Aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale per il recupero delle liste di attesa 2024
Istituto Nazionale di Gastroenterologia – IRCCS "de Bellis"

La DGR n.1088 del 28 luglio 2022 (Piano Recupero Liste d'attesa) detta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, di screening e di ricovero ospedaliero.

Con DGR n. 262 del 06/03/2023, il Dipartimento promozione della salute e del benessere animale della Regione Puglia ha approvato le "disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste d'attesa - linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste d'attesa".

Per il recupero degli interventi chirurgici e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono prevedibili:

- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale;
- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale;
- reclutamento di personale, attraverso assunzioni a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonché l'impiego anche delle figure professionali previste in incremento ai sensi delle disposizioni di cui agli articoli 2-bis e 2-ter, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Si ritiene, a questo punto, dare evidenza delle azioni più importanti introdotte dall'IRCCS per il governo delle liste di attesa, sia relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale che di interventi chirurgici.

Prestazioni specialistiche ambulatoriali

La Regione Puglia con DGR n. 735/19, recependo l'atto d'intesa Stato Regione, paragrafo 1.2 ha fissato le linee di intervento per il triennio 2019-21, che qui s'intendono integralmente riportate, nonché confermate per l'anno 2023, a cui anche l'IRCCS dovrà attenersi per contribuire al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale di propria competenza (par. 3.1), utilizzando strumenti e strategie come di seguito indicato:

Strategia per il governo della domanda, articolato in:

- Griglie RAO (par. 4);
- Classe di priorità (par. 3.1);
- Rispetto dei tempi d'attesa (par. 3.1);
- Ambiti territoriali di Garanzia (par. 3.1);
- Promozione dell'appropriatezza d'ingresso in lista d'attesa.

Strategia per il governo dell'offerta, articolato in:

- Estensione dell'orario prestazionale;
- Interscambiabilità fra i professionisti;
- Nuove assunzioni;
- Sistema incentivante;
- Presa in carico e garanzia di accesso per le prestazioni più appropriate di specialità.

Strategia per facilitare l'accesso, articolato in:

- Ampliamento della possibilità di prenotazione;
- Prenotazione e pagamenti on line;
- App informative;
- Ingresso nel CUP Regionale;
- Prenotazione telefonica;
- Presa in carico dell'utente.

Utilizzo di piattaforme informatiche, articolato in:

- Piena integrazione dei cruscotti informatici;
- Recalling.

Trasparenza e formazione, articolato in:

- Tempi d'attesa consultabili on line;

- Formazione;
- Informazione al cittadino

.

Il mantenimento delle classi e dei tempi di attesa previsti dalla citata legge regionale è stato, peraltro, confermato dallo stesso Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA)
Si riporta nella tabella che segue il relativo confronto:

- Classe U (urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e comunque entro 72 ore;
- Classe B (breve) da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (differibile):
  - entro 30 giorni per le visite;
  - entro 60 giorni per le prestazioni diagnostiche;
- Classe P (programmata) da eseguire entro 120 giorni.

Percorso di garanzia

A garanzia dell'utenza e sempre in materia di assistenza specialistica ambulatoriale il PRGLA conferma lo strumento delle liste in overbooking che coincide con il concetto di pre lista del PAAGLA.
Overbooking. L'inserimento dell'assistito in overbooking rappresenta un percorso di garanzia per l'utenza la cui richiesta di verificata appropriatezza e necessità, prestazioni di tipo "U" comprese, vengono erogate attraverso l'inserimento in liste prestazionali aggiuntive o tramite il riutilizzo di posti che si rendano disponibili attraverso le chiamate di recall telefonico o di rinunce da parte di altri utenti.
Team di garanzia. Il CUP è dedicato alla ricerca di ulteriori spazi disponibili tramite il riutilizzo di potenziali posti liberi recuperati con il "recall" o attraverso disponibilità aggiuntive richieste direttamente agli specialisti o utilizzando eventuali posti di "rinuncia". Il team si incarica di ricontattare gli utenti proponendo la prima disponibilità trovata.

Lo scopo della lista di overbooking, garanzia per l'utente, è:

- prendere in carico l'utente evitandogli uno stillicidio di successivi accessi agli sportelli CUP
- attivare da parte dell'IRCCS qualsiasi misura ritenuta idonea per garantire al 'assistito l'erogazione della prestazione richiesta entro la tempistica corrispondente alla classe di priorità prescritta;
- farsi carico, successivamente, di ricontattare l'utente per completare la prenotazione precedentemente sospesa.

PRESTAZIONI PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI

Nell'ambito degli interventi chirurgici programmati in regime di Ordinario e day service, l'IRCCS con il presente PAAGLA intende comunque applicare universalmente i criteri di priorità confermando l'uso obbligatorio della classe di priorità riportati nella tabella seguente:

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

Per garantire all'utenza equità di accesso, l'inserimento degli interventi programmati e Day Service, dovrà avvenire attraverso le procedure già presenti nel Sistema Edotto o nella CCE.

All'atto dell'inserimento in lista d'attesa l'utente dovrà essere fornito dell'indicazione della classe di priorità, la posizione occupata, la durata presunta dell'attesa, le informazioni circa il pre-ricovero e ogni eventuale informazione secondo il modello organizzativo della U.O., nonché la possibilità di prendere visione della posizione corrente, anche utilizzando servizi on line.

Analisi del fabbisogno

L'IRCCS "de Bellis" ha da sempre rappresentato un punto di riferimento per la chirurgia maggiore ed oncologica in particolare. Nell'ultimo anno, anche per la dotazione di alta tecnologia robotica in particolare si è assistiti ad un notevole incremento di richieste di prestazioni chirurgiche stratificate nei diversi DRG soprattutto di Classe 1 e 2.
In accordo a quanto indicato nella DGR 262/23 viene di seguito proposta una scheda riassuntiva di recupero degli interventi chirurgici tenendo conto di quanto indicato nell'allegato 4 della DGR su citata, distinti per reparto.

	Reparto	Classe di priorità (A<30 B<60 C<180 gg)	N. Totale registrati (Gennaio-Settembre 24)	N. oltre soglia da recuperare
Classe1 interventi maggiori oncologici	Chirurgia	A	310	60
	Chirurgia	B	120	30
	Chirurgia	C	90	5
	Reparto	Classe di priorità (A<30 B<60 C<180 gg)	N. Totale registrati (Gennaio-Settembre 24)	N. oltre soglia da recuperare
	Chirurgia	A	220	90
	Chirurgia	B	180	88
Classe2 Interventi correlati a patologie di rilievo	Chirurgia Bariatrica	B	140	20
	Chirurgia	C	102	60
	Reparto	Classe di priorità (A<30 B<60 C<180 gg)	N. Totale registrati (Gennaio-Settembre 24)	N. oltre soglia da recuperare
	Chirurgia	A	0	0
	Chirurgia	B	0	0
	Chirurgia	C	40	2
Classe3 interventi correlati a patologie meno complesse (day service)	Reparto	Classe di priorità (A<30 B<60 C<180 gg)	N. Totale registrati (Gennaio-Settembre 24)	N. oltre soglia da recuperare
	Chirurgia	A	0	0
	Chirurgia	B	0	0
	Chirurgia	C	480	450

In Totale si calcola che sono circa 900 interventi oltre soglia da recuperare tra chirurgia maggiore e day services.

Capacità produttiva

Nell'IRCCS de Bellis sono attive 2 Unità Operative di chirurgia (generale ad indirizzo gastroenterologico/oncologico e bariatrica), due sale operatorie ed U.O. di Anestesia e Rianimazione + altre due sale operatorie attive da settembre 2024 in termini di capacità produttive attuali la tabella seguente evidenzia la forza lavoro e le ore operatorie disponibili.

Reparto	Chirurghi		Anestesisti/Rianimatori		Infermieri/strumentisti/OSS di sala operatoria	Ore operatorie/settimanali disponibili
	Guardia attiva	Equipe Operatoria	Guardia attiva T.I.	Anestesie S.O. End Rad		
Chirurgia	5	12	6	4	16	120+120 (le due sale operatorie di recente attivazione
Chirurgia Bariatrica	2	2				

Sulla base dei dati della tabella esiste una forte discrepanza tra le ore operatorie/settimanali disponibili e l'équipe operatoria a svantaggio di quest'ultime che risultano fortemente sottopotenziate rispetto all'effettivo fabbisogno. Tale discrepanza si è rileva soprattutto a carico degli anestesisti e del personale di supporto, avendo visto i chirurghi il personale, dal mese di novembre, rimpinguato la dotazione organica.
Si può calcolare dai dati descritti che, in media, soltanto 12 interventi/settimanali di classe 1 e 2 si possono effettuare sulla base delle équipe attualmente disponibili pari a 30 ore settimanali, con un tasso di utilizzo delle sale operatorie del 25%. Tale discrepanza condurrà inevitabilmente al continuo allungamento delle liste d'attesa anche per interventi di classe 1 e 2, solo e soprattutto a carico della chirurgia 1, che ha un indice di attrazione notevole e che, di conseguenza, è sottoposta a livelli di pressione prestazionali elevatissimo. Tutto questo nonostante l'IRCCS ha adottato misure di riallocazione temporaneo di personale soprattutto dalla Chirurgia Bariatrica e utilizzato forme di incentivazione per prolungare le sedute operatorie oltre il dovuto, ciò ha permesso la solo mitigazione del prolungamento delle liste d'attesa degli interventi di classe 1 e 2.

Programmazione per fasi e tempi

Solo al fine di raggiungere il massimo utilizzo delle ore di sala operatoria disponibili così da poter incrementare le prestazioni per interventi di classe 1 e 2 vi è la necessità di attuare le seguenti misure:

1) raddoppiare le équipe operatorie acquisendo
    a. tre di anestesisti;
    b. quattro strumentisti di sala;
2) la tempistica prevede
    a. entro dicembre 2024 acquisizione di un anestesista (procedure già avviate);
    b. entro aprile 2024 acquisizione di 6 strumentisti;
3) nelle more dell'acquisizione delle risorse di cui ai punti precedenti si potranno attuare programmi di prestazioni aggiuntive con l'obiettivo di raggiungere almeno un 50% di utilizzo dell'attuale disponibilità di sala operatoria, per far fronte prioritariamente agli interventi di classe 1 e 2 tralasciando le altre tipologie d'intervento alla disponibilità di ulteriori ore di sala operatoria di cui al punto successivo,
4) (altre azioni) entrata in funzione di una terza sala operatoria con disponibilità di ulteriori 60 ore a settimana di potenziale attività, che necessariamente comporterà una rivisitazione delle capacità produttive
    a. tempistica entro gennaio 2024.

Al fine di far rientrare circa 300 interventi maggiori e 500 interventi di day service nei tempi di erogazione previsti dalle rispettive classi di appartenenza si è costretti a far ricorso a prestazioni mensili nelle more che le dotazioni organiche vengano riempite delle professionalità necessarie.

Modalità operative ed azioni

Acquisito il parere favorevole delle équipe interessate nei programmi di recupero si procederà come segue:

1) incremento degli interventi chirurgici pari ad un utilizzo di almeno il 50% della disponibilità delle sale operatorie sulla base della tabella precedente ciò comporterà
    a. incremento degli interventi di classe 1 e 2 settimanale dagli attuali 12 a 24 interventi/settimanali
    b. percentuale di recupero del 20%, nella considerazione che le liste d'attesa sono continuamente rimpinguate da nuovi ingressi in virtù dell'elevato indice di attrazione della chirurgia 1.

Tali obiettivi saranno oggetto a puntuale rivisitazione periodica proporzionalmente all'adeguamento delle risorse produttive.

Indicatori di risultato

Durante l'attuazione dei programmi di recupero saranno effettuate valutazioni periodiche circa i risultati raggiunti in termini di:

1) tempo medio d'attesa per classe di complessità e priorità;
2) volume per tipo di prestazione erogate rispetto al fabbisogno;
3) % delle prestazioni recuperate rispetto al fabbisogno;
4) spesa sostenuta per singola modalità organizzativa.

PRESTAZIONI IN REGIME AMBULATORIALE

All'IRCCS de Bellis le prestazioni in regime ambulatoriale che presentano diversi gradi di criticità, sono quelle strettamente correlate alla gastroenterologia e riguardano fondamentalmente l'endoscopia digestiva e la radiologia (la cardiologia non è considerabile in virtù della non specificità dell'IRCCS e per l'esiguità dei professionisti).

Analisi del fabbisogno

In accordo a quanto indicato nella DGR 262/23 viene di seguito proposta una scheda riassuntiva di recupero degli interventi chirurgici tenendo conto di quanto indicato nell'allegato 4 della DGR su citata, distinti per codice nomenclatore:

Tipo di prestazione	Codice nomenclatore	Giorni attesa media (gennaio '23) x classe			Prestazioni mensili		Ore necessarie	
		B	D	P	Erogate	Oltre soglia da recuperare	Medici	Comparto
visita cardiologica	89.7	7	1	9	20	8		
visita gastroenterologica	89.7	26	24	19	109	36	12	12
visita endocrinologica	89.7	9	17	17	62	16	5	5

colonscopia con endoscopio flessibile	45.23	128	364	315	68	215	215	215
polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia - sede unica -	45.42				11	0	0	0
esofagogastroduodenoscopia [egd]	45.13	122	251	234	27	183	61	61
esofagogastroduodenoscopia [egd] con biopsia	45.16	114	192	201	29	163	54	54
sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24			1	7	0	0	0
eco(color)doppler dei tronchi sovraaortici	88.73.5	259	274	339	6	333		
ecocolordopplergrafia cardiaca	88.72.3		184	218	8	49		
eco(color)dopplergrafia degli arti superiori o inferiori o distrettuale, arteriosa o venosa	88.77.2		285	337	1	76		
elettrocardiogramma	89.52	51	72	79	82	70		
elettrocardiogramma dinamico	89.50	131	112	134	11	161		
test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile	89.41		211	213	3	53		
ecografia addome completo	88.76.1	106	132	135	92	139	70	70
ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	99	145	137	6	135	45	45
ecografia dell'addome superiore	88.74.1	80	124	88	35	108	36	36
diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	227	237	367	0	297	99	99
risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna	88.93	325	209	312	6	386		
risonanza magnetica nucleare (rm) della colonna senza e con mdc	88.93.1				1	0		
risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	68		61	2	73	73	73
risonanza magnetica nucleare (rm) dell'addome inferiore e scavo pelvico (senza e con mdc)	88.95.5	46	117	58	0	70	70	70
risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica	88.94.1	25	402	376	0	123		
tomografia computerizzata (tc) del capo	87.03				1	0	0	0
tomografia computerizzata (tc) del capo, senza e con contrasto	87.03.1	53	128	169	30	88	44	44
tomografia computerizzata (tc) del torace	87.41		77	273	4	36	18	18
tomografia computerizzata (tc) del torace, senza e con contrasto	87.41.1	51	94	142	60	79	39	39
tomografia computerizzata (tc) dell'addome completo	88.01.5	112	138	153	5	148	99	99
tomografia computerizzata (tc) dell'addome completo, senza e con contrasto	88.01.6	50	143	124	68	84	56	56
tomografia computerizzata (tc) dell'addome inferiore	88.01.3				0	0	0	0
tomografia computerizzata (tc) dell'addome inferiore, senza e con contrasto	88.01.4	19	34	308	5	50	25	25
tomografia computerizzata (tc) dell'addome superiore, senza contrasto	88.01.1		249		0	42	21	21
tomografia computerizzata (tc) dell'addome superiore, senza e con contrasto	88.01.2	54	33	160	6	73	36	36
tomografia computerizzata (tc) dello speco vertebrale	88.38.1							
tomografia computerizzata (tc) dello speco vertebrale, senza e con contrasto	88.38.2							
spirometria globale	89.37.2							
						Totale	1079	1079

Capacità produttive

Come si è detto le criticità maggiori per l'erogazione delle attività specialistiche ambulatoriali sono individuabili nell'erogazione delle prestazioni endoscopiche e radiologiche la tabella seguente evidenzia la forza lavoro e le ore di attività disponibili attualmente.

Servizio	Medici	Infermieri/tecnici/Oss	Ore settimanali attività disponibili
Endoscopia digestiva	14	17	48
Radiologia	6	12	16

Programmazione delle attività di recupero (fasi e tempi)

La programmazione avrà come obiettivo il recupero delle prestazioni che superano i giorni di attesa previsti da ciascuna classe, tale tendenza dovrà essere monitorata mensilmente, pur essendo consci che l'elevato indice di attrazione che riguardano i servizi su indicati, difficilmente potranno condurre al compiuto rispetto dei giorni di attesa delle varie classi. Un gioco fondamentale dovrà essere svolto sul versante dell'appropriatezza prescrittiva da parte dei diversi professionisti, a tal proposito è fondamentale stipulare accordi di programma specifici con i diversi stake holder interessati al fine di rendere più efficace l'azione diagnostica.

Modalità operative

Per le attività che presentano o presenteranno un forte squilibrio fra domanda e offerta verrà proposto di attuare un incremento ed una riprogrammazione dell'offerta nelle aree di maggiore criticità ed individuate come prioritarie dalla PRGLA, così come di seguito specificato:

- Ecografia addome: incremento dell'offerta fino ad un max 6 ore settimanali;
- RM addome: incremento dell'offerta fino a max 4 ore settimanali;
- TC Body senza e con MC: incremento dell'offerta fino a max 6 ore settimanali;
- Colonscopie: incremento offerta fino a max 36 ore settimanali;
- Gastroscopie: incremento offerta fino a max 12 ore settimanali.

Si prevede, pertanto, un aumento complessivo dell'offerta ambulatoriale fino ad un massimo di 64 ore settimanali, dando priorità assoluta alle patologie oncologiche e a quelle maggiori. Tale monte ore potrà essere oggetto di oscillazione, tenendo conto dell'insorgenza di ulteriori disponibilità a fronte di nuove criticità che potrebbero insorgere, con l'obiettivo di utilizzo pieno della tecnologia disponibile, eventualmente facendo ricorso all'acquisizione dell'opera di ulteriori unità di personale anche mediante l'utilizzo di contratti a progetto attraverso l'utilizzo dei fondi ALPI o di ricerca o sperimentazioni cliniche.
Con l'intento di aumentare la potenzialità operativa delle RM e delle TC in un'ottica di continuo miglioramento, la programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per dodici ore al giorno per sei giorni alla settimana, stesso dicasi per le attività di endoscopia.

Il PRGLA, inoltre, detta ulteriori disposizioni delle quali si citano, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, quelle in materia di:

- attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva
- accesso ambulatoriale tramite uso diffuso del CUP e sviluppo sistema CUP on-line
- visibilità delle agende di prenotazione
- realizzazione della "presa in carico" del paziente cronico
- acquisto ed erogazione prestazioni aggiuntive in regime libero professionale come integrazione dell'attività istituzionale e da effettuarsi prioritariamente per le prestazioni che risultano critiche per i tempi di attesa
- adozione dei Programmi attuativi aziendali ed il loro monitoraggio.

Indicatori di risultato

- % rispetto al tempo massimo di attesa per classe di priorità
- tempo medio di attesa per classe
- volume per prestazione rispetto al fabbisogno
- % di prestazioni recuperate rispetto al fabbisogno stimato
- spesa sostenuta per il recupero.

Rimandi
Per quanto non previsto dal presente documento si fa espresso riferimento a quanto previsto:

- dalla legge regionale n. 13/2019
- dalla DGR n. 735/2019
- dalla DGR n. 1088/2019
- dalla DGR n. 45/2023.

R.U.L.A.
Dott. Francesco Gabriele

Il Direttore Generale
Dott. Tommaso A. Stallone

Il Direttore Sanitario
Dott. Roberto Di Paola