

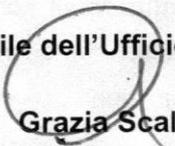


AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

DELIBERA DELLA DIRETTRICE GENERALE

Deliberazione n. 1120 del 30-10-2024

Oggetto: Adozione del "Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa" -

<p><b>DIREZIONE GENERALE</b></p> <p><b>Il Responsabile dell'Ufficio Atti deliberativi</b></p> <p> <b>Grazia Scalici</b></p>	<p><b>Area Gestione Economico - Finanziaria</b></p> <p>NULLA OSTA in quanto conforme alle norme di contabilità</p> <p><b>Non comporta ordine di spesa</b></p>
---	---

Ai sensi del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii., della Legge n. 241/90 e ss.mm.ii.e della L.R. 7/2019, il sottoscritto attesta la regolarità della procedura seguita e la legalità del presente atto, nonché l'esistenza della documentazione citata e la sua rispondenza ai contenuti esposti.

**Il Responsabile proponente**

L'anno duemilaventiquattro, il giorno 30 del mese di OTTOBRE, nei locali della sede legale di Via del Vespro 129, Palermo, la Direttrice Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" di Palermo, Dott.ssa Maria Grazia Furnari, nominata con D.P. n. 324/serv. 1^S.G. del 21.06.2024, assistita dalla GRAZIA SCALICI, quale segretario verbalizzante, adotta la seguente delibera sulla base della proposta di seguito riportata.



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

DIREZIONE GENERALE

VISTO	il Decreto Legislativo 30.12.1992 n. 502, e successive modificazioni e integrazioni operate dai decreti legislativi 7 dicembre 1993 n. 517 e 19 giugno 1999 n. 229;
VISTO	il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 che disciplina i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università;
VISTA	la Legge Regionale n. 5 del 14 Aprile 2009 pubblicata nella G.U.R.S. parte I n.17 del 17 Aprile 2009, con la quale si stabiliscono le norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale, in conformità ai principi contenuti dal decreto legislativo 30 Dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
VISTO	il protocolli di intesa, stipulati tra Regione Siciliana – Assessorato della Sanità approvati con decreto n. 264 del 19.03.2024, pubblicati nella GURS n. 17 del 12.04.2024;
PREMESSO CHE	Uno dei principali problemi che coinvolge le politiche sanitarie nazionali e regionali riguarda la gestione delle liste d'attesa, a causa della sua intrinseca multifattorialità.
RITENUTO	necessario pertanto identificare azioni e strategie di ottimizzazione e riorganizzazione basate su criteri di appropriatezza prescrittiva, gestione efficiente delle risorse aziendali e una politica di integrazione dei percorsi con il territorio e le strutture operanti, prevedendo soluzioni a livello provinciale e/o regionale.
VISTA	l'Intesa n. 1079 del 21 febbraio 2019 sancita tra il Governo Stato, le Regioni e le Province autonome sul Piano nazionale di Governo delle liste di attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 che ha rivisto l'elenco delle prestazioni da monitorare e ha individuato: <input type="checkbox"/> 69 prestazioni ambulatoriali (14 visite specialistiche e 55 prestazioni strumentali) <input type="checkbox"/> 17 prestazioni in regime di ricovero ordinario o diurno;
VISTO	il D.A. n.631 del 12 aprile 2019, pubblicato sulla GURS (p. I) n. 18 del 26 aprile 2019, avente ad oggetto approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, con il quale è stato recepito il "Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021" di cui all'intesa n. 1079 del 21 febbraio 2019 sancita tra il Governo Stato, le Regioni e le Province Autonome ( art. 1) ed è stato approvato ed adottato il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

	(PRGLA) 2019-2021;
VISTO	il D.A. n. 1103 del 26/11/2020 con il quale, ai sensi dell'articolo 29 del decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n.126, è stato rimodulato il Piano Operativo per il Recupero delle Liste di Attesa della Regione Siciliana e ripartite alle Aziende Sanitarie le risorse finanziarie dedicate;
VISTO	il D.A. del 27 aprile 2022, n. 334 con il quale è stato approvato ed adottato il nuovo Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste d'attesa della Regione Siciliana, rimodulato secondo le indicazioni degli art. 276-277-278-279 della Legge 30 dicembre 2021, n.234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" sul rifinanziamento delle attività di recupero delle prestazioni assistenziali per il miglioramento delle liste d'attesa e le relative indicazioni ministeriali;
VISTA	la nota Assessoriale Prot. n. 44702 del 11 agosto 2023, recante "Direttiva per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Operativo regionale di recupero delle liste di attesa adottato con deliberazione della Giunta regionale di Governo n. 317 del 27 luglio 2023";
VISTA	la nota Assessoriale Prot. n. 46279 del 30 agosto 2023, recante "Aggiornamento Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa";
PRESO ATTO	che l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone, in osservanza alle disposizioni nazionali e regionali e alle indicazioni della Giunta regionale di cui alla deliberazione n. 317 del 27 luglio 2023, nonché degli indirizzi di cui alle successive note assessoriali dell'11 agosto 2023, del 30 agosto 2023, del 02 maggio 2024 persegue quale obiettivo strategico prioritario quello dell'abbattimento delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche;
VISTA	La nota Assessoriale prot. 20763 del 02/05/2024 recante "Piani Aziendali di governo delle Liste di attesa. Indirizzi operativi";
PRESO ATTO	che, con decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 324/Serv.1°/S.G. del 21 giugno 2024, la dott.ssa Maria Grazia Furnari - in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 210 del 17 giugno 2024, ai sensi dell'articolo 19 della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009 e ss.mm.ii., in combinato disposto con l'articolo 2 del D. Lgs. n. 171 del 4 agosto 2016, n. 171 - è stata nominata Direttore generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo per la durata di anni tre, a far data dal decreto di nomina medesimo, per l'effetto assumendo seduta stante tutti i poteri di gestione e la legale rappresentanza dell'Azienda;



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

ATTESO	che, con delibera n. 692 del 21/06/2024, questa Azienda ha preso atto del Decreto del Presidente della Regione Siciliana n. 324/Serv.1°/S.G. del 21 giugno 2024, di nomina della dott.ssa Maria Grazia Furnari quale Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo per la durata di anni tre, a far data dal decreto di nomina medesimo;
CONSIDERATO	Che in data 01/07/2024 la Dott.ssa Maria Grazia Furnari e l'Assessore pro-tempore della Salute della Regione siciliana, dott.ssa Giovanna Volo, hanno sottoscritto il Contratto di Lavoro del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone di Palermo;
ATTESO	che all'art. 3 del contratto di lavoro sottoscritto dalla Direttrice Generale Dott.ssa Maria Grazia Furnari è prevista, la predisposizione entro 30 giorni dall'insediamento nella carica, di un apposito Piano operativo di governo e di recupero delle liste di attesa da sottoporre all'approvazione dell'Assessorato Regionale della Salute;
ATTESO	che la Direzione Strategica aziendale ha istituito con atto Prot.n.0036912 del 24/06/2024 un Gruppo Operativo di supporto al Governo delle Liste d'Attesa, costituito dai dirigenti medici dello Staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria con il supporto della UOS Programmazione e Sviluppo Aziendale, per l'implementazione e il monitoraggio delle azioni ritenute utili all'abbattimento della Lista di Attesa, sotto il coordinamento di una cabina di Regia all'uopo costituita;
DATO ATTO	che il suddetto gruppo operativo, coordinato dalla direzione sanitaria aziendale e con il supporto dei consulenti di P4I- Partner for Innovation, ha contribuito alla stesura del Piano Operativo di Governo e di Recupero delle Liste di Attesa denominato "Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa";
TENUTO CONTO	che in esecuzione dell' art. 3 del contratto di lavoro sottoscritto dalla Direttrice Generale, il Programma Triennale di governo delle liste d'attesa, con nota prot. 44384 del 01/08/2024, è stato trasmesso all'Assessorato della salute per la relativa approvazione;
TENUTO CONTO	che le linee di intervento previste in tale Programma sono di natura organizzativa, tecnologica e di processo e necessitano di un coordinamento di alto livello;
CONSIDERATO	che per quanto sopra specificato il primo passo del programma previsto dall'Azienda per il governo delle liste è consistito nella creazione di una Cabina di Regia, coordinata dalla direzione strategica aziendale e da specifici Tavoli Operativi, costituiti con nota prot. 51283 del 16/09/2024,
CONSIDERATO	Che le ulteriori azioni in corso e programmate, dettagliate nel suddetto programma triennale per il governo delle liste d'attesa sono sintetizzate in seguito: <ul style="list-style-type: none"><li>• Strutturazione dell'offerta con modello HUB-SPOKE</li></ul>



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percorsi per attività chirurgica ambulatoriale e attività chirurgica da sala operatoria a bassa complessità</li> <li>• Riassetto organizzativo Aziendale - Definizione del Percorso Pre-ricovero</li> <li>• Governo dell'attività ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)</li> <li>• Potenziamento delle risorse strutturali e umane</li> <li>• Utilizzo delle prestazioni aggiuntive</li> <li>• Utilizzo della Telemedicina</li> <li>• Chiamata attiva ai pazienti (Recall)</li> <li>• Procedure per la gestione degli slot allocati non prenotati</li> <li>• Incidenza e mitigazione del fenomeno no-show</li> <li>• Incremento nell'utilizzo del SovraCUP</li> <li>• Agende dedicate ai PDTA</li> <li>• Esposizione Agende dei privati accreditati</li> <li>• Efficientamento delle attività operatorie</li> <li>• Monitoraggio e riorganizzazione degli slot delle prime visite e delle visite di controllo</li> <li>• Empowerment del paziente – piano di comunicazione verso il paziente sul percorso di cura</li> </ul>
PRESA VISIONE	<p>Della nota prot. 37195 del 08/08/2024 dell'Assessorato della Salute – Dipartimento Pianificazione strategica – avente ad oggetto "Piani aziendali di governo delle liste di attesa. Obiettivo contrattuale del Direttore Generale", con la quale, in attesa di eventuali richieste di approfondimenti e chiarimenti per una completa valutazione ed eventuale validazione dei piani operativi trasmessi, si invitano le Aziende a dare attuazione ad ogni misura e intervento di competenza, in attesa del completamento dell'attività istruttoria propedeutica alla validazione dei piani;</p>
PRESA VISIONE	<p>Della nota prot. 38971 del 30/08/2024 dell'Assessorato della Salute avente ad oggetto "Obiettivo di cui all'art. 3 comma 2 lettera b) del Contratto del Direttore Generale", ed in particolare della Checklist relativa al grado di completezza del Piano di Governo delle Liste di Attesa trasmesso da AOUP all'Assessorato della salute,</p>
CONSIDERATO	<p>Che la suddetta checklist prevedeva l'integrazione del Piano di Governo delle Liste di Attesa predisposto da AOUP con il relativo Quadro Economico degli interventi, verificando la compatibilità con le risorse assegnate,</p>
TENUTO CONTO	<p>Che con nota 58534 del 22.10.2024 questa Azienda ha comunicato all'Assessorato alla salute il quadro economico per la soddisfazione delle prestazioni in lista d'attesa,</p>



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

	mediante l'espletamento di prestazioni aggiuntive e acquisti di servizi da erogatori privati;
Rilevato	e tenuto conto che gli atti e i documenti citati nel presente provvedimento sono nella disponibilità dell'Azienda;

DELIBERA

di dare atto che l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone, in osservanza alle disposizioni nazionali e regionali e alle indicazioni della Giunta regionale di cui alla deliberazione n. 317 del 27 luglio 2023, nonché degli indirizzi di cui alle successive note assessoriali dell'11 agosto 2023 e del 30 agosto 2023, persegue quale obiettivo strategico prioritario quello dell'abbattimento delle liste di attesa per prestazioni ambulatoriali e chirurgiche;

di dare atto che per l'abbattimento delle liste d'attesa, a causa della intrinseca multifattorialità del problema, è necessario identificare azioni e strategie di ottimizzazione e riorganizzazione basate su criteri di appropriatezza prescrittiva, gestione efficiente delle risorse aziendali e una politica di integrazione dei percorsi con il territorio e le strutture operanti, prevedendo soluzioni a livello provinciale e/o regionale;

di prendere atto che il contratto di lavoro sottoscritto dalla stessa in qualità di Direttrice Generale in data 01/07/2024, prevede, all'art. 3, la predisposizione entro 30 giorni dall'insediamento nella carica, di un apposito Piano operativo di governo e di recupero delle liste di attesa da sottoporre all'approvazione dell'Assessorato Regionale della Salute;

di dare atto che in esecuzione del suddetto art. 3 con nota prot. 44384 del 01/08/2024, è stato trasmesso all'Assessorato della salute il Piano Operativo di Governo e di Recupero delle Liste di Attesa "Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa" per la relativa approvazione e con successiva nota n. 58534 del 22.10.2024 e' stato trasmesso ad integrazione il nuovo quadro economico;



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

di adottare il "Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa, integrato dal quadro economico degli interventi, così come da indicazioni dell'Assessorato della Salute.

Di trasmettere il Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa 2024/2027 all'Assessorato Regionale alla Sanita'.

Di pubblicare il Programma aziendale triennale di governo delle liste d'attesa 2024/2027 nell'apposita sezione amministrazione "Trasparente del sito aziendale.

Il Direttore Sanitario  
Prof. Alberto Firenze

Il Direttore Amministrativo  
Dott. Sergio Consagra

La Direttrice Generale  
Dott. ssa Maria Grazia Furnari

Il Segretario verbalizzante



AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA

**PUBBLICAZIONE**

Si certifica che la presente deliberazione, per gli effetti dell'art. 53 comma 2 L.R. n. 30 del 03/11/1993, in copia conforme all'originale, è stata pubblicata in formato digitale all'albo informatico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico a decorrere dal giorno 01-11-2024 e che nei 15 giorni successivi:

- non sono pervenute opposizioni
- sono pervenute opposizioni da \_\_\_\_\_

Il Funzionario Responsabile

Notificata al Collegio Sindacale il \_\_\_\_\_

**DELIBERA NON SOGGETTA AL CONTROLLO**

Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4, comma 8 della L. n. 412/1991 e divenuta:

**ESECUTIVA**

- Decorso il termine (10 giorni dalla data di pubblicazione ai sensi dell'art. 53, comma 6, L.R. n. 30/93
- Delibera non soggetta al controllo, ai sensi dell'art. 4 comma 8, della L. n. 412/1991 e divenuta:

**IMMEDIATAMENTE ESECUTIVA**

Ai sensi dell'art. 53, comma 7, L.R. 30/93

Il Funzionario Responsabile

**ESTREMI RISCONTRO TUTORIO**

- Delibera trasmessa, ai sensi della L.R. n. 5/09, all'Assessorato Regionale Salute in data \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_

**SI ATTESTA**

Che l'Assessorato Regionale Salute, esaminata la presente deliberazione:

- Ha pronunciato l'approvazione con atto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come da allegato
- Ha pronunciato l'annullamento con atto prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ come da allegato
- Delibera divenuta esecutiva con decorrenza del termine previsto dall'art. 16 della L. R. n. 5/09 dal \_\_\_\_\_

Il Funzionario Responsabile

# PROGRAMMA AZIENDALE TRIENNALE DI GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

Anno 2024 – 27  
aggiornamento 23/10/24



# Indice

## Sommario

1. Premessa .....	3
2. Analisi del contesto .....	4
2.1 L'evoluzione dell'offerta negli anni precedenti e nel 2024 .....	4
Specialistica ambulatoriale .....	4
Ricoveri chirurgici.....	8
2.2 Quadro economico.....	9
Anno 2023 – Attività chirurgica .....	9
Anno 2024 – Attività chirurgica .....	10
Anno 2024 – Attività ambulatoriale .....	10
2.3 Azioni intraprese durante la gestione commissariale nel 2024 .....	11
3. Il Programma di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2024-27 .....	12
3.1 Obiettivi .....	13
3.2 Azioni previste nel programma di sviluppo .....	13
3.2.1 Offerta clinico – sanitaria .....	13
3.2.2 Programmazione e Agende .....	16
3.2.3 Appropriatezza.....	25
4. Metodologia di monitoraggio delle Liste d'Attesa .....	26
5. Analisi dei rischi e criticità .....	27
6. Roadmap e piano di Programma.....	31

# 1. Premessa

Uno dei principali problemi che coinvolge le politiche sanitarie nazionali e regionali riguarda la gestione delle liste d'attesa, a causa della sua intrinseca multifattorialità. La gestione delle liste d'attesa passa inevitabilmente attraverso l'utilizzo di tecnologie più innovative, l'aumento di consapevolezza dei pazienti e del personale sanitario e attraverso un uso efficiente delle risorse dell'Azienda che coordinandosi con le altre strutture pubbliche e private sul territorio è in grado di fornire prestazioni appropriate nei tempi richiesti ai pazienti. È necessario identificare azioni e strategie di ottimizzazione e riorganizzazione basate su criteri di appropriatezza prescrittiva, gestione efficiente delle risorse aziendali e una politica di integrazione dei percorsi con il territorio e le strutture operanti, prevedendo soluzioni a livello provinciale e/o regionale.

Per affrontare questa problematica, nel maggio 2023 il Ministero della Salute ha inviato alle Regioni una nota circolare contenente indicazioni sulle attività di recupero delle prestazioni. Tale nota è stata adottata dalla giunta regionale siciliana nel luglio successivo. Di conseguenza, le Aziende sanitarie hanno dovuto aggiornare i propri piani operativi di recupero e si sono impegnate nella ricerca di soluzioni per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (AOUP) Paolo Giaccone ha recepito la direttiva dell'Assessorato per l'attuazione dell'aggiornamento del Piano Operativo Regionale di Recupero delle Liste di Attesa, come stabilito dalla Delibera di Giunta Regionale n. 317 del 27 luglio 2023. Ciò è finalizzato a superare le criticità presenti negli Ambiti Territoriali di Garanzia (ATG) attraverso l'implementazione di azioni mirate al raggiungimento degli obiettivi del suddetto piano operativo. In questo contesto, è stata costituita la Rete Aziendale per il Recupero delle Prestazioni (Rete ARP), come sancito dalla Delibera n. 1134 del 16 agosto 2023, in attesa della definizione del Piano Attuativo Interaziendale. Quest'ultimo mira a creare sinergie e a coordinare le attività di gestione delle liste di attesa tra le diverse aziende ospedaliere e territoriali presenti nella provincia di Palermo.

Attraverso le azioni intraprese, le liste d'attesa ambulatoriali relative al triennio 2019-2022 sono state completamente smaltite nel 2023. Tuttavia, le medesime azioni non hanno garantito, come previsto, lo smaltimento totale delle prestazioni di ricovero per lo stesso triennio; in particolare, è stato recuperato solo il 70% delle prestazioni previste.

L'obiettivo del presente documento di programmazione e pianificazione aziendale per il triennio 2024-2027 è delineare un piano di intervento strategico e operativo per il recupero delle liste d'attesa degli anni passati e per la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Questo sarà attuato attraverso una metodologia definita e la costruzione di un sistema di monitoraggio in grado di delineare lo stato delle liste d'attesa dell'Azienda e di guidare la Direzione Strategica nell'adozione delle misure più idonee.

Il piano recepisce quanto sancito dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) 2019/2021 e dal Decreto-Legge del 7 giugno 2024, convertito in Legge con modificazioni, recante misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie. Il presente piano sarà aggiornato periodicamente in seguito ai provvedimenti che verranno deliberati nel corso del triennio a livello regionale e/o nazionale, in particolare a seguito dell'elaborazione del Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 2024-2026, attualmente in fase di definizione presso il Tavolo Tecnico istituito dal Ministero della Salute.

Il piano tiene altresì in considerazione gli adeguamenti strutturali finanziati con il PNRR-PNC.

## 2. Analisi del contesto

### 2.1 L'evoluzione dell'offerta negli anni precedenti e nel 2024

#### Specialistica ambulatoriale

Alla data del 23/10/2024 le liste d'attesa per l'ambito ambulatoriale, limitatamente alle prestazioni critiche e riferito alle prese in carico del 2023 risultano pressoché soddisfatte (136 prenotazioni ancora in attesa su un totale di 46.272 effettuate).

Per quanto attiene, invece, le prestazioni prese in carico nel 2024, si evidenzia un incremento sostanziale della domanda, che già alla data di stesura del presente piano indica un superamento delle prestazioni del 2023.

La stima tendenziale del 2024 rappresenta una situazione in cui si è presentato un aumento del 33% rispetto all'anno precedente.

Ciò nonostante, il 46% circa delle prestazioni prese in carico ad oggi sono state soddisfatte, e valutando l'apporto positivo delle misure rappresentate in questo piano, si stima che entro giugno 2025 rimarranno soddisfatte almeno l'80% delle prestazioni prese in carico nel 2024.

PRESTAZIONE	PRESE IN CARICO 2023		PRESE IN CARICO 2024 (al 23/10)		INCREMENTO TENDENZIALE 2023>2024	
	Num. Prenotazioni	Ancora in lista	Num. Prenotazioni	Ancora in lista		
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (4523)	1.303	0	1.253	1.008	1.556	19%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88714)	647	1	722	369	896	39%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (88735)	1.874	0	1.704	844	2.116	13%
ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA SUPERIORE (88772S)	60	0	49	31	61	1%
ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA-INFERIORE (88772I)	964	0	820	390	1.018	6%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA (88723)	819	1	1.134	628	1.408	72%
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (88761)	1.542	1	1.502	640	1.865	21%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE (88751)	174	0	171	77	212	22%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88741)	246	0	237	116	294	20%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - DESTRA (88732R)	10	0	5	2	6	-38%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - SINISTRA (88732L)	2	0	6	2	7	272%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - BILATERALE (88731)	1.448	1	1.416	750	1.758	21%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA (88782)	3	0	5	1	6	107%
ECOGRAFIA OSTETRICA (8878)	3	0	2	0	2	-17%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (8950)	472	0	514	293	638	35%

ELETTROCARDIOGRAMMA (8952)	2.041	12	2.116	872	2.627	29%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - ANALISI QUALITATIVA O QUANTITATIVA PER MUSCOLO (93081)	34	0	247	182	307	802%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95411)	374	0	631	54	783	109%
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO (9502)	4.744	5	5.999	3.707	7.448	57%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA (4516)	73	1	95	73	118	62%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (4513)	555	0	561	435	696	25%
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO DESTRO (9511L)	1	0				-100%
FOTOGRAFIA DEL FUNDUS OCCHIO SINISTRO (9511R)	1	0				-100%
MAMMOGRAFIA BILATERALE (87371)	2.757	1	2.523	248	3.132	14%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - DESTRA (87372R)	58	0	57	11	71	22%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - SINISTRA (87372L)	65	0	54	9	67	3%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO CERVICALE (88931A)	142	0	97	61	120	-15%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO- TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO (88931C)	99	0	48	22	60	-40%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO TORACICO (88931B)	124	0	77	49	96	-23%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO (88912)	624	0	515	282	639	2%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO (88911)	111	0	198	96	246	121%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - CERVICALE (8893A)	60	0	90	39	112	86%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - LOMBOSACRALE (8893C)	106	0	201	63	250	135%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - TORACICA (8893B)	29	0	42	19	52	80%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO (88955)	437	0	416	186	516	18%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88954)	147	0	159	81	197	34%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (4524)	2	0	7	6	9	335%
SPIROMETRIA GLOBALE (89372)	141	14	30	12	37	-74%
SPIROMETRIA SEMPLICE (89371)	376	1	423	51	525	40%

TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE (8941)	197	0	480	32	596	202%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE - TRATTO CERVICALE (88381A)	1	0	5	4	6	521%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE - TRATTO TORACICO (88381B)	2	0	5	3	6	210%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO (88385)	4	0	3	1	4	-7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DEL CRANIO [SELLA TURCICA, ORBITE] (8703A)	0	0	1	1	1	
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DELL' ENCEFALO (8703B)	34	0	95	63	118	247%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-CRANIO (87031A)	1	0	2	0	2	148%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-ENCEFALO (87031B)	143	0	130	55	161	13%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO (87411)	694	2	596	237	740	7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE (8741)	178	0	238	133	295	66%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO (88016)	532	2	505	225	627	18%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO (88015)	33	0	41	28	51	54%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO (88014)	20	0	15	5	19	-7%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE (88013)	1	0	26	16	32	3128%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO (88012)	23	0	4	3	5	-78%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE (88011)	3	0	12	10	15	397%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO (88381C)	4	0	1	1	1	-69%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO -TRATTO LOMBOSACRALE (88382C)	1	0	2	2	2	148%
VISITA GENERALE CARDIOLOGICA (897CA)	1.513	12	1.826	959	2.267	50%
VISITA GENERALE CHIRURGICA VASCOLARE (897CV)	1.385	0	1.433	253	1.779	28%
VISITA GENERALE DERMATOLOGICA (897DE)	4.142	0	3.665	2.365	4.550	10%
VISITA GENERALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (PRIMA VISITA FISIATRICA) (897MFR)	2.605	0	2.468	557	3.064	18%
VISITA GENERALE ENDOCRINOLOGICA (897EN)	1.178	0	1.665	877	2.067	75%
VISITA GENERALE GASTROENTEROLOGICA (897GA)	851	0	1.429	454	1.774	108%

VISITA GENERALE ONCOLOGICA (897ON)	1.260	0	998	21	1.239	-2%
VISITA GENERALE ORTOPEDICA (897OR)	858	1	1.207	564	1.498	75%
VISITA GENERALE OTORINOLARINGOIATRICA (897ORL)	1.853	0	2.290	1.065	2.843	53%
VISITA GENERALE PNEUMOLOGICA (897PN)	1.166	13	1.111	488	1.379	18%
VISITA GENERALE UROLOGICA (897UR)	1.106	25	1.538	723	1.909	73%
VISITA GINECOLOGICA (8926)	993	0	861	421	1.069	8%
VISITA NEUROLOGICA (8913)	2.823	43	2.684	1.733	3.332	18%
<b>TOTALI</b>	<b>46.272</b>	<b>136 (0,294%)</b>	<b>49.462</b>	<b>23008 (46,517%)</b>	<b>61.407</b>	<b>33%</b>

Tabella 1 - Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale prese in carico ed eseguite, suddivisa per pazienti entrati in lista prima e dopo il 31.12.2023. Dati aggiornati al 23/10/2024

## Ricoveri chirurgici

Similmente ai casi di specialistica ambulatoriale, vengono di seguito trattati i casi in lista d'attesa riferiti agli assistiti presi in carico nel 2023, divisi per classe di priorità e per disciplina:

DISCIPLINA	A	B	C	D
Chirurgia generale	65	61	155	5
Chirurgia pediatrica	2	0	1	18
Chirurgia plastica	16	58	128	29
Neurochirurgia	12	25	33	2
Oculistica	0	0	0	22
Ortopedia e traumatologia	5	10	8	0
Otorinolaringoiatria	35	91	104	34
Urologia	2	14	49	46

Durante l'anno in corso, come registrato nella piattaforma Gilia, sono stati eseguiti o bonificati circa il 60% dei casi e permangono in lista circa 1030 casi. Di questi, tuttavia, 142 assistiti non sono reperibili o non hanno risposto alle chiamate e 49 non sono più interessati, pertanto le relative posizioni sono da sospendere e da allineare su Gilia come bonificati; ciò consentirebbe già di raggiungere la percentuale del 66%

Per quanto riguarda il 2024, i pazienti presi in carico e fuori dai tempi d'attesa sono distribuiti come indicato:

Unità operativa	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
43.01.0 Urologia	100	220	119	20
09.08.0 Chirurgia Generale e d'Urgenza	243	41	88	3
37.01.0 Ostetricia e Ginecologia a Indirizzo Oncologico	216	2	0	0
09.07.0 Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico	65	143	68	10
38.01.0 Otorinolaringoiatria	103	95	93	14
12.01.0 Chirurgia Plastica	94	83	135	12
36.01.0 Ortopedia	69	36	15	0
30.02.0 Neurochirurgia	39	64	53	10
09.08.1 Chirurgia Laparoscopica	19	22	262	3
14.01.0 Chirurgia Vascolare	26	6	1	1
09.07.2 Breast Unit	19	5	1	0
34.01.0 Oculistica	7	15	0	29
07.01.0 Cardiochirurgia	6	3	0	0
11.01.0 Chirurgia Pediatrica	2	3	9	58
37.01.4 Ginecologia Chirurgica Mininvasiva	2	1	3	0
09.08.2 Endoscopia	0	0	1	0

I valori dei ricoveri chirurgici sopra menzionati non considerano esclusivamente le prestazioni monitorate dal PNGLA. Di conseguenza, gli obiettivi di riduzione delle liste d'attesa dovranno essere calcolati su un dato inferiore. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" ha già programmato di rendere obbligatorio l'inserimento del codice ICD9-CM per le prenotazioni delle prestazioni di ricovero, ottenendo così una rappresentazione più accurata dello stato delle liste d'attesa da smaltire.

## 2.2 Quadro economico

Dal quadro economico rideterminato alla data corrente, avendo aggiornato lo stato delle liste d'attesa, risulta che le prestazioni ancora da erogare prese in carico nell'anno 2023 si riferiscono unicamente alle prestazioni chirurgiche correlate ai percorsi di degenza ordinaria, che risultano pari a n. 1187 richieste di ricovero, che questa azienda intende erogare fruendo del contributo operativo degli operatori privati e attraverso lo strumento delle prestazioni aggiuntive. Nello specifico, si intende delegare al privato accreditato gli interventi a bassa complessità (n. 153 casi pari a € 145.000) ed una quota degli interventi a media complessità (n. 108 casi pari a € 173.000), che verranno trasferiti alle aziende private mediante la piattaforma Gilia. I rimanenti interventi (n. 926 casi) verranno svolti dal personale A.O.U.P. in prestazione aggiuntiva, per un valore stimato pari a € 1.066.000).

Tali azioni consentono di conseguire l'obiettivo di smaltire il 70% delle prestazioni di ricovero prese in carico nell'anno 2023 entro la fine dell'anno 2024. Si sottolinea che, invece, tutte le prestazioni ambulatoriali prese in carico nel 2023 sono state eseguite.

Per quanto riguarda le prestazioni prese in carico nell'anno 2024, si rappresenta che le stesse sono riferite ad attività sia chirurgica che ambulatoriale.

Nello specifico, per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali, avendo preso in considerazione la capacità produttiva di ciascun erogatore, si stima che al termine del 2024 risulteranno da eseguire 19.400 prestazioni, che si intende soddisfare mediante il ricorso alle prestazioni aggiuntive per un numero pari a 5.800 prestazioni ed un impegno economico pari a € 566.000 e mediante l'acquisto di prestazioni da privato, nel rispetto della vigente normativa in materia di appalti pubblici (D.lgs n. 36/2023), per un numero pari a circa 13.600 prestazioni ed un presumibile importo a base d'asta pari a € 399.000, da frazionare per le diverse branche di interesse.

Per quanto attiene, invece, l'ambito chirurgico, si stima che al termine del 2024 risulteranno da gestire un numero pari a n. 2631 casi, suddivisi tra le varie complessità. Attraverso la piattaforma Gilia, si intende delegare al privato accreditato la bassa complessità, pari a n. 463 casi, per un valore indicativo pari a € 439.000; le rimanenti 2168 prestazioni potranno essere svolte in prestazione aggiuntiva, con un impegno economico pari a € 2.718.000.

I dati indicati sono ovviamente suscettibili di variazioni nella distribuzione dei casi tra il privato accreditato e l'utilizzo di prestazioni interne, a saldo invariato, in relazione alla auspicabile variazione della capacità erogativa ed al progredire degli interventi legati al PNRR.

### Anno 2023 – Attività chirurgica

MODALITA'	COMPLESSITA'	N. CASI	VALORE ECONOMICO
PRIVATO ACCREDITATO	BASSA	153	145.000,00 €
PRIVATO ACCREDITATO	MEDIA	108	173.000,00 €
PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	MEDIA	709	747.000,00 €
PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	ALTA	217	319.000,00 €
PRIVATO ACCREDITATO attraverso GILIA: tutti gli interventi a bassa complessità ed una quota pari a circa il 13% degli interventi a media complessità			318.000,00 €
PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: la parte residua degli interventi a media complessità e tutti gli interventi ad alta complessità			1.066.000,00 €

**TOTALE 1.384.000,00 €**

### Anno 2024 – Attività chirurgica

MODALITA'	COMPLESSITA'	N. CASI	VALORE ECONOMICO
PRIVATO ACCREDITATO	BASSA	463	439.000,00 €
PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	MEDIA	1501	1.582.000,00 €
PRESTAZIONE AGGIUNTIVA	ALTA	667	1.136.000,00 €

PRIVATO ACCREDITATO attraverso GILIA: tutti gli interventi a bassa complessità, pari al 18% del totale 439.000,00 €

PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: la parte residua degli interventi (alta complessità) pari all'82% del totale 2.718.000,00 €

**TOTALE 3.157.000,00 €**

### Anno 2024 – Attività ambulatoriale

BRANCA	PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		PRIVATO	
	NUMERO	VALORE ECONOMICO	NUMERO	VALORE ECONOMICO
Cardiologia	863	66.487,28 €	2015	71.169,82 €
Chirurgia vascolare – Angiologia	142	10.683,75 €	570	22.674,62 €
Dermosifilopatia	470	23.522,30 €	1882	38.877,66 €
Diagnostica per immagini o diagnostica	2305	287.298,50 €		
Endocrinologia	188	14.133,45 €	754	17.398,09 €
Gastroenterologia - Chir./Endoscopia digestiva	695	66.563,44 €	1621	101.600,83 €
Medicina fisica e riabilitazione	110	8.270,10 €	257	5.315,65 €
Neurologia	170	14.094,30 €	1528	39.465,42 €
Oculistica	296	22.235,93 €	2668	55.127,31 €
Oncologia	100	15.070,50 €		
Ortopedia e traumatologia	107	7.993,35 €	426	8.807,61 €
Ostetricia e ginecologia	46	3.417,90 €	410	8.482,95 €
Otorinolaringoiatria	84	6.318,15 €	758	15.073,85 €
Pneumologia	210	15.762,75 €	210	4.409,50 €
Urologia	57	4.260,83 €	511	10.563,44 €
<b>TOTALE</b>	<b>5845</b>	<b>566.112,51 €</b>	<b>13611</b>	<b>398.966,74 €</b>

PRIVATO: n. 13600 prestazioni per un valore pari a 399.000,00 €  
 PRESTAZIONE AGGIUNTIVA: n. 5800 prestazioni per un valore pari a 566.000,00 €  
**TOTALE 965.000,00 €**

## 2.3 Azioni intraprese durante la gestione commissariale nel 2024

Da febbraio 2024, la nuova gestione commissariale ha avviato diverse iniziative mirate a ridurre le liste di attesa. Tra queste, è stato effettuato il reclutamento di personale dirigenziale e del comparto per le Unità Operative che presentano tempi di attesa prolungati. Inoltre, è stata incrementata la tariffa oraria per il riconoscimento delle prestazioni aggiuntive, coinvolgendo sia il personale del comparto che quello dirigenziale, al fine di accelerare il recupero delle liste d'attesa.

Per garantire un monitoraggio costante, è stata data un'importanza prioritaria al tema "Liste di attesa" con l'inserimento dello stesso nei Collegi di Direzione. Parallelamente, è stata promossa una manifestazione di interesse rivolta a tutto il personale dell'AOUP, incentivando la partecipazione attiva al progetto.

Un gruppo di coordinamento delle liste di attesa è stato costituito in staff alla Direzione Generale, mentre un'Unità Operativa CUP e Percorsi Diagnostici è stata istituita in staff alla Direzione Sanitaria. L'Unità Operativa di staff "Programmazione e Sviluppo" è stata potenziata, affidandole la gestione delle liste di attesa sotto la diretta supervisione del Direttore Generale.

Sono state implementate attività operative di richiamo (Recall) e, per garantire l'equilibrio dei volumi di attività tra il SSN e l'ALPI, è stata avviata un'analisi continua dell'attività ALPI, con confronti regolari con il Presidente della Commissione Paritetica.

### 3. Il Programma di Governo delle liste d'attesa per il triennio 2024-27

Il programma di governo delle liste d'attesa per il triennio 2024-2027 prevede una serie di interventi volti ad **affrontare in modo sistemico** il tema dell'efficientamento nella gestione delle liste d'attesa. Il programma si propone di definire obiettivi annuali di riduzione delle liste secondo le indicazioni a livello nazionale/regionale e di indicare le azioni e le linee di intervento necessarie per raggiungere tali obiettivi.

Nell'ottica di un **processo di miglioramento continuo** il programma verrà rivalutato annualmente analizzando i dati di monitoraggio delle liste, i risultati delle azioni intraprese, eventuali criticità o imprevisti con l'obiettivo di intervenire sul piano ed introdurre eventuali **azioni correttive**.

Le linee di intervento previste sono di natura organizzativa, tecnologica e di processo e necessitano di un coordinamento di alto livello. Per questo il primo passo del programma previsto dall'Azienda per il governo delle liste consiste nella creazione di una **Cabina di Regia** che si riunisca con cadenza periodica, per verificare lo stato di avanzamento dello smaltimento delle liste, identificare le branche a maggior criticità e valutare operativamente gli ambiti di intervento. Al fine di perseguire gli obiettivi identificati nel presente piano, la Cabina di Regia dovrà provvedere al monitoraggio periodico dei dati relativi all'attività chirurgica e di specialistica ambulatoriale, essenziali per la conoscenza dei fenomeni a maggior impatto e per identificare le azioni più efficaci ed efficienti da intraprendere.

Il monitoraggio periodico sarà supportato da appositi report (prodotti con la periodicità necessaria a garantire rapidi interventi), che verranno definiti nella fase successiva all'insediamento della Cabina di Regia che consentiranno di evidenziare prontamente eventuali criticità e indirizzare interventi mirati a risolverle. A titolo esemplificativo, il monitoraggio dello stato delle liste d'attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico e ambulatoriali, sarà utile a verificare l'andamento dello smaltimento delle liste, con riferimento a trend, vincoli alla riduzione delle liste, mobilità attiva intra-regionale ed extra-regionale.

Saranno prodotti inoltre i report con cadenza trimestrale richiesti dall'assessorato della Salute.

Da una prima analisi verranno inoltre istituiti dei **Tavoli di Lavoro operativi**, che si occuperanno di indirizzare specifici ambiti identificati (es. Offerta clinico-sanitaria e tetti di spesa, Programmazione e Agende, Appropriatelyzza e Gestione delle cronicità, Monitoraggio e comunicazione)

I Tavoli di Lavoro operativi saranno coordinati e riferiranno alla Cabina di Regia per condividere le linee di indirizzo e lo stato dei lavori.

La Direzione Strategica aziendale ha inoltre istituito con atto Prot.n.0036912 del 24062024 un **Gruppo Operativo** di supporto al Governo delle Liste d'Attesa, costituito dai dirigenti medici dello Staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria con il supporto della UOS Programmazione e Sviluppo Aziendale, per l'implementazione e il monitoraggio ritenute utili all'abbattimento della Lista di Attesa, sotto il coordinamento della Cabina di Regia

Tramite l'istituzione del Gruppo Operativo viene così promosso il potenziamento della rete dei sistemi di controllo, ovvero il miglioramento delle comunicazioni fra le varie articolazioni del CUP che comprendono il front office, il servizio gestione delle agende, il servizio prenotazioni via e-mail ed il servizio prenotazioni tramite call-center. Tale Gruppo Operativo è stato incaricato di svolgere una serie di azioni fondamentali per la gestione delle liste di attesa. Tra queste, rientrano la verifica della sussistenza delle condizioni per la permanenza dei pazienti in lista d'attesa e la verifica della disponibilità degli stessi al trasferimento verso altre strutture pubbliche o private convenzionate. Inoltre, il gruppo dovrà valutare la necessità di una eventuale rivalutazione delle condizioni di salute dei pazienti, aggiornare lo stato di salute generale degli stessi e recuperare tutte le informazioni utili alla valutazione dell'appropriatezza diagnostica.

Del Gruppo Operativo di coordinamento per le liste d'attesa fanno parte anche rappresentanti dell'U.O. Comunicazione e URP e dell'U.O. Coordinamento Sale Operatorie, oltre che al Controllo di Gestione.

### 3.1 Obiettivi

Il Piano Aziendale di Governo delle liste d'attesa per il 2024 si sviluppa secondo due assi e conseguenti obiettivi principali:

#### **PRESTAZIONI CHIRURGICHE**

- abbattimento delle liste d'attesa per le prestazioni di ricovero chirurgico prese in carico prima del 2024, almeno per le classi a priorità più alta;
- miglioramento complessivo dei tempi d'attesa attraverso un modello virtuoso di gestione delle liste;
- abbattimento del 70% dei ricoveri chirurgici da recuperare alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento.

#### **PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

- recupero delle prestazioni ambulatoriali non erogate e fuori dalle priorità prese in carico nel 2023;
- miglioramento dei tempi di attesa delle prenotazioni delle prestazioni assistenziali correnti, secondo le indicazioni e gli strumenti del PRGLA;
- abbattimento dell'80% delle prestazioni ambulatoriali da recuperare alla data di riferimento del piano o successivo aggiornamento.

### 3.2 Azioni previste nel programma di sviluppo

Le azioni che si ritengono utili per consentire lo smaltimento delle liste d'attesa correnti e per una efficace gestione a regime sono riportate secondo quattro categorie identificate e di seguito descritte, quali:

#### 3.2.1 Offerta clinico – sanitaria

##### *Strutturazione dell'offerta con modello HUB-SPOKE*

È necessario predisporre un modello organizzativo virtuoso attraverso la realizzazione di partnership con altre aziende della rete metropolitana afferenti alla ATG, con le strutture territoriali e con i privati convenzionati. L'obiettivo è duplice: ridurre le liste di attesa e valorizzare le prestazioni erogabili da un DEA di II livello e da un policlinico universitario, la cui missione è garantire processi assistenziali idonei allo sviluppo della didattica e della ricerca, in coerenza con la politica sanitaria regionale. Al fine di effettuare tali collaborazioni l'Azienda ha deliberato una manifestazione di interesse ai privati convenzionati per le seguenti tipologie di prestazioni:

- visita pneumologica
- visita urologica
- visita neurologica
- visita cardiologica
- visita endocrinologica
- visita dermatologica
- visita oculistica
- visita gastroenterologica
- visita ginecologica
- visita otorinolaringoiatrica
- visita ortopedica
- diagnostica radiologica

La riorganizzazione territoriale definita dal DM77 prevedrà un passaggio fisiologico dei pazienti cronici verso la presa in carico a livello territoriale. Nell'attesa di effettuare tale modello, l'Azienda intende intraprendere

collaborazioni con l'ASP per esami e/o prestazioni di bassa complessità, per fare ciò sarà necessario valutare correttamente i volumi di tali prestazioni e i tetti di spesa a carico del Policlinico.

#### ***Percorsi per attività chirurgica ambulatoriale e attività chirurgica da sala operatoria a bassa complessità***

La gestione dell'attività chirurgica e del relativo percorso del paziente sono tra gli aspetti più complessi e delicati. Inoltre, le patologie chirurgiche a bassa complessità, generalmente associate ad indici di priorità a lungo termine, impiegano ad oggi risorse post-operatorie che potrebbero essere liberate a favore dei pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative.

Per efficientare l'attività chirurgica, l'Azienda intende creare un percorso di chirurgia ambulatoriale e attività chirurgica da sala operatoria a bassa complessità, che si attende porti all'ottimizzazione della logistica prestazionale e delle risorse impiegate garantendo la sicurezza di pazienti e operatori all'interno del percorso.

Tale approccio risponde inoltre a quanto previsto dalla normativa di riferimento, quale la DPR 20 ottobre 1992, Atto di indirizzo e coordinamento delle Regioni per l'attivazione dei posti di assistenza a ciclo diurno negli ospedali, La proposta per la regolamentazione delle attività a ciclo diurno dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali e i Requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali per la chirurgia ambulatoriale e il day service dell'Agenzia per i Servizi sanitari regionali.

Nell'ambito dell'iniziativa è essenziale identificare le tipologie di interventi e le patologie confluibili in questo nuovo percorso. Tra le prestazioni trattabili attraverso tale percorso rientreranno nell'ambito della chirurgia ambulatoriale, a titolo esemplificativo, interventi quali la rimozione di nevi, la rimozione di cisti, le biopsie cutanee e il trattamento di piccole lesioni superficiali in distretti corporei differenti da quelli interessati dalla chirurgia plastica.

Per valutare invece l'impatto della chirurgia a bassa complessità/ day surgery nella lista d'attesa corrente, sono state identificate le seguenti procedure chirurgiche come indicatori traccianti nell'ambito della chirurgia generale, quali:

- riparazione di ernie inguinali mono e bilaterali e ombelicali (senza menzione di ostruzione o gangrena);
- laparoceli (senza menzione di ostruzione o gangrena);
- diastasi muscolare;
- interventi su prepuzio esuberante e fimosi e idrocele.

Nel corso delle attività di bonifica delle prestazioni chirurgiche, l'Azienda nell'ambito del Tavolo di Lavoro Operativo che verrà attivato sul tema Offerta Clinico Sanitaria dedicherà la prima fase di analisi al dimensionamento degli interventi e procedure diagnostiche e/o terapeutiche eseguiti in regime di day surgery. Il Tavolo valuterà quali di queste prestazioni erogherà internamente e quali demandare agli Enti privati accreditati nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse umane e strutturali.

L'implementazione del percorso di chirurgia minore ambulatoriale e day surgery prevede oltre la definizione degli interventi eseguibili, la definizione di protocolli di ammissione secondo le linee guida, l'identificazione di un processo standard di valutazione dei pazienti già in lista d'attesa anche attraverso rivalutazione telefonica guidata da apposita checklist a supporto dell'attività di recall, la definizione di eventuali esami pre-operatori, valutazione del rischio e post operatorio.

La gestione di tali prestazioni deve essere centralizzata per garantire il recupero delle prestazioni in lista d'attesa e l'ottimizzazione dell'offerta corrente.

In tale ambito, riveste particolare attenzione la comunicazione verso il paziente e la raccolta dei feedback dei pazienti e del personale, che insieme all'indicazione sulla riduzione degli inserimenti in classe C e D

riconducibili alle patologie classificate come operabili nell'ambito di tale percorso, costituiranno gli indicatori per il monitoraggio semestrale.

#### ***Riassetto organizzativo Aziendale - Definizione del Percorso Pre-ricovero***

L'AOUP Paolo Giaccone esaminerà anche un riassetto organizzativo aziendale per migliorare l'efficienza delle prestazioni erogate. Il pre-ricovero rappresenta uno step importante per la migliore gestione del paziente candidato ad un intervento chirurgico programmato e deve essere svolto nel rispetto dell'appropriatezza e tempestività. Nel nuovo assetto potrebbe essere predisposto un percorso strutturato per il pre-ricovero che partendo da una valutazione preliminare a cura di un anestesista consenta al paziente di effettuare, in un unico luogo, tutte le indagini clinico/diagnostiche di secondo livello necessarie, con l'aiuto di un team multidisciplinare, che comprende un cardiologo, un neurologo, un radiologo e uno pneumologo prevedendo appositi slot di prestazioni strumentali. Lo scopo di questa iniziativa è quello di efficientare i tempi di attesa, migliorare l'appropriatezza degli esami svolti in fase di pre-ricovero e di conseguenza di facilitare e velocizzare l'accesso al ricovero chirurgico del paziente. L'iniziativa ha come obiettivo la riduzione dei tempi di ricovero pre-operatorio, con l'intento di aumentare il numero di interventi chirurgici eseguiti. L'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Paolo Giaccone adotterà un approccio basato sui dati (data-driven) per valutare, nei tavoli di lavoro appositamente istituiti, l'attuazione degli interventi strutturali. Questa valutazione terrà conto delle stime sui possibili benefici attesi e dei rischi correlati.

#### ***Governo dell'attività ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria)***

Una attenzione specifica sarà data all'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI). L'implementazione di sistemi di monitoraggio specifici ha permesso di migliorare la misurazione dell'attività di intramoenia in relazione con la relativa attività istituzionale con l'obiettivo di mantenere i vincoli delle percentuali tra i volumi delle due.

Si è ritenuto di intervenire anche attraverso l'ALPI sul miglioramento delle liste d'attesa, prevedendo, come indicato dalle norme nazionali e regionali (PNGLA e PRGLA), nel caso di tempi di attesa incoerenti con le priorità prescrittive in regime istituzionale, una rimodulazione o eventuale sospensione delle attività libero professionali intramoenia, o una sua trasformazione in accordi specifici con tariffe concordate con i medici autorizzati ALPI.

#### ***Potenziamento delle risorse strutturali e umane***

La Direzione Strategica ha implementato procedure per incrementare il personale infermieristico dedicato alle sale operatorie, al fine di aumentare l'efficienza in termini di numero di interventi. Si sta inoltre intervenendo sulla disponibilità delle sale operatorie, soprattutto per le Unità Operative dove la tempestività dell'intervento è cruciale nel percorso di cura. In particolare, l'attivazione di una seconda sala chirurgica per la Neurochirurgia permetterà di migliorare la risposta e ridurre i tempi di attesa per i pazienti in lista, mantenendo al contempo l'attività sulle emergenze-urgenze, specialmente quelle neuro-traumatologiche. Un ulteriore tema significativo, oltre all'acquisizione di nuovo personale sanitario, è la necessità di dotarsi di un sistema evoluto della gestione del personale che ne valuti la disponibilità in funzione delle rispettive specificità e capacità.

Per fornire una risposta operativa al divario tra le risorse limitate e la crescente domanda, l'Azienda intende dedicarsi ad attività di Health Technology Assessment (HTA) per l'acquisto di nuove tecnologie che possano contribuire allo smaltimento delle liste. L'HTA rappresenta un approccio sistematico per valutare le proprietà, gli effetti e/o l'impatto delle tecnologie sanitarie per migliorare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi offerti.

#### ***Utilizzo delle prestazioni aggiuntive***

Il ricorso alle prestazioni aggiuntive rappresenta una misura certamente importante per consentire il recupero delle liste d'attesa, ma è un finanziamento straordinario che deve considerarsi suppletivo e non sostitutivo

rispetto ad una gestione oculata e ragionata delle risorse per dare una risposta concreta ed in tempi congrui alle esigenze di salute dei pazienti.

Per quanto riguarda gli aspetti legati ai ricoveri chirurgici, esistono alcuni vincoli che non possono essere trascurati al fine di consentire il potenziamento dell'attività e l'incremento del numero degli interventi. Il primo fattore è sicuramente la disponibilità degli anestesisti in regime di prestazione aggiuntiva. In tal senso, per ottimizzare l'adesione degli operatori a erogare le attività ambulatoriali e di chirurgia in regime di ricovero da recuperare con prestazioni aggiuntive, la Direzione che si è insediata ha espresso una manifestazione d'interesse per coinvolgere tutti gli operatori della Dirigenza e del Comparto.

Per le prestazioni di diagnostica radiologica, invece, è in corso la valutazione di una progettualità che punta all'apertura serale degli ambulatori, la cui sostenibilità sembra giustificata dai maggiori ricavi conseguenti dall'incremento delle prestazioni.

Bisogna inoltre sottolineare, che la direzione strategica ha rivolto particolare attenzione al pagamento puntuale degli operatori che lavorano ricorrendo a prestazioni aggiuntive attraverso la sensibilizzazione del dipartimento amministrativo

#### *Telemedicina*

L'implementazione di una struttura organizzativa che preveda l'utilizzo di servizi di telemedicina per la rivalutazione multidisciplinare dei pazienti può consentire la riduzione delle liste di attesa.

L'Azienda svolgerà delle analisi per verificare se e come la leva della telemedicina nel contesto del Policlinico possa agevolare ulteriormente l'abbattimento delle liste.

### 3.2.2 Programmazione e Agende

#### *Chiamata attiva ai pazienti (Recall)*

La chiamata ai pazienti in lista d'attesa (recall), specie per le casistiche chirurgiche in regime di ricovero ordinario, deve necessariamente essere strutturata in modo continuo per consentire l'aggiornamento della storia clinica ed eventualmente revisione del codice di priorità assegnato.

In questa fase di congestione, il recall dovrà essere utilizzato con le seguenti finalità:

- **Attualizzare la consistenza del caso**, ossia verificare se il paziente necessita correntemente un intervento oppure è stato gestito presso un'altra struttura di ricovero; com'è noto, infatti, diversamente dalle prestazioni ambulatoriali, non vi sono meccanismi automatici simili a quelli della ricetta dematerializzata che vincolano il paziente ad essere in lista d'attesa presso un'unica struttura.
- **Aggiornare la priorità clinica** ed il percorso assistenziale in cui inquadrare il paziente
- **Verificare la disponibilità ad essere gestito presso una struttura assistenziale differente**, ed eventualmente avviare il processo di assegnazione attraverso le funzionalità offerte dalla piattaforma Gilia

Nello specifico caso delle prestazioni ambulatoriali, invece, si ritiene che il recall possa essere utile in prossimità dell'appuntamento per verificare se il paziente conferma la prenotazione o è possibile recuperare lo slot utilizzato.

Nella gestione ordinaria, tutte queste attività saranno comunque programmate con una certa periodicità, ma il paziente verrà contattato com'è ovvio anche per programmare il suo percorso chirurgico.

In tal senso è utile stabilire delle indicazioni precise che il personale di reparto dovrà rispettare al momento della convocazione dell'assistito; alla proposta di una data di ricovero, esso potrà:

- Accettare la proposta;
- Rifiutare temporaneamente la data proposta o non rendersi rintracciabile dalla telefonata;
- Rifiutare la data proposta ma accettarne una successiva;

La data offerta al paziente è un elemento cruciale sia per la programmazione ospedaliera sia per la valutazione della capacità di offerta della struttura e, di conseguenza, per il monitoraggio dei tempi di attesa. Per tale motivo, è indispensabile che queste informazioni siano correttamente gestite dal personale sul modulo per la gestione delle agende della piattaforma Intranet Assistenziale.

Sul modulo per la gestione delle agende occorrerà gestire tutti i “cambi di stato” con le seguenti indicazioni:

1. Se il paziente accetta la data proposta, il personale di reparto indicherà “Ricovero accettato” e dovrà impostare lo stato del paziente in “pianificato”, indicando la data presunta per il ricovero.
2. Se il paziente rifiuta temporaneamente la data proposta senza alcuna motivazione clinica, il personale di reparto annoterà il relativo esito della chiamata selezionandolo dall’elenco proposto e imposterà lo stato del paziente in “da confermare”. Il sistema deve tracciare la prima data utile offerta, anche se non utilizzata.
3. Se il paziente non è rintracciabile alla telefonata, il personale di reparto annoterà l’esito della chiamata selezionandolo dall’elenco proposto e imposterà lo stato del paziente in “da confermare”. Se il paziente risulta irreperibile alla successiva convocazione, è necessario che esso venga contrassegnato come “sospeso”.
4. Similmente, se il paziente rifiuta la data proposta ma ne accetta una successiva, il medico pianificherà una nuova data di convocazione, ed anche in questo caso il sistema deve tracciare la data proposta, anche se non utilizzata.

I pazienti sospesi mantengono il livello di priorità maturato; essi possono essere riportati ad uno stato di gestione attiva qualora questi riattivino autonomamente un contatto con la struttura o qualora vengano meno le condizioni per la sospensione. Pur tuttavia, il periodo di sospensione non viene computato nei tempi d’attesa.

Le posizioni relative ai pazienti sospesi devono comunque essere gestite sulla piattaforma Gilia come chiuse.

Si rimanda alla stesura del regolamento per la gestione delle prenotazioni e delle agende dei ricoveri alla definizione dei comportamenti e delle procedure operative che tengano monitorato e governino il fenomeno dei pazienti sospesi affinché sia sempre nota la condizione che giustifica e/o rinnova il periodo di sospensione, evitando così che permangano posizioni di pazienti in lista di attesa non gestiti o non noti.

Queste indicazioni sono ispirate alle linee di indirizzo predisposte dai sottogruppi di lavoro dell’Osservatorio nazionale per le liste d’attesa, per la gestione delle liste dei ricoveri programmati e per la corretta tenuta delle agende di prenotazione.

#### ***Procedure per la gestione degli slot allocati non prenotati***

Per consentire la prenotazione delle prestazioni più urgenti, l’Azienda dedica alcuni slot presenti in offerta alla gestione delle priorità U e B. Si ritiene che sia possibile utilizzare eventuali slot destinati alle prenotazioni delle prestazioni con priorità “B” qualora non vengano prenotati entro i dieci giorni previsti dalle regole prescrittive e di renderli disponibili per il recupero delle prestazioni degli anni precedenti.

Affinché questo sia concretamente possibile è necessario predisporre di opportune procedure per la gestione di tali slot e per il recall ai pazienti a cui proporre le disponibilità recuperate. Sarà inoltre da valutare se affidare tale attività al Contact Center che attualmente gestisce il servizio di prenotazione in outsourcing.

#### ***Incidenza e mitigazione del fenomeno no-show***

Il termine *no-show* si riferisce a una persona che non si presenta a un appuntamento programmato senza averlo cancellato in anticipo. Nel contesto medico, un no-show è un paziente che non si

presenta alla visita medica o all'esame senza aver avvisato lo studio medico o l'ospedale. Questo può causare inefficienze nella gestione delle agende, specie per le prestazioni il cui impatto in termini di durata è particolarmente cospicuo.

Per trovare soluzioni efficaci al problema dei no-show, è essenziale comprendere le ragioni che portano i pazienti a non presentarsi agli appuntamenti medici. Al di là di imprevisti o emergenze, le seguenti sono le cause più comuni individuate:

- **Dimenticanza:** Si riscontra la ricorrente possibilità che i pazienti, per vari motivi, dimenticano l'appuntamento fissato.
- **Tempi di attesa:** I pazienti che prenotano uno slot possono, a causa della frustrazione per i lunghi tempi di attesa, trovare soluzioni alternative senza cancellare l'appuntamento originario. Inoltre, durante l'attesa, le condizioni cliniche possono variare richiedendo un diverso tipo di percorso assistenziale o non necessitando più del trattamento.

Prendendo in considerazione il primo semestre del 2024 risultano quindi assenti 2419 pazienti su un totale di 95.446 prenotazioni

PRESTAZIONI	ASSENTI	PRESENTI	INCIDENZA
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] (45.13)	23	401	6%
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA (45.16)	4	55	7%
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	38	873	4%
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24)	1	4	25%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DEL CRANIO [SELLA TURCICA, ORBITE] (87.03)	0	1	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO - TC DELL'ENCEFALO (87.03)	0	113	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-ENCEFALO (87.03.1)	0	122	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO-CRANIO (87.03.1)	0	2	0%
MAMMOGRAFIA BILATERALE (87.37.1)	1	1.915	0%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - SINISTRA (87.37.2)	0	49	0%
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE - DESTRA (87.37.2)	0	38	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE (87.41)	0	201	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO (87.41.1)	0	423	0%

PRESTAZIONI	ASSENTI	PRESENTI	INCIDENZA
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1)	0	7	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO (88.01.2)	0	28	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO (88.01.4)	0	10	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5)	0	58	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO (88.01.6)	0	479	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE - TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO (88.38.1)	0	7	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE - TRATTO TORACICO (88.38.1)	0	5	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO -TRATTO LOMBOSACRALE (88.38.2)	0	4	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO -TRATTO CERVICALE (88.38.2)	0	1	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) RACHIDE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO TORACICO (88.38.2)	0	1	0%
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO (88.38.5)	0	4	0%
DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO (88.71.4)	3	601	0%
ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA (88.72.3)	19	771	2%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - BILATERALE (88.73.1)	0	877	0%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - SINISTRA (88.73.2)	0	2	0%
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - DESTRA (88.73.2)	0	1	0%
ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (88.73.5)	3	1.144	0%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1)	11	182	6%
ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE (88.75.1)	0	145	0%

PRESTAZIONI	ASSENTI	PRESENTI	INCIDENZA
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO (88.76.1)	3	1.193	0%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA SUPERIORE (88.77.2)	0	25	0%
ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA-INFERIORE (88.77.2)	10	520	2%
ECOGRAFIA OSTETRICA (88.78)	0	1	0%
ECOGRAFIA GINECOLOGICA (88.78.2)	0	4	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO (88.91.1)	1	295	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO (88.91.2)	1	274	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - CERVICALE (88.93)	1	135	1%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - LOMBOSACRALE (88.93)	1	286	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA - TORACICA (88.93)	0	67	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO CERVICALE (88.93.1)	0	51	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO- TRATTO LOMBARE E SACROCOCCIGEO (88.93.1)	0	46	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO - TRATTO TORACICO (88.93.1)	0	47	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4)	0	121	0%
RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO (88.95.5)	1	395	0%
VISITA NEUROLOGICA (89.13)	88	2.020	4%
VISITA GINECOLOGICA (89.26)	64	736	9%
SPIROMETRIA SEMPLICE (89.37.1)	30	420	7%
SPIROMETRIA GLOBALE (89.37.2)	0	67	0%

PRESTAZIONI	ASSENTI	PRESENTI	INCIDENZA
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE (89.41)	3	365	1%
ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (89.50)	4	361	1%
ELETTROCARDIOGRAMMA (89.52)	1	1.765	0%
VISITA GENERALE ORTOPEDICA (89.7)	0	1.050	0%
VISITA GENERALE CHIRURGICA VASCOLARE (89.7)	33	1.095	3%
VISITA GENERALE ONCOLOGICA (89.7)	2	726	0%
VISITA GENERALE ENDOCRINOLOGICA (89.7)	33	1.121	3%
VISITA GENERALE OTORINOLARINGOIATRICA (89.7)	27	1.834	1%
VISITA GENERALE DERMATOLOGICA (89.7)	8	2.141	0%
VISITA GENERALE DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE (PRIMA VISITA FISIATRICA) (89.7)	49	1.756	3%
VISITA GENERALE PNEUMOLOGICA (89.7)	20	785	3%
VISITA GENERALE UROLOGICA (89.7)	62	1.176	5%
VISITA GENERALE GASTROENTEROLOGICA (89.7)	6	682	1%
VISITA GENERALE CARDIOLOGICA (89.7)	5	1.455	0%
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - ANALISI QUALITATIVA O QUANTITATIVA PER MUSCOLO (93.08.1)	6	89	7%
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO (95.02)	132	3.717	4%
ESAME AUDIOMETRICO TONALE (95.41.1)	6	381	2%
<b>Totali</b>	<b>700</b>	<b>35.726</b>	<b>2%</b>

Tabella 3: Incidenza del fenomeno dei no-show per prestazione. Dati aggiornati al 1/07/2024

Nell'ambito delle visite, quella dermatologica ed urologica sono tra i casi in cui vi è un maggiore tasso di abbandono. In questo caso, è verosimile che i lunghi tempi di attesa incidano sulla decisione del paziente.

Mitigare il fenomeno è una misura di grande efficacia: basti pensare che, sempre in riferimento alla dermatologia ed urologia, se fossero stati recuperati tutti gli slot dei pazienti risultati successivamente assenti, il numero di prestazioni oltre i tempi di garanzia si sarebbero ridotte di più del 60%.

Il CUP Aziendale prevede già sistemi automatizzati per inviare un reminder al paziente, sia con SMS che per e-mail, sempre che i recapiti siano stati forniti al momento della prenotazione.

Ulteriori misure mirate possono essere:

- Pagamento anticipato delle prestazioni, in mancanza del quale lo slot viene automaticamente liberato un certo numero di giorni prima dell'appuntamento.
- Chiamata di conferma da effettuare alcuni giorni prima dell'appuntamento e, nel caso che in pazienti non intenda effettuare la prestazione, ricopertura dello slot attraverso la riprogrammazione di una prenotazione successiva.

In tal senso, avverrà una interlocuzione con il soggetto privato che si occupa della gestione del call center al fine di mettere in atto una procedura per consentire l'espletamento delle chiamate di conferma.

#### *Incremento nell'utilizzo del SovraCUP*

Il SovraCUP della Regione Sicilia è un sistema centralizzato di prenotazione delle prestazioni sanitarie. "CUP" sta per Centro Unico di Prenotazione, e il prefisso "Sovra" indica che il sistema è sovra-regionale o centralizzato a livello regionale.

Il SovraCUP permette ai cittadini di prenotare visite mediche, esami diagnostici e altre prestazioni sanitarie presso le diverse strutture sanitarie pubbliche della regione. Questo sistema è stato implementato per migliorare l'accessibilità e la gestione delle prenotazioni, ridurre i tempi di attesa e ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie disponibili.

Le principali caratteristiche del SovraCUP della Regione Sicilia includono:

- **Centralizzazione delle Prenotazioni:** Permette di effettuare prenotazioni in modo uniforme su tutto il territorio regionale, indipendentemente dalla struttura sanitaria di riferimento.
- **Accessibilità:** I cittadini possono accedere al servizio tramite diversi canali, come telefono, internet o direttamente presso le strutture sanitarie.
- **Trasparenza:** Il sistema offre una visione chiara delle disponibilità delle prestazioni sanitarie, aiutando a ridurre i tempi di attesa e a distribuire meglio la domanda tra le varie strutture.
- **Efficienza:** Migliora la gestione delle risorse sanitarie, evitando duplicazioni e ottimizzando l'utilizzo delle apparecchiature e del personale medico.

Grazie al collaudo del SovraCUP ed al trasferimento delle funzioni di presidio applicativo a Sicilia Digitale, sarà possibile l'adozione del SovraCUP come strumento unico di accesso alle prestazioni regionali per ambito territoriale di garanzia.

Quando disponibile il SovraCUP, tutti gli operatori aziendali saranno in possesso di credenziali idonee alla ricerca delle prenotazioni sull'ambito territoriale di garanzia in cui incide l'assistito; essi, pertanto, dopo aver verificato la disponibilità dell'offerta sul CUP Aziendale, qualora questa non venga soddisfatta entro i termini richiesti, potranno ampliare la richiesta su tutte le aziende dell'ATG.

Il CUP aziendale espone verso il SovraCUP la totalità delle agende di prenotazione per i primi accessi, specularmente a ciò che viene esposto su tutti i canali di prenotazione liberamente fruibili dal cittadino (Sito Internet CUP, call-center).

Nello specifico, alla data di aggiornamento del presente piano, le agende esposte riguardano l'attività di 286 ambulatori afferenti a 64 diverse unità organizzative e 181 agente di professionisti in regime ALPI.

In ragione della messa a regime di tali sovrastrutture organizzative, sarà fondamentale prestare grande attenzione alla formazione e all'aggiornamento degli operatori CUP. Questo è particolarmente importante per quanto riguarda le nuove procedure e i nuovi applicativi informatizzati, anche per le funzioni applicative del modulo per la gestione delle agende dei ricoveri.

Attualmente l'AOUP Paolo Giaccone condivide con la Regione Sicilia diverse fonti informative. Tra queste, i Flussi Ex Ante, che rilevano le prestazioni svolte fuori dai termini di garanzia e prenotate nelle settimane indice, sia per il SSN che per l'ALPI, e il Flusso C, che contiene informazioni sulla data di prenotazione della prestazione. Inoltre, viene alimentata la piattaforma GILIA per le liste d'attesa in ricovero ordinario, generalmente su base trimestrale. Infine, vengono forniti i flussi di alimentazione del cruscotto di monitoraggio del SovraCUP, comprendenti dati sulle prenotazioni, dati sulle erogazioni e tempi di attesa. Per l'Azienda, questo ha lo scopo di favorire la collaborazione con il territorio e di promuovere una maggiore consapevolezza riguardo alla tipologia di domanda che deve affrontare.

#### ***Percorsi facilitati interni per i cronici***

Il Decreto della Salute pubblicato in GU n 132 del 7 giugno con Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie, convertito in Legge con modificazioni il 24 luglio 2024, definisce le modalità di accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della presa in carico della cronicità e della fragilità conseguenti a malattie croniche e degenerative e a malattie rare, attraverso programmazione diretta e senza intermediazione dell'assistito o chi per esso degli accessi alle prestazioni coerenti con il piano personalizzato di assistenza. A tale fine, l'Azienda intende definire agende dedicate alle prestazioni presenti nei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA).

È già stato avviato dall'azienda un percorso di facilitazione per la presa in carico del paziente oncologico, affinché riceva le prescrizioni e prenotazioni delle prestazioni di controllo/follow-up al momento di ciascuna visita. L'Azienda breve elaborerà PDTA oncologici, relativi alle patologie a più alta incidenza e PDTA delle cronicità a più alto impatto e definirà delle linee guida da diffondere e far applicare al personale affinché il paziente cronico e il paziente fragile preso in carico dal Policlinico, al termine di ciascuna visita, abbia già la prenotazione per le visite e gli approfondimenti diagnostici successivi.

Saranno pertanto predisposti strumenti idonei per la gestione facilitate delle agende da parte dei medici/operatori sanitari.

I Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) dedicati ai pazienti cronici sono fondamentali per assicurare una presa in carico integrata e continuativa del paziente, garantendo che riceva tutte le prestazioni necessarie in maniera tempestiva e coordinata. Questi percorsi riducono i tempi di attesa, migliorano la qualità delle cure e assicurano che il paziente non debba gestire da solo la programmazione delle visite e degli esami. In sintesi, i PDTA migliorano l'efficienza del sistema sanitario e la qualità della vita dei pazienti cronici, assicurando un'assistenza personalizzata e coerente con il loro piano di cura. L'esistenza PDTA per patologie croniche favorisce inoltre una più semplice interazione tra pubblico e privato nello stabilire la tipologia di prestazioni da delegare ad essi.

#### ***Esposizione Agende dei privati accreditati***

Per garantire la qualità dei servizi e omogeneizzare le modalità di accesso all'offerta dell'Azienda Ospedaliera Policlinico, si prevede l'esposizione delle agende delle prestazioni offerte dai privati accreditati per conto del Policlinico. Gli operatori CUP, al momento della prenotazione, dovranno verificare l'offerta dell'azienda sia sulle proprie agende che su quelle dei privati accreditati.

#### ***Efficientamento delle attività operatorie***

L'Azienda intende sfruttare i dati a disposizione per elaborare una serie di analisi sul percorso chirurgico: i dati consentono infatti di costruire un "gemello digitale" del percorso chirurgico, per studiare l'organizzazione nel suo complesso, facendo emergere opportunità di efficientamento e di standardizzazione delle attività, al fine di aumentare il tasso di utilizzo delle sale e ridurre i tempi di attesa.

L'incremento del numero di sedute operatorie non può prescindere da un miglioramento complessivo del percorso operatorio. Questo, tuttavia, richiede un approccio integrato e multidisciplinare che coinvolge diverse fasi del processo, dalla pianificazione preoperatoria, all'organizzazione delle sale, alla cura postoperatoria.

Dal punto di vista organizzativo, vi è certamente la necessità di ottimizzare i tempi di sala per garantire il maggior numero di sedute operatorie nell'arco di una singola giornata e un minore tempo di attesa per il paziente.

In tal senso, viene sotto riportata un'analisi del numero di interventi nelle sale per fascia oraria riferita agli interventi occorsi nel primo semestre del 2024; pur tenendo presente che il numero di interventi per fascia oraria dipenda dalla durata del singolo intervento e dalla sua complessità, emergono opportunità di efficientamento e standardizzazione dell'utilizzo delle sale. Nel grafico, il codice colore che va dal rosso al verde evidenziano gli orari in cui le sale operatorie presentano un numero maggiore di interventi.

Occupazione	08.00-09.00	09.00-10.00	10.00-11.00	11.00-12.00	12.00-13.00	13.00-14.00	14.00-15.00	15.00-16.00	16.00-17.00	17.00-18.00	18.00-19.00	19.00-20.00	20.00-21.00	21.00-22.00	22.00-23.00	Totale
00.05.0 Sala 1																441
00.05.1 Sala 2																805
00.05.1 Sala 3																1150
00.05.2 Sala 1																858
00.05.2 Sala 2																107
00.05.2 Sala 4																29
00.05.3 Sala 1																184
00.05.3 Sala 2																378
00.05.3 Sala 5 (empiranea)																840
00.07.0 Sala 1																125
00.07.0 Sala 2																302
00.07.0 Sala 3																3755
00.07.0 Sala 4																1041
02.01.0 Sala 1																853
02.01.0 Sala 2																1434
02.01.0 Sala 3																1005
02.02.0 Sala 1																181
02.02.0 Sala 2																2443
02.02.0 Sala 3																1634
02.02.0 Sala 4																871
02.02.0 Sala 5																740
02.03.0 Sala 1																649
02.03.0 Sala 2																577
02.03.0 Sala 3																1111
02.03.0 Sala 4																792
02.03.0 Sala 5																441
02.03.0 Sala 6																188
02.03.0 Sala 7																850
02.03.0 Sala 8																441
02.03.0 Sala 9																1253
Sala Diagnostica Interventistica																
Totale Complessivo	12	18	27	33	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	3081

Figura 1 Distribuzione del numero di interventi per sala operatoria nei diversi slot orari. Dati aggiornati al 1/07/2024

La rimodulazione e l'ottimizzazione dell'impiego delle sale dovranno necessariamente considerare le specificità di ciascuna. Difatti, alcune presentano un numero ridotto di pazienti nei vari slot orari, a causa delle particolari esigenze delle attività svolte. L'obiettivo da perseguire, ad eccezione delle specificità legate a sale come la "37.01.0 Sala Parto", sarà quello di ottenere una distribuzione più uniforme dei pazienti durante l'intero orario di apertura.

Una delle misure al quale l'Azienda sta lavorando per l'efficientamento delle sale operatorie consiste nella definizione di percorsi dedicati alla chirurgia ambulatoriale e/o Day surgery a bassa complessità che consentirebbe di liberare risorse da dedicare alle prestazioni chirurgiche più complesse. La misura è descritta dettagliatamente nella sezione "Attività chirurgica ambulatoriale e attività chirurgica da sala operatoria a bassa complessità".

**Monitoraggio e riorganizzazione degli slot delle prime visite e delle visite di controllo**

Al fine di efficientare la gestione degli slot disponibili in agenda, l'Azienda si riserva di effettuare un'analisi per monitorare il bilanciamento tra le prestazioni di primo e secondo livello e di verificare ed eventualmente rivedere la durata degli slot associati alle prime visite e alle visite di controllo. L'obiettivo è valutare la possibilità di aumentare il numero di slot a parità di risorse, senza inficiare sulle attività cliniche, nel rispetto dei tempario di riferimento, che indica i tempi medi da prevedere per le diverse prestazioni mediche.

L'implementazione di un monitoraggio sulle agende potrebbe inoltre consentire di controllare la saturazione degli ambulatori e di ricercare soluzioni idonee per migliorarne l'utilizzo.

Un aspetto di particolare interesse è la valutazione della domanda ed il soddisfacimento della stessa confrontando tra di loro le prime visite e le visite di controllo.

**Empowerment del paziente – piano di comunicazione verso il paziente sul percorso di cura**

Il coinvolgimento attivo del Cittadino nel proprio percorso di cura rappresenta una delle azioni più efficaci per rispondere in maniera adeguata e tempestiva al suo bisogno di salute. Riconoscendo l'importanza di una comunicazione trasparente e di un'interazione costante, l'Azienda intende implementare una serie di meccanismi innovativi per la condivisione delle liste d'attesa con il paziente, tra cui la possibilità per il

Cittadino di monitorare in tempo reale la propria posizione in lista e la disponibilità di informazioni dettagliate sul tempo medio di attesa previsto.

L'obiettivo è quello di instaurare una relazione di fiducia e collaborazione con il paziente, mettendolo al centro del sistema sanitario e rendendolo partecipe delle dinamiche che riguardano la sua salute. L'Azienda intende fornire informazioni chiare e accessibili per migliorare significativamente il livello di soddisfazione del Cittadino.

Inoltre, la trasparenza e la tempestività delle comunicazioni permetteranno di gestire meglio le aspettative del paziente, rafforzando il suo senso di partecipazione attiva nel percorso di cura. In questo modo, l'Azienda non solo risponde ai bisogni di salute del Cittadino, ma promuove anche una cultura di responsabilità condivisa e di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti.

Per l'implementazione di tale azione, l'Azienda intende elaborare un piano di comunicazione verso i cittadini per soddisfare i relativi bisogni. Per ciascun contenuto, il piano indicherà l'obiettivo della comunicazione, il canale e lo strumento da utilizzare (es. infografiche, e-mail, webinar, ecc).

#### ***Formazione del personale***

Per raggiungere gli obiettivi prefissati, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico (AOUP) Paolo Giaccone intraprenderà un percorso strutturato di formazione del personale sanitario. Tale percorso formativo avrà l'obiettivo di garantire l'assegnazione appropriata del livello di priorità ai pazienti, basandosi su linee guida condivise e validate.

Il personale sanitario sarà istruito sull'applicazione di criteri oggettivi e standardizzati per la valutazione delle priorità, assicurando che ogni decisione venga presa nel rispetto delle esigenze cliniche dei pazienti e delle risorse disponibili. Questo approccio strutturato non solo migliorerà l'efficienza e l'efficacia del sistema di gestione delle liste d'attesa, ma contribuirà anche a rafforzare la fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

### **3.2.3 Appropriatelyzza**

#### ***Definizione PDTA per migliorare l'appropriatelyzza prescrittiva***

La definizione di PDTA Aziendali consente di definire e standardizzare a livello aziendale i percorsi clinico assistenziali e fornisce supporto al medico specialista nella fase di prescrizione per la valutazione dell'appropriatelyzza prescrittiva. Sebbene a livello tecnologico si potrebbe effettuare il monitoraggio della domanda inappropriatelyzza all'esito della visita e registrarlo tramite il sistema informatico, si valuta che sia più efficace agire in fase di prescrizione andando ad implementare una serie di regole che consentono al medico, sulla base dello stato di salute del paziente, di ricevere supporto sulle prestazioni più appropriate da prescrivere, come definito dal modello Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).

L'Azienda Ospedaliera Policlinico, non avendo un dipartimento dedicato alle Cure Primarie, è maggiormente impattata nella gestione delle visite di controllo; sebbene queste non siano coperte dal modello RAO, la loro gestione ha un impatto significativo e di conseguenza l'instaurarsi di un equilibrio armonico con le prime visite, anche attraverso un bilanciamento dinamico e proattivo, può favorire il raggiungimento degli obiettivi di questo piano.

L'Azienda prevede di implementare un supporto informatico per la prescrizione delle prestazioni più appropriate ad un determinato paziente e per il monitoraggio sull'appropriatelyzza prescrittiva.

L'implementazione di tale soluzione verrà accompagnata da un piano di formazione rivolto al personale sanitario per informarli sulle linee guida previste dai PDTA e dal modello RAO e per sensibilizzarli sulla necessità prescrivere le visite di controllo dei pazienti presi in carico.

### **Definizione dei criteri di priorità appropriata ai ricoveri**

È necessario definire i criteri di priorità da associare ai ricoveri e stabilire procedure per la risoluzione delle eventuali criticità legate all'occupazione dei posti letto e ai relativi tempi di attesa. Inoltre, è indispensabile formulare un regolamento sulla gestione delle liste d'attesa chirurgiche, tenendo conto delle intenzioni del paziente riguardo al proprio percorso di cura. Dovrà successivamente essere definito un modo per comunicare tale regolamento al paziente stesso.

### **Appropriatezza erogativa**

Il modello organizzativo che l'Azienda intende implementare consiste nel definire l'elenco di prestazioni da erogare presso la propria struttura, ovvero le prestazioni di secondo livello, più coerenti con la mission aziendale dell'A.U.O.P. Policlinico, quale DEA di II livello.

A tal fine l'Azienda svolgerà un'analisi per selezionare e quantificare le prestazioni da erogare tramite enti terzi, ovvero tramite strutture private accreditate, per le quali è stata predisposta una nota per raccogliere le manifestazioni di interesse e verranno descritte delle procedure per il personale del CUP per indirizzare correttamente le richieste e continuare ad offrire il servizio ai cittadini garantendo continuità e omogeneità per l'accesso alle prenotazioni di tali prestazioni.

## **4. Metodologia di monitoraggio delle Liste d'Attesa**

Per ridurre e gestire efficacemente le liste di attesa, come descritto al Capitolo 3, l'Azienda intende adottare un approccio data-driven, che consiste nello sfruttare i dati a disposizione non solo per monitorarne l'andamento, ma anche per identificare i punti critici che ne ostacolano la riduzione (i cosiddetti "vincoli"), per individuare le possibili soluzioni e verificare l'efficacia delle azioni messe in atto.

In particolare, saranno analizzati e messi a confronto:

- dati relativi alla domanda di cura, ossia il numero dei pazienti che necessitano di una prestazione ambulatoriale o chirurgica.
- dati relativi all'offerta di cura, ossia la disponibilità delle risorse quali personale medico e infermieristico, beni strumentali (es. TAC), beni strutturali (sale operatorie, ambulatori, ecc.), risorse economiche e altro ancora.

Tali dati saranno analizzati in relazione a diverse dimensioni. A titolo esemplificativo: per branca, per tipo di prestazione, per classe di priorità, per presidio.

Le analisi saranno supportate da un cruscotto di monitoraggio delle liste d'attesa, che permetterà alla Direzione di controllare le liste d'attesa ambulatoriali e chirurgiche e di prevederne l'evoluzione sulla base delle variazioni degli input. Ad esempio, sarà possibile osservare come cambiano le liste d'attesa di una specifica specialità ambulatoriale in relazione all'aumento delle risorse professionali disponibili, mantenendo costanti gli spazi ambulatoriali.

Attraverso tali analisi, l'azienda evidenzierà il tasso di abbattimento attuale delle liste, e farà emergere i diversi "vincoli" (umani, strutturali o economici) che impediscono l'abbattimento delle liste stesse.

I vincoli saranno quindi analizzati nell'ambito dei Tavoli Tecnici (Capitolo 3) dedicati, in cui saranno coinvolte diverse figure professionali afferenti alle Unità Operative impattate (ad esempio CUP, Clinici, ...). L'output atteso dai Tavoli Tecnici sono le leve, ovvero le azioni che l'azienda dovrà adottare per rimuovere ciascuno dei vincoli individuati per raggiungere gli obiettivi di abbattimento delle liste.

A titolo esemplificativo, i dati che verranno analizzati sono i seguenti.

Per quanto riguarda la "domanda di cura":

---

- Stato dei pazienti in lista attiva per presidio, unità operativa e classe di priorità.
- Stato dei pazienti in lista attiva, registrati prima del 2023, per presidio, unità operativa e classe di priorità.
- Tasso di ingresso in lista vs. tasso di uscita dalla lista, per presidio, unità operativa e classe di priorità.
- Tasso di no-show alle visite ambulatoriali, per presidio, unità operativa e classe di priorità.
- Mobilità attiva, intra ed extra regionale

Per quanto riguarda l' "offerta di cura":

- Numero di interventi svolti in elezione, per diverse finestre temporali
- Disponibilità di strutture (sale operatorie, ambulatori, posti letto)
- Disponibilità di personale
- Disponibilità di apparecchiature (es. TAC)
- Tempi medi degli interventi chirurgici, per branca, patologia e DRG
- Tempi medi delle visite ambulatoriali, per branca, patologia
- Ore di sedute programmate, sospese e disponibili
- Scostamento del numero di prestazioni erogate con le risorse disponibili rispetto al ritmo di entrata in lista, per compiere valutazioni su eventuali quote di pazienti da attribuire a strutture esterne, ricorrendo a prestazioni aggiuntive.

Il cruscotto consentirà di intervenire proattivamente per gestire il fenomeno delle liste di attesa, favorendo un monitoraggio a cadenza periodica (es ogni due settimane), utile all'implementazione di eventuali azioni di mitigazione e controllo e a supportare le rilevazioni trimestrali sull'andamento delle liste d'attesa richieste da Regione.

## 5. Analisi dei rischi e criticità

Nell'attuazione del piano per la gestione delle liste d'attesa l'Azienda dovrà confrontarsi con le possibili difficoltà derivanti da progettualità già note come, ad esempio, i lavori strutturali di adeguamento sismico previsti dai fondi PNRR in cinque padiglioni in cui insistono branche chirurgiche:

Plesso	UU.OO. Impattate	Azioni di Mitigazione da valutare
Plesso n 4 Anestesia e Rianimazione	Terapia intensiva	Pianificare (dove possibile) le ristrutturazioni in periodi di bassa attività per ridurre l'impatto sulle prestazioni
Plesso n 5 Oculistica	Pneumologia – Flebologia - Ambulatori DAI Chirurgico	Spostare temporaneamente le attività ambulatoriali e chirurgiche in altri padiglioni dell'ospedale (o strutture temporanee) non interessati dai lavori o in altre strutture sanitarie convenzionate e ricalcolare l'impatto sulle liste
8 Igiene-Microbiologia	Servizi ed il laboratorio centralizzato	
Plesso 25 Clinica Medica II	Medicina interna, geriatria, psichiatria, neurologia	Informare i pazienti con ampio anticipo riguardo ai cambiamenti temporanei, attraverso comunicazioni dirette (lettere, email, telefonate) e avvisi sul sito web dell'ospedale.
Plesso 16 Otorinolaringoiatria-Ortopedia	Audiologia – recupero e riabilitazione funzionale, otorino, ortopedia	Allestire punti informativi all'interno dell'ospedale per fornire aggiornamenti in tempo reale e supporto ai pazienti riguardo alle modifiche logistiche.

Inoltre le stesse azioni/linee di intervento previste dal piano sono soggette a rischi che potrebbero introdurre ritardi potenziali nell'attuazione del piano stesso che vanno analizzati per tempo per applicare (ove possibile) delle azioni di mitigazione o essere pronti proattivamente a gestire il rischio ed a ridurre l'impatto sulla programmazione delle attività. Si riportano di seguito i principali rischi identificati nell'elaborazione del Piano triennale che potrebbero avere impatto sulla implementazione del piano e sul raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Per ciascuna linea d'intervento sono stati identificati i possibili rischi con una valutazione qualitativa della probabilità e dell'impatto e le possibili azioni di mitigazione.

Tale valutazione sarà aggiornata annualmente in fase di rivalutazione del piano.

Azione/Linea d'intervento	Rischio Specifico	Probabilità	Impatto	Azioni di Mitigazione da valutare
<b>Offerta clinico-sanitaria e tetti di spesa</b>				
<b>Riassetto organizzativo Aziendale</b>	Resistenza al cambiamento da parte del personale	Alta	Alto	Implementare programmi di formazione e coinvolgimento del personale
<b>Potenziamento delle risorse strutturali e umane</b>	Difficoltà a reperire personale con determinate capacità e specificità	Alta	Alto	Creare programmi di formazione e sviluppo professionale, collaborare con università e istituti di formazione
<b>Utilizzo delle prestazioni aggiuntive</b>	Disponibilità di alcune figure professionali a lavorare in regime di prestazione aggiuntiva	Media	Medio	Offrire incentivi e benefit per il lavoro in regime di prestazione aggiuntiva
	Monitoraggio del numero di ore effettuate dal personale affinché non superino le 48 ore settimanali	Alta	Alto	Implementare sistemi di monitoraggio delle ore lavorative, rispettare la normativa sul lavoro
	Disponibilità dei cittadini ad effettuare le prestazioni in orari serali, considerati poco "confortevoli" per la popolazione anziana	Media	Medio	Offrire alternative di orario, sensibilizzare la popolazione sui benefici delle prestazioni serali
	Mancanza di fondi per il pagamento delle prestazioni aggiuntive	Alta	Alto	Avviare dialoghi con Regione per valutare possibile rimodulazione delle fonti di finanziamento
<b>Telemedicina</b>	Dipendenza dal termine dell'implementazione e diffusione della piattaforma regionale di telemedicina	Alta	Alto	Collaborare con enti regionali per accelerare l'implementazione, formare il personale.
	Resistenza al cambiamento da parte del personale sanitario e dei pazienti	Media	Medio	Sensibilizzare e formare personale e pazienti sui benefici della telemedicina.
<b>Programmazione e Agende</b>				

<b>Chiamata attiva ai pazienti (Recall)</b>	Rischio di problemi organizzativi se non ben coordinata, l'attività di recall può causare disorganizzazione, con pazienti che ricevono comunicazioni multiple o contrastanti	Media	Medio	Creare un sistema centralizzato per il coordinamento delle chiamate, monitorare e correggere le comunicazioni.
	Difficoltà nel quantificare il volume delle attività di recall da assegnare a ciascun operatore	Media	Medio	Implementare un sistema di gestione delle chiamate, definire chiaramente i compiti degli operatori.
<b>Procedure per la gestione degli slot allocati non prenotati</b>	Difficoltà di gestione corretta del personale allocato a tale attività, con possibili sovrapposizioni con chi si occupa delle attività di Recall	Media	Medio	Pianificare e allocare adeguatamente il personale, definire ruoli e responsabilità chiari.
	Rischio di uso improprio di slot destinati a pazienti ad elevata priorità	Media	Alto	Monitorare l'allocazione degli slot, applicare criteri di priorità rigorosi.
<b>Incidenza e mitigazione del fenomeno no-show</b>	Il mancato coordinamento tra l'attività di reminder attualmente gestita dal CUP e l'attività di conferma che ipoteticamente sarà svolta dal soggetto privato esterno comporta il rischio di contattare ripetutamente il paziente per richiedere la conferma, in assenza di una procedura regolamentata per l'acquisizione della stessa	Media	Medio	Implementare una procedura regolamentata per il coordinamento delle attività di reminder e conferma.
<b>Incremento nell'utilizzo del SovraCup</b>	Resistenza al cambiamento del personale del CUP nell'utilizzo del nuovo sistema	Media	Medio	Formare e coinvolgere il personale del CUP, mostrare i benefici del nuovo sistema
<b>Incremento delle sedute operatorie</b>	Difficoltà nel coordinamento dei medici al fine di indirizzarli verso un uso efficiente delle sale operatorie	Media	Alto	Ottimizzare la pianificazione delle sedute operatorie, incentivare l'uso efficiente delle sale
<b>Monitoraggio e riorganizzazione degli slot delle prime visite e delle visite di controllo</b>	Sbilanciamento delle assegnazioni e sovraccarico di risorse, con personale e infrastrutture che non riescono a gestire l'aumento delle visite programmate e conseguente ritardo/diminuzione della qualità del servizio	Media	Alto	Implementare un sistema di monitoraggio continuo, ridefinire gli slot in base alla domanda e alla priorità
<b>Appropriatezza</b>				
<b>Definizione PDTA ed eventuale strumento a supporto della prescrizione appropriata</b>	Resistenza al Cambiamento: i medici e il personale sanitario potrebbero resistere all'adozione di nuovi strumenti e regole, rallentando il processo di integrazione	Alta	Alto	Formare e coinvolgere il personale, mostrare i benefici dei nuovi strumenti.
	Rigidità del Sistema: le regole implementate potrebbero risultare troppo rigide, non consentendo ai medici di adattare le prescrizioni alle	Media	Medio	Assicurare flessibilità nelle regole per adattarsi alle esigenze individuali.

	specifiche esigenze individuali dei pazienti			
<b>Definizione dei criteri di priorità appropriati ai ricoveri</b>	Errori nella Definizione dei Criteri: Stabilire criteri di priorità non accurati o inadeguati può portare a un'allocazione inefficiente dei posti letto e dei tempi di attesa, compromettendo la qualità delle cure	Media	Alto	Coinvolgere esperti nella definizione dei criteri, rivedere e aggiornare regolarmente i criteri.
<b>Appropriatezza erogativa</b>	Resistenza al cambiamento da parte dei cittadini	Media	Medio	Educare e sensibilizzare i cittadini sui benefici delle nuove pratiche.

I criteri per l'assegnazione della probabilità e dell'impatto sono i seguenti

- Probabilità
  - Bassa: < 20% di probabilità che il rischio si materializzi
  - Media: 20% - 50% di probabilità che il rischio si materializzi
  - Alta: > 50% di probabilità che il rischio si materializzi
- Impatto
  - Basso: Effetto trascurabile sulle operazioni e sugli obiettivi del progetto
  - Medio: Effetto moderato, con necessità di interventi correttivi, ma senza compromettere gravemente gli obiettivi
  - Alto: Effetto significativo, con potenziale compromissione degli obiettivi del progetto e necessità di interventi urgenti

## 6. Roadmap e piano di Programma

In questa sezione viene presentato il masterplan di progetto, un piano con la visione ad alto livello del programma di abbattimento liste d'attesa 2024-27.

Il programma si articola in diverse fasi, mirate a ottenere un miglioramento continuo nella gestione delle liste d'attesa. La roadmap di programma prevede una sequenza temporale di attività, che coinvolgono analisi iniziali, implementazione di interventi, monitoraggio periodico e aggiornamento del piano sulla base dei risultati ottenuti.

Di seguito, sono descritte le fasi principali del programma.



### Avvio del Programma

#### **Fase 1: Istituzione della Cabina di Regia e Pianificazione Iniziale**

(Da 08/2024 – 10/2024)

**Creazione della Cabina di Regia:** Selezione dei membri, definizione dei ruoli e delle responsabilità, pianificazione delle riunioni periodiche.

**Definizione delle Modalità di Lavoro:** Definizione delle linee guida operative, del flusso di comunicazione e degli strumenti di monitoraggio.

**Sviluppo del Cruscotto di Monitoraggio:** Implementazione di un sistema per il monitoraggio in tempo reale delle liste d'attesa e raccolta dei dati iniziali.

### Raccolta e Analisi dei Dati

#### **Fase 2: Analisi Dati Iniziale e Previsioni**

(Da 08/2024 – 10/2024, ripetizione annuale tra dicembre e gennaio)

**Quantificazione delle Liste d'Attesa:** Raccolta dettagliata dei dati per identificare la situazione attuale e le principali criticità.

**Previsioni di Smaltimento:** Utilizzo di modelli predittivi per stimare i tempi di riduzione delle liste d'attesa, identificando le priorità di intervento.

### Avvio delle Linee di Intervento

### **Fase 3: Pianificazione e Implementazione delle Azioni di Miglioramento**

**(Da 09/2024 al 12/2024 per il primo anno con ripetizione annuale a febbraio e dicembre di ogni anno)**

**Interventi Organizzativi:** Ridefinizione dei processi interni, miglioramento del flusso di lavoro e gestione delle risorse umane.

**Interventi Tecnologici:** Implementazione di nuove tecnologie per migliorare l'efficienza operativa e la gestione delle liste.

**Interventi di Processo:** Revisione e ottimizzazione degli slot per le visite e gli interventi chirurgici, miglioramento delle procedure di prenotazione e gestione delle agende.

**Creazione dei Tavoli di Lavoro Operativi:** Istituzione di gruppi di lavoro per affrontare specifici ambiti identificati come prioritari, con coordinamento e riferimenti alla Cabina di Regia.

#### **Monitoraggio Periodico**

### **Fase 4: Monitoraggio e Valutazione Continua**

**(Da 08/24 fino a 07/27 con un monitoraggio trimestrale e a fine anno solare e successiva revisione del piano ad ogni anno solare)**

**Produzione di Report Trimestrali:** Monitoraggio dell'efficacia delle azioni intraprese tramite report periodici, identificazione di eventuali criticità e proposta di azioni correttive.

**Revisione Annuale del Piano:** Valutazione annuale del piano basata sui dati di monitoraggio, con eventuali aggiornamenti e aggiustamenti delle strategie.

**Aggiornamento della Valutazione dei Rischi:** Monitoraggio continuo dei rischi, identificazione di nuove criticità e implementazione di misure di mitigazione.

#### **Strategie di Comunicazione**

### **Fase 5: Comunicazione e Coinvolgimento delle Parti Interessate**

**(Azioni continuative fino a 07/2027)**

**Informazione Continua:** Comunicazione costante con il personale sanitario e i cittadini sui progressi del programma e le eventuali modifiche al piano.

**Coinvolgimento delle Parti Interessate:** Organizzazione di incontri periodici con rappresentanti delle parti interessate per garantire trasparenza e raccogliere feedback.

### **Attività di Supporto e Coordinamento**

**Gruppo Operativo di Supporto:** Costituzione di un gruppo operativo composto dai dirigenti medici dello staff della Direzione Generale e della Direzione Sanitaria, con il supporto della UOS Programmazione e Sviluppo Aziendale. Questo gruppo supporterà l'implementazione e il monitoraggio delle azioni, sotto il coordinamento della Cabina di Regia.

**Potenziamento della Rete di Controllo:** Miglioramento delle comunicazioni fra le varie articolazioni del CUP, inclusi front office, servizio gestione delle agende, servizio prenotazioni via e-mail e call-center.

**Cooperazione degli Uffici Strategici:** Collaborazione tra U.O. Comunicazione e URP, U.O. Coordinamento Sale Operatorie e Controllo di Gestione per garantire il successo del programma.



Azioni	ago-24		set-24		ott-24		nov-24		dic-24	
	24	25	24	25	24	25	24	25	24	25
Istituzione Cabine di Regia										
Istituzione tavoli di lavoro operativi										
Analisi dei dati e costruzione cruscotto di monitoraggio										
Report Annuale										
Strutturazione dell'offerta con modelli HUB-SPOKE (privati)										
Strutturazione dell'offerta con modello HUB-SPOKE (territorio)										
Percorsi per attività chirurgica ambulatoriale e attività chirurgica da sala operatoria a bassa complessità										
Riassetto organizzativo Aziendale - Definizione del Percorso Prericovero										
Governo dell'attività ALPI (Attività Libero Professionale Intramurata)										
Professionalizzazione Intramuraria)										
Potenziamento delle risorse strutturali e umane										
Utilizzo delle prestazioni aggiuntive										
Telemedicina										
Chiamata attiva ai pazienti (Recall)										
Procedure per la gestione degli slot all'occai non prenotati										
Incidenza e mitigazione del fenomeno no-show										
Incremento nell'utilizzo del SovraCUP										
Incremento nell'utilizzo del SovraCUP										
Percorsi facilitati interni per i cronici										
Esposizione Agende dei privati accreditati										
Efficacemente delle attività operatorie										
Monitoraggio e riorganizzazione degli slot delle prime visite e delle visite di controllo										
Empowerment del paziente - piano di comunicazione verso il paziente sul percorso di cura										
Definizione dei PDTA ed eventuale strumento a supporto della prescrizione appropriata										
Definizione dei criteri di priorità appropriata ai ricoveri										
Appropriata erogativa										
Revisione piano										
Report Trimestrali										

Hanno lavorato alla stesura del piano:

- Ing. Nicola Alessi
- Dott ssa Desirée Farinella
- Dott ssa Raffaella Riccobene
- Dott. Pietro Rigano
- Dott. Giuseppe Virga
- Dott. Nicolò Napoli
- Dott ssa Cettina Gargano

Con la supervisione del Direttore Generale del Direttore Sanitario Aziendale con la consulenza di P4I - Partners4Innovation – A DIGITAL.360 Company.