISONTINA

La garanzia del rispetto dei tempi massimi di erogazione di una determinata prestazione è calcolata in automatico dal sistema, al momento della prenotazione.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

- quando l'utente residente nel territorio di competenza accetta una disponibilità proposta entro i tempi massimi d'attesa all'interno dell'offerta di ASUGI;
- in tutti i casi di assenza di offerta nei tempi massimi di attesa previsti (indipendentemente dalla scelta dell'utente).

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti viene prenotata la prima data disponibile. Inoltre la SCGPSPAS:

- ricerca ulteriori spazi disponibili nell'ambito aziendale contattando anche i Responsabili delle Unità operative.

Al termine dell'iter la SCGPSPAS ricontatta l'utente proponendo la prima disponibilità trovata.

Qualora l'Azienda non riesca, comunque, a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, anche attivando eventuale aumento della disponibilità dell'offerta anche temporanea, l'utente invia al proprio Distretto Sanitario di residenza domanda di autorizzazione ad effettuare la prestazione in libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate.

Per le prestazioni in priorità:

- B la richiesta deve pervenire entro 4 giorni dalla prenotazione;
- D la richiesta deve pervenire entro 12 giorni dalla prenotazione per le prime visite e entro 24 giorni per le prestazioni di diagnostica;
- P la richiesta deve pervenire entro 48 giorni dalla prenotazione.

Il Distretto Sanitario di residenza, anche con il supporto degli specialisti, valuta l'appropriatezza prescrittiva della richiesta delle prestazioni ambulatoriali secondo il modello RAO.

In caso di accertato diritto da parte dell'utente all'esecuzione della prestazione in libera professione, il Distretto Sanitario di residenza, verificata l'appropriatezza della richiesta, rilascia l'autorizzazione all'utente al quale spetta il rimborso dell'intera spesa sostenuta, ad eccezione del costo del ticket che rimane a suo carico, se dovuto. In caso di richiesta inappropriata il Distretto Sanitario di residenza, anche con il supporto degli specialisti, rilascia il diniego motivato all'utente e informa il medico prescrittore.

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE

La nuova Azienda è quindi costituita da realtà territoriali e organizzative diverse, con le difficoltà che derivano da riassetto istituzionali che si sono susseguiti.

Il presente documento rappresenta quindi il punto di partenza di un processo di integrazione e condivisione di procedure amministrative e percorsi clinici all'interno della nuova ASUFC.

Per l'anno 2020 l'ASUFC definisce le principali procedure necessarie per garantire l'uniformità dei percorsi all'interno del nuovo assetto, in particolare:

- Procedura aziendale per mancata presentazione e mancato ritiro del referto da parte dei cittadini.
- Procedura aziendale per sospensione dell'erogazione di prestazioni per cause di forza maggiore;
- Procedura aziendale per il mancato rispetto dei tempi d'attesa massimi previsti, mediante attivazione di istituti contrattuali.

AZIENDA SANITARIA FRIULI OCCIDENTALE

Secondo la DGR 1815 del 25 ottobre 2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021", nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti le procedure aziendali devono prevedere modalità dettagliate di "Percorsi di Tutela" idonei a soddisfare e garantire l'erogazione della prestazione. Tali percorsi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prefissati e non prevedono la libera scelta dell'erogatore (professionista/struttura) da parte dell'utente.

Qualora l'Azienda non ottemperi a quanto sopra previsto, l'utente, previa autorizzazione, può effettuare la prestazione in libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate. In questo caso all'utente spetta il rimborso dell'intera spesa sostenuta ad eccezione del costo del ticket che rimane a carico dell'utente.

Il Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 precisa, inoltre, che i Programmi attuativi aziendali prevedano modalità di verifica dell'appropriatezza prescrittiva prima dell'autorizzazione a percorsi di accesso alternativi.

A tale proposito si precisa che il cittadino che rifiuta l'appuntamento proposto nel rispetto dei tempi in una sede di erogazione aziendale o che sceglie di effettuare la prestazione presso erogatori collocati al di fuori del territorio aziendale, perde il diritto di garanzia del tempo di attesa.

L'iter per la gestione della mancata garanzia dei tempi massimi di attesa, nel rispetto dei vincoli sopra riportati, prevede che, di fronte all'indisponibilità di offerta nei tempi nell'ambito territoriale dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 del Friuli Occidentale, siano adottate le seguenti modalità operative:

1. L'operatore verifica la disponibilità di offerta nei tempi in altre strutture della Regione FVG e propone all'utente questa soluzione. Procede quindi alla prenotazione, riportando nelle note del sistema di prenotazione (Cup Web), che l'utente accetta l'appuntamento in un ambito territoriale diverso da quello di appartenenza.

2. Se l'utente non accetta la soluzione 1, l'operatore propone la prenotazione dell'appuntamento nella prima data disponibile nelle strutture della Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 5 del Friuli Occidentale, senza rispetto dei tempi di attesa definiti dalla classe di priorità.

Procede quindi alla prenotazione, invitando il paziente a rivolgersi al medico prescrittore per verificare la compatibilità dell'attesa con il sospetto diagnostico e riportando nelle note del sistema di prenotazione (Cup Web), che si esegue la prenotazione richiedendo la valutazione del medico prescrittore.

3. Se l'utente non accetta la soluzione 2 o se il tempo di attesa è giudicato dal prescrittore incompatibile con la patologia o con il percorso clinico, l'operatore inserisce la richiesta in agende appositamente predisposte:

a. Agenda "Disponibilità oltre i limiti"

b. Agenda "Nessuna disponibilità" per la presa in carico, da parte dell'Azienda, della richiesta.

L'operatore, inoltre, informa l'assistito che sarà contattato dall'Azienda che, in garanzia del tempo massimo di attesa, gli fornirà risposta alla richiesta.

4. Il referente del CUP del Presidio Ospedaliero di Pordenone prende in carico la richiesta, consultando quotidianamente le agende sopradescritte, individuando, in collaborazione con il servizio aziendale deputato alla gestione dell'offerta delle prestazioni sanitarie (GEOPS) della SC Gestione Prestazioni Sanitarie, le soluzioni percorribili all'interno dell'Azienda o presso il privato accreditato.

5. La soluzione individuata viene comunicata all'utente dal servizio GEOPS.

6. Qualora non sia possibile individuare una soluzione alla richiesta in garanzia del tempo massimo di attesa, l'impegnativa viene sottoposta alla valutazione dello specialista di riferimento, che ne valuta l'appropriatezza, per tipologia della prestazione prescritta o classe di priorità individuata.

7. Qualora lo specialista confermi l'appropriatezza della prescrizione, il paziente viene autorizzato ad eseguire la prestazione in libera professione, con rimborso dell'intera spesa sostenuta ad eccezione del costo del ticket, se dovuto, che rimane a carico dell'utente.

CRO

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).

Nel caso in cui non sia possibile soddisfare la richiesta nei tempi previsti, per le sole visite oncologica e radioterapica, la cui offerta è gestita esclusivamente dal CUP aziendale, in caso di sfioramento del tempo di attesa previsto deve essere attivato, da parte delle strutture coinvolte, il meccanismo di presa in carico che prevede la valutazione del caso e la sua gestione nei tempi e modalità consoni, se necessario ricorrendo agli strumenti di garanzia sopra indicati.

Per tutte le altre prestazioni, in assenza di disponibilità entro il tempo massimo di attesa, la prenotazione avviene ugualmente per la prima data disponibile. In tale contesto, a seguito della prenotazione oltre i tempi massimi, si attiveranno i meccanismi necessari per verificare la coerenza della richiesta con quanto previsto dal sistema RAO e dare risposta entro i tempi corretti previsti, previa valutazione di appropriatezza della richiesta, l'autorizzazione dovrà essere effettuata a carico dell'azienda sanitaria di residenza.

L'utente viene quindi ricontattato e gli viene comunicato il nuovo appuntamento.

BURLO

La garanzia del rispetto dei tempi massimi d'erogazione di una 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 in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti la Direzione Sanitaria (tramite l'Ufficio Gestione delle Prestazioni sanitarie e CUP) prevede la seguente modalità di "Percorsi di Tutela" idonei a soddisfare e garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante:

a) verifica dell'appropriatezza prescrittiva e della congruenza del criterio di priorità con il quesito diagnostico/sospetto clinico confrontandosi con lo specialista di riferimento;

b) eventuale aumento della disponibilità, anche temporanea dell'offerta;

Al termine dell'iter i pazienti che non hanno trovato in prima battuta il posto in regime di garanzia verranno ricontattati ed a loro proposta la prima disponibilità trovata che comunque non dovrà superare i tempi massimi previsti in relazione al codice di priorità riportato sulla prescrizione.

Qualora il sistema non riesca comunque a soddisfare, in regime istituzionale, le richieste di prenotazione nei tempi previsti, l'I.R.C.C.S prevede l'attivazione di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche, tramite:

- attività aggiuntiva (risorse aggiuntive regionali, attività a pagamento).

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

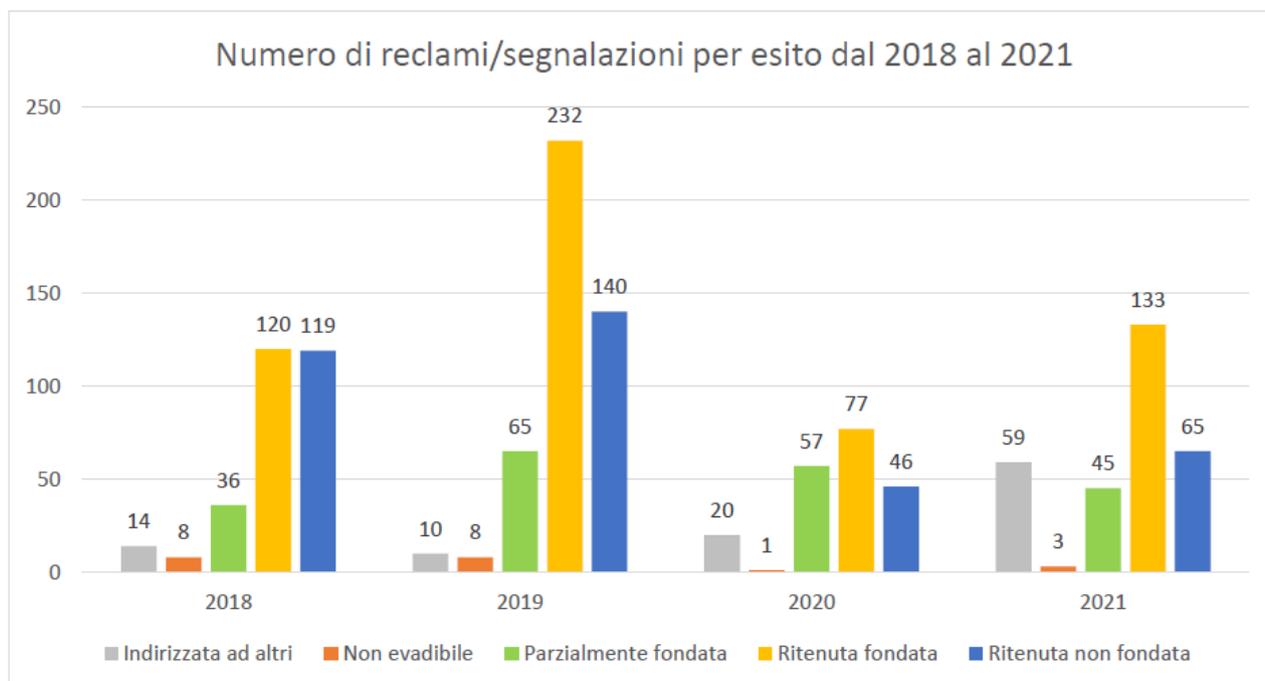
Se l'Istituto non ottempera a quanto sopra previsto, l'utente, previa autorizzazione, può effettuare la prestazione in libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate. In questo caso all'utente spetta il rimborso dell'intera spesa sostenuta ad eccezione del costo del ticket che rimane a suo carico.

6. FUNZIONAMENTO SISTEMA DI PRENOTAZIONE

Con riferimento al funzionamento del sistema regionale di prenotazione delle prestazioni sanitarie si riporta di seguito il grado di utilizzo, da parte degli utenti, dei diversi canali di prenotazione degli appuntamenti con contratto esterno per l'anno 2021. L'indicatore fa riferimento a tutti i contratti di erogazione per accessi esterni: la quota "altro" risulta prevalente per via del numero di prestazioni prenotate direttamente dalle strutture nel contesto degli accessi successivi (dato in calo rispetto al 2020, quando era al 56%). Rispetto al 2020 va evidenziato un incremento degli accessi tramite farmacia (da 6,7% a 21,2%) e online (da 0,3% a 5,1%), mentre risultano proporzionalmente in calo le presentazioni di persona e da callcenter.

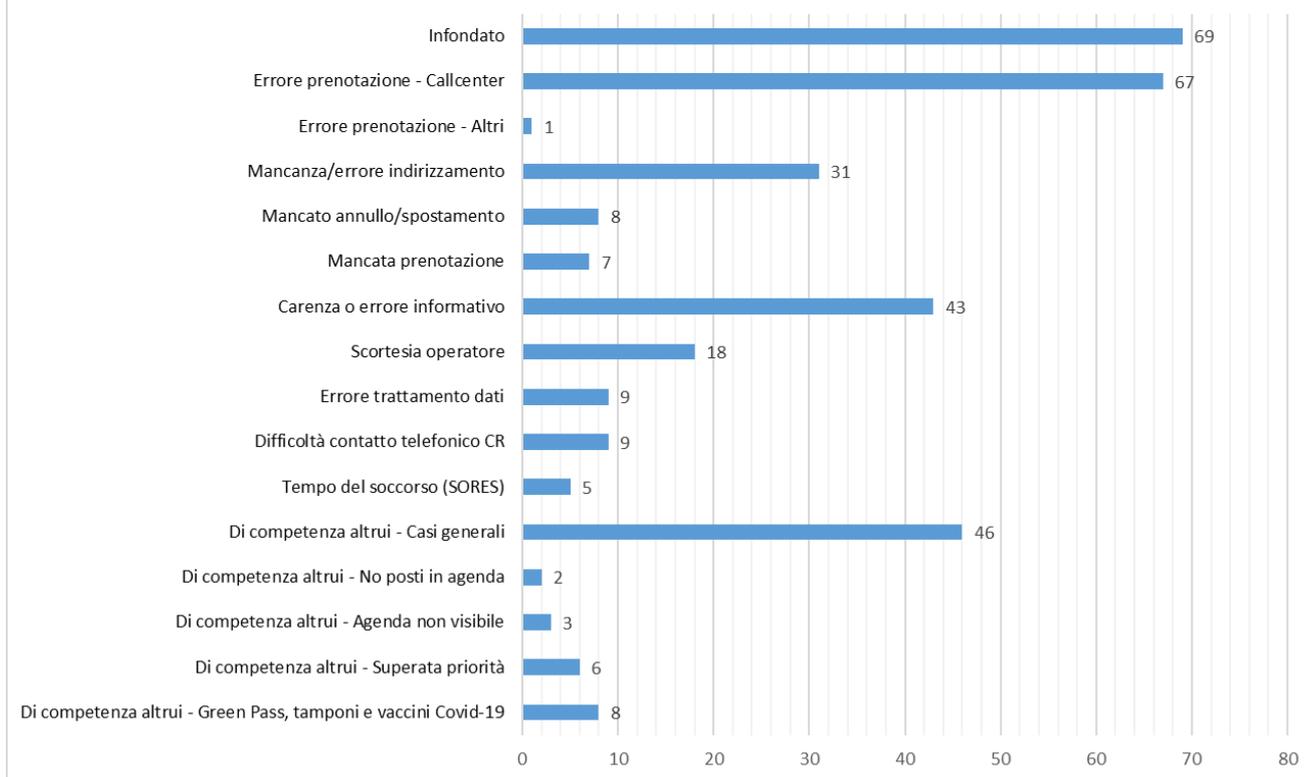
cup	%	call center	%	farmacia	%	online	%	ALTRO	%	Somma:	
1062552	100,0%	1074881	100,0%	1582185	100,0%	377810	100,0%	3381480	100,0%	7478908	Percentuale:
	14,2%		14,4%		21,2%		5,1%		45,2%		100,00%
1062552		1074881		1582185		377810		3381480		7478908	
Percentuale:	100,00%										

Il servizio URP regionale ha proseguito l'attività di raccolta delle segnalazioni relative al sistema di prenotazione. Per segnalazione si intende un'azione diretta agli Enti, per sollecitare la loro attenzione su determinati malfunzionamenti o disservizi. I reclami invece sono espressioni di insoddisfazione degli utenti o degli operatori sanitari che attivano un percorso formale di valutazione e risposta al cittadino. Nel corso del 2021 sono pervenute all'URP regionale 106 reclami e 199 segnalazioni per un totale di 305 contatti, mentre due sono stati gli elogi. Circa la modalità di gestione, come evidenzia la figura sottostante, sono gradualmente cresciuti in proporzione il numero di segnalazioni indirizzati ad altri uffici (perché risolvibili solo a livello degli enti responsabili), ma a



Il diagramma sottostante riporta la distribuzione delle tipologie di argomento trattate. La somma supera il totale di 305 in quanto una segnalazione o reclamo può toccare più argomenti.

Prevalenza delle causali nelle segnalazioni e nei reclami 2021



Alle segnalazioni e reclami con esito fondato possono seguire una delle due modalità di azione:

- Verbale di contestazione alla ditta aggiudicataria del servizio di callcenter (Televita-Tesan) quando identificata come responsabile di un danno all'utente, con penali pecuniarie come previsto dal capitolato di gara;
- Segnalazione alla ditta in caso di mancato danno procurato al cittadino.

Nel 2021 sono stati redatti 97 verbali e 22 segnalazioni, che hanno generato un totale di 13.500€ in penali.

L'URP ARCS svolge attività informativa e di supporto verso diversi soggetti, principalmente cittadini, URP di altri enti, servizio di callcenter. Di seguito si riporta la distribuzione per tipologia di richiesta e richiedente.

	INFORMAZIONI e SUPPORTO		
	telefonico prenot. Telev	telefonico informativo	telefonico prenotativo
ASU GI	0	13	0
ASU FC	0	38	8
AS FO	0	14	22
IRCCS BURLO	0	5	2
IRCCS CRO	0	2	0
Altri- URP reg	0	40	6
UTENTI	0	368	107
TELEVITA	113	17	7
ARCS	0	36	72
screening	0	1	0

7. RISPOSTA DELLE AZIENDE AL PIANO OPERATIVO (DGR 1036/2021)

È stata svolta una rendicontazione dello stato di recupero delle prestazioni relativamente alla DGR 1036/2021 al termine del terzo trimestre con i seguenti esiti e proiezioni per il 31/12/2021. Per avere il dato reale al 31/12 è necessario attendere la chiusura dei bilanci degli enti entro aprile dell'anno successivo. In molti casi è stata evidenziata una difficoltà a incrementare rapidamente i volumi di attività soprattutto a causa della carenza di risorse umane a disposizione e la reperibilità delle stesse in tempi brevi, soprattutto per quanto riguarda gli specialisti.

Prestazioni di ricovero.

	ASUGI		
	ricoveri persi da marzo 2020 a dicembre 2020	ricoveri recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
interventi di cui alla lett.c punto 1 paragrafo 7	393	88	182
interventi di cui alla lett.c punto 2 paragrafo 7	330	66	132
interventi di cui alla lett.c punto 3 paragrafo 7	949	66	132
TOTALE	1672	220	446
		ASUGI	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	1.889,00	4.357,00
	COSTI	202.500,80	467.070,40
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	1.875,00	4.565,00
	COSTI	125.625,00	305.855,00
Reclutamento di personale e impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi degli art. 2-bis, 2-ter del DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con modifiche dalla L 24 aprile 2020, n.27	N° UNITA'	45,00	45,00
	COSTI	421.464,41	891.024,47
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI	-	-
	COSTI	-	-
TOTALE COSTI 2021		749.590,21	1.663.949,87
TOTALE COSTI 2020*			360.662,02
Limite spesa per Recupero prestazioni di ricovero ANNI 2020-2021 compreso il ricorso al privato accreditato per l'anno 2021 (DGR 1063/2021)			814.848,00

	ASUFC		
	ricoveri persi da marzo 2020 a dicembre 2020	ricoveri recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima dei ricoveri che verranno ricoverati dal 02.07.2021 al 31.12.2021
interventi di cui alla lett.c punto 1 paragrafo 7	968	625	727
interventi di cui alla lett.c punto 2 paragrafo 7	510	242	383
interventi di cui alla lett.c punto 3 paragrafo 7	2.009	1.019	1.508
TOTALE	3487	1886	2618
		ASUFC	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE		13758
	COSTI		1.194.194,40
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE		6776
	COSTI		453.992,00
Reclutamento di personale e impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi degli art. 2-bis, 2-ter del DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con modifiche dalla L 24 aprile 2020, n.27	N° UNITA'	6	8
	COSTI	95.328,88	227.098,90
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		95.328,88	1.875.285,30
TOTALE COSTI 2020*			63.144,23
Limite spesa per Recupero prestazioni di ricovero ANNI 2020-2021 compreso il ricorso al privato accreditato per l'anno 2021 (DGR 1063/2021)			1.392.205,00

	ASFO		
	ricoveri persi da marzo 2020 a dicembre 2020	ricoveri recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
interventi di cui alla lett.c punto 1 paragrafo 7	281		
interventi di cui alla lett.c punto 2 paragrafo 7	371	-	100
interventi di cui alla lett.c punto 3 paragrafo 7	1.134		
TOTALE	1.786	-	100
		ASFO	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE		1.150,00
	COSTI		92.000,00
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE		1.250,00
	COSTI		62.500,00
Reclutamento di personale e impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi degli art. 2-bis, 2-ter del DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con modifiche dalla L 24 aprile 2020, n.27	N° UNITA'		
	COSTI		
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		0	154.500,00
TOTALE COSTI 2020*			69.807,00
Limite spesa per Recupero prestazioni di ricovero ANNI 2020-2021 compreso il ricorso al privato accreditato per l'anno 2021 (DGR 1063/2021)			553.573,00

	CRO		
	ricoveri persi da marzo 2020 a dicembre 2020	ricoveri recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
interventi di cui alla lett.c punto 1 paragrafo 7	789	104	214
interventi di cui alla lett.c punto 2 paragrafo 7	0	0	0
interventi di cui alla lett.c punto 3 paragrafo 7	9	0	0
TOTALE	798	104	214
		ASUGI	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	154,00	308,00
	COSTI	13.367,20	26.734,40
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE		
	COSTI		
Reclutamento di personale e impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi degli art. 2-bis, 2-ter del DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con modifiche dalla L 24 aprile 2020, n.27	N° UNITA'		
	COSTI		
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		13.367,20	26.734,40
TOTALE COSTI 2020*			66.130,09
Limite spesa per Recupero prestazioni di ricovero ANNI 2020-2021 compreso il ricorso al privato accreditato per l'anno 2021 (DGR 1063/2021)			107.179,00

	BURLO		
	ricoveri persi da marzo 2020 a dicembre 2020	ricoveri recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima dei ricoveri che verranno ricoverati dal 02.07.2021 al 31.12.2021
interventi di cui alla lett.c punto 1 paragrafo 7	115	11	31
interventi di cui alla lett.c punto 2 paragrafo 7	0	0	0
interventi di cui alla lett.c punto 3 paragrafo 7	23	3	10
TOTALE	138	14	41
		BURLO	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	103,33	203,03
	COSTI	8.969,33	17.647,13
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	158,63	341,58
	COSTI	10.612,57	22.849,73
Reclutamento di personale e impiego delle figure professionali previste in incremento ai sensi degli art. 2-bis, 2-ter del DL 17 marzo 2020, n.18 convertito con modifiche dalla L 24 aprile 2020, n.27	N° UNITA'	1	2
	COSTI	799,66	36.394,92
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		20.381,56	76.891,78
TOTALE COSTI 2020*			30.108,34
Limite spesa per Recupero prestazioni di ricovero ANNI 2020-2021 compreso il ricorso al privato accreditato per l'anno 2021 (DGR 1063/2021)			97.715,00

Prestazioni ambulatoriali.

	ASUGI		
	prestazioni persi da marzo 2020 a dicembre 2020	prestazioni recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
prestazioni di cui agli allegati specifici della DGR n.	42.096	1.929	4.823
interventi oculistici	3.565	137	343
prestazioni oncologiche	17.171	188	455
ALTRE PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	NON STIMATA	392	826
TOTALE PRESTAZIONI	62.832	2.646	6.446
		ASUGI	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	1.764,00	5.645,84
	COSTI	189.100,80	605.234,05
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	1.209,00	4.576,00
	COSTI	81.003,00	306.592,00
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		270.103,80	911.826,05
TOTALE COSTI 2020*			
Limite spesa per Recupero prestazioni di specialistica			1.840.559,00
* vedi file ricoveri			

	ASUFC		
	prestazioni persi da marzo 2020 a dicembre 2020	prestazioni recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno ricoverati dal 02.07.2021 al 31.12.2021
prestazioni di cui agli allegati specifici della DGR n.	49.839	26.009	34.887
interventi oculistici	2.278	1.189	1.595
prestazioni oncologiche	12.052	2.911	8.437
ALTRE PRESTAZIONI ONCOLOGICHE			
TOTALE PRESTAZIONI	64.169	30.108	44.919
		ASUFC	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	0	4.856
	COSTI	-	421.501
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	0	5.440
	COSTI	-	364.480
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI	0	825.000
TOTALE COSTI 2021		-	1.610.980,80
TOTALE COSTI 2020*			
Limite spesa per Recupero prestazioni di specialistica			2.733.745,00

	ASFO		
	prestazioni persi da marzo 2020 a dicembre 2020	prestazioni recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
prestazioni di cui agli allegati specifici della DGR n.	36.899	-	2.527
interventi oculistici	2.942	-	-
prestazioni oncologiche	3.156	-	-
ALTRE PRESTAZIONI ONCOLOGICHE			
TOTALE PRESTAZIONI	42.997	-	2.527
		ASFO	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE		1.000
	COSTI		80.000,00
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE		426
	COSTI		21.300,00
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021			101.300,00
TOTALE COSTI 2020*			
Limite spesa per Recupero prestazioni di specialistica			1.350.853,00

	CRO		
	prestazioni persi da marzo 2020 a dicembre 2020	prestazioni recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno recuperate dal 02.07.2021 al 31.12.2021
prestazioni di cui agli allegati specifici della DGR n.	481	108	415
interventi oculistici	-		
prestazioni oncologiche	12.824	-	-
ALTRE PRESTAZIONI ONCOLOGICHE	-	456	1.070
TOTALE PRESTAZIONI	13.305	564	1.485
		CRO	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	340,00	698,00
	COSTI	29.476,51	60.586,40
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	722,00	1.425,00
	COSTI	47.089,27	92.907,15
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		76.565,78	153.493,55
TOTALE COSTI 2020*			
Limite spesa per Recupero prestazioni di specialistica			802.633,00

	BURLO		
	prestazioni persi da marzo 2020 a dicembre 2020	prestazioni recuperati da 02.07.2021 al 30.09.2021	stima delle prestazioni che verranno ricoverati dal 02.07.2021 al 31.12.2021
prestazioni di cui agli allegati specifici della DGR n.	4.160	933	1.118
interventi oculistici	-		
prestazioni oncologiche	242	14	-
ALTRE PRESTAZIONI ONCOLOGICHE			
TOTALE PRESTAZIONI	4.402	947	1.118
		BURLO	
		DATI DAL 02.07.2021 AL 30.09.2021	DATI DAL 02.07.2021 AL 31.12.2021
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art 115, comma2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica	ORE	65,92	172,33
	COSTI	5.981,97	14.954,92
Ricorso alle prestazioni aggiuntive* di cui all'art. 6, comma 1 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità (numero)	ORE	50,07	125,17
	COSTI	3.333,85	8.334,63
Integrazione degli accordi con i privati accreditati	N° PRESTAZIONI		
	COSTI		
TOTALE COSTI 2021		9.315,82	23.289,55
TOTALE COSTI 2020*			
Limite spesa per Recupero prestazioni di specialistica			179.198,00

8. LA COMPLESSITA' DEL SISTEMA DELL'OFFERTA

Il presente paragrafo significa lo stato dell'arte dell'approccio al complesso tema del sistema dell'offerta e delle attese dei cittadini, relativamente alla tempistica per usufruire delle prestazioni.

Già elaborate e rappresentate a completamento della relazione 2019 (alla quale è possibile fare riferimento per il testo completo), vengono qui sinteticamente riproposte come sintesi le dinamiche sottostanti all'incrocio domanda offerta, che rappresentano standard di riferimento per un approccio compiuto al problema.

Schema dei principali determinanti dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie

Categoria	Determinanti
<u>Utente / paziente</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Clinici: condizione clinica, gravità, urgenza, disabilità - Socio-economici - Aspetti logistici dell'accessibilità

	<ul style="list-style-type: none"> - Culturali e comportamentali (percezione, ansia, aspettative soggettive) - Conoscenza del sistema di prestazioni
<u>Prestazione</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Grado di innovazione e di diffusione della prestazione e della tecnologia necessaria - Eseguitabilità da parte di differenti operatori - Connessione o dipendenza con altre prestazioni
<u>Erogatori</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacità di erogazione: efficienza, attrazione, modalità di gestione delle liste - Competenze professionali e dotazione tecnologica - Interessi particolari di singoli o di gruppi
<u>Sistema sanitario</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Composizione dell'offerta - Tariffe e tetti programmati ai volumi erogabili - Alternative sanitarie o socio-sanitarie disponibili alla prestazione - Ruolo dei medici prescrittori - Centro unificato di prenotazione - Normative specifiche - Gestione dell'informazione al cittadino
<u>Contesto socio economico culturale</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Struttura della domanda, in particolare con relazione all'età della popolazione - Prevenzione, screening - Modelli culturali di "consumo sanitario"

8.1 Gli interventi

Le misure adottate possono essere, per grandi linee, così rappresentate:

A. Integrare il sistema dell'offerta: la rete globale di riferimento

Strutturare il sistema integrato che raccoglie e integra l'offerta sanitaria di tutte le strutture erogatrici, a definire per il cittadino una rete globale di riferimento

B. Razionalizzare la domanda

Qualunque ipotesi di revisione organizzativa sui tempi d'attesa non può prescindere da un'attenta analisi dell'efficacia di quello che viene erogato e della necessità / adeguatezza in rapporto alla patologia dell'utente o anche al tipo di approccio organizzativo che viene utilizzato.

Accesso diretto dei cittadini

La struttura: la rete ospedale territorio

Introdurre meccanismi per modulare la domanda secondo priorità cliniche

Manutenzione delle liste di attesa

Coinvolgere gli agenti della domanda

C. L'appropriatezza

Garantire l'appropriatezza delle prestazioni, dunque erogare le prestazioni rispettando le indicazioni cliniche per le quali si sono dimostrate efficaci, nel momento più giusto e secondo le più opportune modalità.

D. Aumentare / razionalizzare i fattori produttivi

Il fattore umano – la libera professione e i meccanismi di incentivazione

I fattori strutturali

I fattori tecnologici: l'utilizzo delle apparecchiature

I fattori organizzativi

E. Il backlog, gli "ordini inevasi"

Il termine backlog è usato per indicare nel portafoglio ordini quelli che un'impresa industriale ha già ottenuto ma che deve ancora soddisfare. Il "portafoglio ordini" è una voce che è entrata da tempo nei bilanci di molte aziende e indica il numero e il valore delle commesse ottenute.

F. Comunicazione e informazione

L'informazione e la comunicazione rappresentano un diritto fondamentale del cittadino e una risorsa strategica per l'azienda negli interventi sulle liste d'attesa ed ai fini del miglioramento della qualità del servizio.

G. Il monitoraggio: verificare l'applicazione degli strumenti

Da intendersi come il prevedere verifiche al fine di valutare l'applicazione degli strumenti finalizzati alla razionalizzazione della domanda.

H. Esercitare una regia

Elaborare i dati quantità / tempo in un'ottica di analisi del fenomeno non solo puntuale ma anche di andamento storico e prospettico anticipatorio.

I. Le nuove professioni

L'obiettivo, ma anche l'esigenza, di provvedere a una domanda di figure sanitarie dotate di un'adeguata qualificazione professionale, da inserire nell'area dell'offerta di prestazioni sanitarie è elemento strategico.

9. AZIONI PER IL 2022

L'anno 2022 proseguirà con la conduzione del Piano operativo regionale, con rapporti di governo e monitoraggio molto stretti tra la DCS, ARCS e i tavoli di lavoro ministeriali. Una criticità da risolvere nel 2022 è quella di rendere più efficaci anche dal punto di vista analitico i percorsi di presa in carico ambulatoriale, migliorando la capacità di rilevare l'appropriatezza delle prestazioni e garantendo la possibilità di riconoscere quando le prestazioni sono inserite in particolari percorsi di presa in carico (ad esempio identificando la prestazione come parte di un PDTA), accessi che in condizioni ideali vengono gestiti direttamente dalle strutture ma la cui gestione fuori dal percorso corretto porta ad una cattiva gestione della domanda.

Un'azione più incisiva da parte di ARCS verrà fatta a livello del controllo delle agende chiuse per saturazione, cosa che ARCS sta già svolgendo provvedendo a segnalare alle Aziende la mancata visibilità dell'offerta CUP di alcune prestazioni rilevate a campione. Il principio sarà volto a garantire che, qualora l'utente non sia già preso in carico da una struttura, possa scegliere dove effettuare la prenotazione nella maniera più standardizzata possibile.

Questa relazione non riporta come allegato una relazione scritta da ciascun ente. Questo è dovuto al fatto che la DGR 1036/2021 e la DGR 54/2022 prevedono già un vincolo di rendicontazione del piano di recupero dei tempi di attesa da parte degli enti. Entro il 31/03/2022 le Aziende e gli IRCCS invieranno alla DCS e ad ARCS i loro piani recanti le strategie attuate a livello locale per rendere efficace il piano di recupero delle liste di attesa, la cui attuazione sarà oggetto di verifica periodica con le modalità già avviate nel 2021.

10. ALLEGATI

1. Volumi ambulatoriali 2021 FVG
2. Volumi ambulatoriali 2021 Aziende
3. Volumi libera professione 2021 Aziende
4. Tempi di attesa ambulatoriale ex-ante FVG e aziende
5. Volumi ricoveri 2021 Aziende