

**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE  
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA  
ANNO 2022**



# INDICE

PREMESSA.....	2
RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE.....	4
1. RESPONSABILITÀ.....	4
2. ANALISI DEL CONTESTO.....	5
3. REVISIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA.....	6
4. AZIONI DI GOVERNO DELLA DOMANDA.....	13
5. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE.....	14
6. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA.....	14
7. RAPPORTI CON I CITTADINI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE.....	15
PARTE B. RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMATI CHIRURGICI.....	16
1. ANALISI DEL CONTESTO.....	16
2. LINEE DI INTERVENTO.....	18
PARTE C. APPLICAZIONE DELLA DGR 106/2022 “PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA” .....	20
1. PRESTAZIONI SANITARIE EROGABILI NELL'ANNO 2022 IN APPLICAZIONE DELLA DGR 106/2022 .....	20
2. STRUMENTI PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA.....	21
3. PIANO AZIENDALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA.....	21

## PREMESSA

L'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e degli interventi chirurgici nei tempi richiesti dalle necessità di cura degli assistiti rappresenta un elemento fondante i livelli essenziali di assistenza e una priorità che l'Azienda Sanitaria "Friuli occidentale" (di seguito ASFO) si è data, al fine di garantire un accesso equo e adeguato alle condizioni cliniche degli assistiti.

Negli anni, l'ASFO, in applicazione delle disposizioni nazionali e regionali sull'argomento, ha programmato e messo in campo interventi che hanno riguardato la garanzia dei tempi di erogazione delle prestazioni, la definizione delle regole di accesso ed il miglioramento dell'appropriatezza e che hanno coinvolto le strutture di produzione e gli specialisti ambulatoriali, per il mantenimento/ampliamento dell'offerta, e i medici prescrittori, coinvolti nelle azioni di miglioramento dell'appropriatezza delle prescrizioni.

La DGR n. 1815 del 25 ottobre 2019 "Piano Regionale del governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021" ha confermato gli strumenti di governo dei tempi di attesa individuati dalla normativa nazionale e regionale, rinforzando le strategie per migliorare l'accesso alle prestazioni, contenere i tempi di attesa ed avvicinare il paziente al sistema di cura e assistenza, attraverso una più efficiente presa in carico, nel rispetto dei principi di appropriatezza ed equità.

Il presente "Programma attuativo aziendale (PAA)", partendo dall'attenta analisi dei dati elaborati a livello aziendale o regionale, delinea le linee di intervento che l'Azienda intende attuare nel corso del 2022, in coerenza con quanto previsto nel Piano Regionale.

## RIFERIMENTI NORMATIVI

### NAZIONALI

- **Piano nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021** Intesa Stato-regioni del 21 febbraio 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano
- **Decreto Ministeriale del Ministero della Salute del 20 giugno 2019** “Istituzione e funzioni dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa”. Supporto alle Regioni e le Province Autonome nell'implementazione delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa PNGLA 2019-2021
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017** “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”. Il Decreto definisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale; innova i nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni obsolete e ridefinisce e aggiorna gli elenchi delle malattie rare e delle malattie croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione
- **Legge 161/2014 del 30 ottobre 2014:** “Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale”. L'articolo 14, c.1 abroga due precedenti norme italiane, derogatorie dalla direttiva comunitaria in tema di orari e riposi del personale sanitario dipendente, medici e non medici. Si dà applicazione alla direttiva europea 88/2003 sull'orario di riposo e di lavoro dei medici (e sanitari) dipendenti, secondo la quale “il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo continuativo, ogni 24 ore”
- **Decreto Ministeriale del Ministero della Salute dell'8 luglio 2011** “Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”
- **Legge n. 120 del 3 agosto 2007** “Disposizioni in materia di attività libero-professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria”. Il testo dà indicazioni sulle modalità di esercizio della libera professione intramuraria e sui percorsi di accesso alle prestazioni.

### REGIONALI

- **DGR 54 del 21 gennaio 2022** “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - Anno 2022”. La Delibera individua gli obiettivi annuali delle Aziende e le modalità di valutazione del loro raggiungimento nonché le risorse disponibili ed i criteri di finanziamento alle stesse
- **DGR 1815 del 25 ottobre 2019** “Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021”. Nella delibera vengono recepite le indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021
- **DGR 2034 del 15 ottobre 2015** “Organizzazione e regole per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e per la gestione dei tempi di attesa nella Regione Friuli Venezia Giulia”  
Il documento definisce nel dettaglio le modalità di accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e i tempi entro i quali devono essere garantite le prestazioni e gli interventi chirurgici
- **DGR 1680 del 14 settembre 2018** “Approvazione del nuovo nomenclatore tariffario per la specialistica ambulatoriale della Regione Friuli Venezia Giulia”.  
Il Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale contiene l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e le relative tariffe, erogabili dal Servizio Sanitario Regionale.

## PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### 4. RESPONSABILITÀ

#### 1.1 Livello Regionale

Il livello regionale del CUP effettua la pianificazione strategica delle attività inerenti alla strutturazione dell'offerta sanitaria regionale e rappresenta l'interfaccia con il livello ministeriale.

Le funzioni generali sono le seguenti:

- definizione ed aggiornamento del Nomenclatore tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale
- pianificazione dell'offerta nel territorio regionale
- indicazione dei volumi attesi complessivi di offerta sanitaria, con individuazione degli obiettivi annuali e dei relativi indicatori
- definizione delle Regole di standardizzazione delle modalità di prescrizione delle prestazioni
- monitoraggio dei tempi d'attesa
- interfaccia con il livello ministeriale ed assolvimento degli obblighi informativi rispetto ai flussi ministeriali
- formalizzazione dei percorsi assistenziali e dei criteri di priorità per i primi accessi, definiti dalle singole reti di patologia
- raccordo operativo con INSIEL per l'implementazione, la manutenzione e l'aggiornamento degli strumenti informatici
- gestione del Call center regionale.

#### 4.2 Livello aziendale

A livello aziendale vengono garantite le seguenti funzioni:

- Gestione della domanda, tramite il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva
- Gestione dell'offerta, tramite la programmazione dell'erogazione delle prestazioni, in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento, la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie
- Gestione dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia tramite l'implementazione dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia, il monitoraggio dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia
- Analisi dei tempi di attesa, tramite l'esecuzione e diffusione dei monitoraggi TA nazionali, regionali e aziendali
- Gestione dei rapporti e delle convenzioni con i soggetti privati accreditati, tramite la stipula degli accordi con i soggetti privati accreditati e la gestione informatizzata delle agende di prenotazione
- Gestione sanitaria dello svolgimento della libera professione (LP) intramuraria della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, tramite la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione, il monitoraggio e valutazione dei volumi e dei TA, il Coordinamento del Comitato Paritetico e di Promozione e Verifica sulla LP
- Valutazione e controllo delle prestazioni erogate e della mobilità sanitaria, tramite il controllo delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e di ricovero delle Strutture pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio ASFO e coordinamento nucleo di valutazione, attività di verifica, controllo e gestione fasi relative alla correzione errori flussi informativi dei dati relativamente alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero
- Gestione dei rapporti con erogatori e prescrittori, tramite lo sviluppo delle comunicazioni e delle relazioni.

## 5. ANALISI DEL CONTESTO

### 2.1 Tempi di attesa

L'analisi del contesto per lo sviluppo del PAA per le prestazioni di specialistica ambulatoriale deve partire dai dati dei tempi di attesa aziendali.

I tempi massimi di attesa come previsti dalla normativa nazionale sono riportati nella tabella seguente.

Priorità	Tempo in giorni	Valore soglia
<b>B</b> (breve)	da eseguire entro 10 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni
<b>D</b> (differita)	da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici	Almeno 90% delle prenotazioni
<b>P</b> (programmata)	da eseguirsi in 120 giorni	Almeno 90% delle prenotazioni

Si riportano in tabella 1 le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti in priorità B, D e P relative agli anni 2019, 2020 e 2021.

Tabella 1. Tempi attesa triennio 2019-2021

Prestazioni	Priorità B			Priorità D			Priorità P		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
01-Prima Visita cardiologica	81%	71%	66%	48%	39%	48%	46%	48%	63%
02-Prima Visita chirurgia vascolare	73%	45%	41%	38%	47%	47%	34%	27%	39%
03-Prima Visita endocrinologica	4%	16%	7%	8%	29%	12%	12%	16%	18%
04-Prima Visita neurologica	70%	55%	67%	88%	58%	61%	91%	89%	94%
05-Prima Visita oculistica	86%	58%	76%	49%	34%	41%	46%	40%	31%
06-Prima Visita ortopedica	94%	66%	52%	42%	37%	36%	93%	95%	98%
07-Prima Visita ginecologica	95%	85%	96%	50%	45%	56%	43%	42%	46%
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	90%	85%	93%	78%	84%	87%	98%	99%	97%
09-Prima Visita urologica	98%	53%	18%	73%	41%	28%	96%	90%	85%
10-Prima Visita dermatologica	91%	85%	20%	52%	49%	31%	66%	38%	36%
11-Prima Visita fisiatrica	57%	69%	44%	34%	51%	51%	78%	96%	97%
12-Prima Visita gastroenterologica	86%	78%	35%	64%	71%	52%	79%	94%	94%
13-Prima Visita oncologica	96%	97%	78%	75%	94%	87%	100%	100%	100%
14-Prima Visita pneumologica	17%	24%	12%	18%	12%	12%	49%	47%	65%
15-Mammografia bilaterale	98%	99%	94%	98%	91%	97%	79%	74%	76%
16-Mammografia monolaterale	100%	100%	96%	100%	69%	92%	76%	63%	64%
17-TC del Torace	59%	90%	76%	60%	94%	53%	95%	96%	94%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	21%	56%	30%	38%	70%	39%	97%	96%	77%
19-TC dell'addome superiore	42%	75%	67%	83%	100%	57%	100%	100%	100%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	25%	55%	34%	32%	83%	80%	97%	97%	79%
21-TC dell'Addome inferiore	78%	74%	67%	56%	100%	0%	100%	100%	86%
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	23%	68%	32%	50%	83%	89%	100%	93%	57%
23-TC dell'addome completo	55%	87%	66%	61%	93%	65%	99%	99%	98%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	23%	57%	35%	33%	78%	68%	97%	95%	76%
25-TC Cranio – encefalo	61%	96%	82%	61%	96%	77%	100%	100%	98%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	19%	52%	35%	32%	69%	38%	98%	96%	81%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	59%	94%	74%	48%	100%	67%	100%	100%	100%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	46%	91%	72%	64%	94%	83%	100%	100%	100%

29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	61%	94%	78%	89%	99%	95%	100%	100%	100%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	20%	75%	0%	100%			100%	100%	100%
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	0%	50%	30%	0%	33%	50%	100%	100%	
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	25%	80%	10%		0%	29%	100%		100%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	52%	97%	65%	31%	82%	50%	100%	100%	100%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	26%	31%	38%	34%	61%	61%	49%	67%	77%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	63%	71%	76%	49%	87%	79%	24%	52%	65%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	55%	45%	89%	89%	67%	97%	92%	89%	99%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	49%	45%	44%	73%	71%	73%	67%	70%	84%
38-RM della colonna in toto	58%	45%	24%	63%	76%	44%	83%	83%	79%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	53%	61%	64%	44%	79%	70%	23%	36%	48%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	94%	73%	66%	95%	87%	69%	87%	85%	68%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	72%	47%	48%	70%	73%	70%	66%	68%	80%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	96%	87%	85%	98%	96%	75%	68%	62%	47%
43-Ecografia dell'addome superiore	95%	70%	61%	97%	83%	71%	68%	70%	74%
44-Ecografia dell'addome inferiore	97%	65%	51%	97%	80%	71%	89%	88%	80%
45-Ecografia dell'addome completo	96%	70%	50%	96%	81%	67%	94%	96%	95%
46-Ecografia bilaterale della mammella	97%	79%	72%	99%	94%	97%	75%	68%	69%
47-Ecografia monolaterale della mammella	96%	71%	67%	98%	78%	95%	60%	34%	46%
48-Ecografia ostetrica	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
49-Ecografia ginecologica	63%	77%	31%	97%	77%	61%	78%	73%	73%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	90%	61%	59%	98%	96%	66%	84%	90%	79%
51-Colonscopia totale con endoscopia flessibile	85%	46%	43%	79%	59%	63%	57%	39%	47%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	97%	74%	60%	96%	88%	88%	94%	94%	100%
54-Esofagogastroduodenoscopia	91%	62%	43%	67%	55%	45%	61%	75%	99%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica		54%	33%		50%	44%	50%	0%	100%
56-Elettrocardiogramma	92%	94%	90%	86%	92%	92%	85%	87%	89%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	31%	65%	48%	43%	69%	60%	91%	91%	93%
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	42%	50%	20%	68%	62%	58%	92%	89%	94%
60-Esame audiometrico tonale	79%	83%	87%	98%	100%	98%	97%	98%	94%
61-Spirometria semplice	74%	49%	50%	56%	39%	67%	72%	70%	79%
62-Spirometria globale	69%	65%	46%	85%	71%	41%	88%	83%	73%
63-Fotografia del fundus	100%	50%	0%	100%	64%	71%	88%	40%	34%
64-67-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE	94%	77%	47%	72%	67%	56%	87%	95%	95%
70-Iniezione intravitreale	0%	10%	15%	100%			97%	98%	100%
71-Visita algologica	80%	78%	67%	98%	98%	97%	99%	99%	100%
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	10%	26%	4%	43%	38%	30%	99%	81%	78%

In generale si osserva una situazione di tendenziale peggioramento nel rispetto dei tempi di attesa che nell'anno 2021 si è ulteriormente aggravata, a causa dell'emergenza pandemica e della carenza di specialisti di alcune branche. Nonostante questo, alcune prestazioni si mantengono non critiche grazie all'offerta consolidata, ma anche agli effetti degli adeguamenti eseguiti nel tempo nei settori di maggiore criticità. Permangono comunque situazioni che richiedono azioni più incisive e strutturali, quali quella della visita oculistica, endocrinologica, dermatologica, pneumologica.



## 2.2 Volumi erogati

Nel 2021 a livello aziendale si è registrato complessivamente un aumento dei volumi di visite e prestazioni erogate, dopo il calo marcato nel 2020 legato alla sospensione di molte attività ambulatoriali nei periodi di maggior crisi dovuta alla pandemia. Come riportato nella tabella 2, le strutture private accreditate nel 2021 hanno quasi ripristinato i volumi del 2019, le strutture ospedaliere aziendali si sono avvicinate ai valori del 2019, invece le strutture distrettuali hanno mantenuto anche nel 2021 volumi molto ridotti.

*Tabella 2. Volumi di prestazioni ambulatoriali erogati da strutture ASFO inclusi privati accreditati*

	2019	2020	2021
DISTRETTI	87.182	50.447	50.275
OSPEDALE	3.445.524	2.869.544	3.230.912
PRIVATI	204.132	171.173	203.544
<b>Totale complessivo</b>	<b>3.736.838</b>	<b>3.091.164</b>	<b>3.484.731</b>

Nella tabella 3 sono rappresentati i volumi di prestazioni ambulatoriali “traccianti” erogati per classe di priorità e anno, che mostrano un aumento delle priorità B e D e una riduzione delle priorità P. Questo andamento può essere in parte spiegato dalla minore offerta di prestazioni non prioritarie nelle fasi di picco pandemico, ma è anche legato all’aumento della richiesta di prestazioni con priorità B non appropriata.

*Tabella 3. Volumi e percentuali di prestazioni ambulatoriali erogati per classe di priorità*

Priorità	2019	2020	2021	2019	2020	2021
B	48.062	50.054	53.187	17,4%	22,4%	22,5%
D	43.228	37.692	42.917	15,6%	16,9%	18,1%
P	164.328	119.907	124.511	59,5%	53,6%	52,6%
U	7.285	6.288	6.658	2,6%	2,8%	2,8%
nessuna	13.444	9.593	9.250	4,9%	4,3%	3,9%
<b>Totale complessivo</b>	<b>276.347</b>	<b>223.534</b>	<b>236.523</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Nella tabella 4 sono riportati i volumi erogati nell’ultimo triennio per ciascuna prestazione ambulatoriale monitorata in regione Friuli Venezia Giulia.

Si rileva un calo importante delle prime visite oculistiche e dermatologiche rispetto al 2019, dovuto prevalentemente alla carenza di specialisti e in parte al mantenimento a livello distrettuale delle misure precauzionali per il contenimento del contagio, concordate con gli specialisti ambulatoriali convenzionati nel 2020, che prevedono un maggior distanziamento tra un appuntamento e il successivo, con conseguente riduzione dell’offerta.

Per quanto riguarda le altre prime visite e la diagnostica strumentale si registra nel 2021 una riduzione complessiva del 10% rispetto al 2019. Fanno eccezione le prestazioni di TAC e RM che invece registrano un aumento dei volumi erogati nell’ultimo anno rispetto al 2019.

Tabella 4. Volumi di prestazioni ambulatoriali traccianti erogati da strutture ASFO inclusi privati accreditati

Prestazione	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
1-Prima Visita cardiologica	11.798	9.607	10.397
2-Prima Visita chirurgia vascolare	1.396	941	1.204
3-Prima Visita endocrinologica	3.726	3.288	3.593
4-Prima Visita neurologica	4.797	3.683	4.896
5-Prima Visita oculistica	14.623	9.162	7.707
6-Prima Visita ortopedica	11.509	9.855	11.265
7-Prima Visita ginecologica	7.466	6.301	7.520
8-Prima Visita otorinolaringoiatrica	13.300	9.996	10.620
9-Prima Visita urologica	6.127	4.947	5.258
10-Prima Visita dermatologica	14.567	9.382	7.607
11-Prima Visita fisiatrica	8.519	7.406	7.526
12-Prima Visita gastroenterologica	1.308	1.254	1.449
14-Prima Visita pneumologica	3.021	2.324	2.199
15-Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	11.026	9.216	9.798
16-Mammografia monolaterale	1.018	951	1.025
17-TC del Torace	2.188	2.274	2.241
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	3.934	3.926	4.111
19-TC dell'addome superiore	50	35	42
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	385	344	250
21-TC dell'Addome inferiore	27	28	20
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	49	49	48
23-TC dell'addome completo	523	604	666
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	4.595	4.662	4.978
25-TC Cranio – encefalo	2.087	1.870	2.063
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	941	913	897
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	148	142	153
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	85	88	98
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	349	336	373
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	5	2	8
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	5	7	10
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	9	15	24
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	74	85	98
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	1.269	1.166	1.527
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	1.666	1.658	2.131
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	206	179	286
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	588	604	806
38-RM della colonna in toto	5.199	4.761	5.147
39-RM della colonna in toto senza e con MDC	450	542	697
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	8.393	7.074	6.764
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	9.896	11.192	12.056
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	8.588	6.344	6.608
43-Ecografia dell'addome superiore	6.684	4.961	4.327
44-Ecografia dell'addome inferiore	1.935	1.469	1.405
45-Ecografia dell'addome completo	14.148	12.135	12.020
46-Ecografia bilaterale della mammella	10.816	8.927	9.547
47-Ecografia monolaterale della mammella	785	616	734
48-Ecografia ostetrica	4.083	3.376	3.271
49-Ecografia ginecologica	588	537	644
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	5.759	3.875	4.238
51-Colonscopia totale con endoscopia flessibile	2.389	2.031	2.345
52-Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	1.112	980	1.126
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	249	203	233
54-Esofagogastroduodenoscopia	585	504	474
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	953	2.759	3.400
56-Elettrocardiogramma	25.590	16.933	18.972
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	4.985	4.191	4.814
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	2.809	2.053	2.246
60-Esame audiometrico tonale	7.222	5.052	5.380
61-Spirometria semplice	1.139	807	1.171
62-Spirometria globale	1.216	1.108	1.382

63-Fotografia del fundus	112	97	66
64-ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	8.181	8.091	8.525
70-INIEZIONE INTRAVITREALE	3.753	1.944	2.350
71-Visita algologica	2.351	1.952	1.959
72-Intervento cristallino con e senza vitrectomia	2.993	1.720	1.728

## 2.3 Prestazioni con maggiori criticità

Nel 2021 alcune criticità già presenti si sono acuite a causa dei ridimensionamenti dell'attività legati all'emergenza pandemica e delle serie difficoltà di reperire nuovi specialisti a fronte di un numero crescente di medici in uscita per quiescenza o dimissioni.

Si sono confermate alcune difficoltà "storiche" di garanzia del rispetto dei tempi di attesa relative a specifiche branche specialistiche, in particolare oculistica, endocrinologia, dermatologia, pneumologia, dovute alla difficoltà di reperire in modo rapido e continuativo specialisti, problema di carattere sovra-aziendale (regionale o addirittura nazionale), per il quale saranno utili strategie programmatiche a livello di formazione di specialisti di branca (numero di posti in specializzazione) e interventi sull'appropriatezza delle prescrizioni.

## 2.4 Provvedimenti correttivi adottati nel biennio 2020-2021 dall'Azienda

ASFO ha messo in campo i seguenti provvedimenti.

- Mappatura degli organici delle Strutture aziendali e confronto delle dotazioni reali attuali con standard regionali adattati ai piani di lavoro. A seguito di questa operazione sono stati attivati e sono in fase di predisposizione bandi per l'acquisizione a tempo determinato e/o indeterminato di specialisti per i reparti carenti; queste selezioni seguono priorità temporali legate all'entità della carenza, tenendo conto anche delle difficoltà di dare risposte in tempi utili agli utenti esterni per le prestazioni.
- Attivazione, in casi selezionati, laddove risulta più frequente la mancata presentazione degli utenti prenotati, dell'overbooking, ossia l'inserimento nell'agenda di un maggior numero di prenotazioni rispetto al piano di lavoro dell'ambulatorio.
- Attuazione di misure straordinarie per far fronte al ritardo delle liste di attesa causato dall'emergenza COVID-19:
  - le prestazioni sospese in fase del primo lock-down 2020 e nelle successive fasi di riaccutizzazione pandemica, sono state trasferite in contenitori fittizi e successivamente i reparti hanno provveduto a ricollocare queste prestazioni in sospenso, seguendo l'ordine di priorità già assegnato dal prescrittore.
  - per compensare l'aumento dei timing per singola prestazione, si è cercato dove possibile di aumentare l'orario di apertura degli ambulatori o di creare percorsi per un utilizzo meglio coordinato e meno dispendioso in ordine alle tempistiche delle prestazioni.
- Attivazione di iniziative di telemedicina e televisita (soprattutto per colloqui e controlli semplici), utilizzando inizialmente contatti telefonici e in seguito in videochiamata con la piattaforma Lifesize, acquisita all'uopo.
- Applicazione di strumenti di incentivazione. In generale, gli unici strumenti di incentivazione attivati nel 2020 sono stati quelli relativi ai fondi stanziati per far fronte all'emergenza COVID. I fondi derivanti dalla quota parte assegnata alla nostra Azienda dalla Regione per effetto dal Decreto "Cura Italia" sono stati utilizzati in parte per prestazioni di ricovero presso il privato accreditato e in parte per le prestazioni ambulatoriali; sono stati predisposti e sottoscritti appositi addendum ai contratti in essere, prevedendo l'assegnazione di un budget extra, calcolato ripartendo i fondi disponibili in proporzione alle quote di attività già garantite. Così facendo le strutture del privato accreditato e contrattualizzato hanno sia incrementato l'offerta corrente che prestazioni aggiuntive per il recupero di quelle in sospenso, sostenendo il recupero dei tempi di attesa.
  - Utilizzo del finanziamento statale per il recupero delle liste di attesa ex d.l. n. 104/2020 e d.l. 73/2021: si è provveduto ad attivare su base volontaria prestazioni aggiuntive sia in ambito ambulatoriale che per interventi chirurgici, in coerenza con le indicazioni regionali. Nel 2020 il ritardo nell'assegnazione dei

fondi ha comportato uno scarso utilizzo degli stessi a causa della difficoltà di organizzare in brevissimo tempo (nel mese di dicembre) spazi, risorse strumentali e umane, in un periodo di riacutizzazione della pandemia. Nel mese di luglio 2021 con la DGR 1036 sono stati riassegnati alle aziende i fondi non utilizzati nel 2020, ma è risultato oggettivamente difficile trovare professionisti disponibili a effettuare prestazioni aggiuntive, anche a seguito del riacutizzarsi della pandemia a partire da novembre che ha impegnato sul fronte COVID molti operatori, pertanto l'utilizzo dei fondi assegnati è stato molto scarso. L'utilizzo di suddetti fondi con le strutture private accreditate nel 2021 non è stato possibile in quanto, al momento della redazione del piano aziendale di recupero e del successivo invio dello stesso all'ARCS e alla DCS, non erano ancora stati siglati gli accordi contrattuali, condizione necessaria per poter accedere alla quota di finanziamento statale per integrare gli acquisti da privati per le finalità del piano di recupero delle liste d'attesa.

## 6. REVISIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA

### 3.1 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUANTITATIVI DELL'OFFERTA

Le azioni che l'ASFO intende mettere in campo per il 2022 per rivedere il sistema dell'offerta si articolano in vari livelli e riguardano l'acquisizione di prestazioni da risorse interne, la collaborazione col Privato Accreditato e tutte le misure di ristrutturazione dell'offerta.

#### 3.1.1 Revisione delle agende di prenotazione

Le agende di prenotazione sono oggetto di costante rimodulazione, con l'obiettivo di adeguarle alla domanda con riferimento alla tipologia e alla priorità delle prestazioni.

#### 3.1.2 Piano Assunzioni finalizzato

L'ASFO ha definito le acquisizioni di personale medico per l'anno 2022 per le strutture carenti. L'assunzione delle figure mediche previste è subordinata alla reale fattibilità dei processi di selezione in relazione alla crescente difficoltà registrata a tutti i livelli (regionale e nazionale) nel reperire personale medico specialistico.

#### 3.1.3 Risorse aggiuntive

Nel rispetto dei regolamenti sull'orario di lavoro, sarà organizzata una offerta incrementale di attività ambulatoriale attraverso il ricorso alle risorse aggiuntive.

L'impegno complessivo previsto per il 2022 per l'attività aggiuntiva di specialistica ambulatoriale sarà definito nel corso dell'anno, dipendendo dalla necessità di garantire, ricorrendo a tali risorse, funzioni più critiche (es. guardie).

#### 3.1.4 Ore di Specialistica Convenzionata

Le ore attive settimanali di specialistica convenzionata al 31 dicembre 2021, suddivise per branca, sono rappresentate nella seguente tabella:

*Ore al 31 dicembre 2021 per branca specialistica*

Branca specialistica	N. ore settimanali
Dermatologia	59,5
Medicina dello sport	38
Neurologia	20
Oculistica	124,5
Odontostomatologia	141,5
Ostetricia /Ginecologia	98,5
Pediatria	31

### 3.1.5 Privato accreditato

I contratti di fornitura di prestazioni di specialistica ambulatoriale posti in essere dall'ASFO con le strutture private accreditate ed i relativi budget sono in fase di definizione.

Negli accordi annuali sottoscritti con le strutture private accreditate, l'ASFO identificherà le prestazioni, per tipologia e numero, che le strutture dovranno garantire per un importo pari al 70 % del budget attribuito.

## 3.2 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUALITATIVI DELL'OFFERTA

### 3.2.1 Composizione dell'offerta

Come previsto dalla normativa nazionale e regionale le agende di prenotazioni vanno differenziate per tipologia di accesso e per classi di priorità.

Per primo accesso si intende:

- il primo contatto dell'utente con il SSR per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore
- nel caso di paziente affetto da malattie croniche, la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Sulla ricetta delle prestazioni di primo accesso deve essere indicata la classe di priorità che individua il tempo massimo di attesa:

- priorità U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
- priorità B (Breve) da eseguire entro 10 gg
- priorità D (Differibile) da eseguire entro 30 gg per le visite o 60 gg per gli accertamenti diagnostici
- priorità P (Programmata) da eseguire entro 120 gg.

Il tempo di attesa decorre dal momento in cui l'utente accede al sistema di prenotazione.

Per altro accesso o accesso successivo (ritorno) si intende:

- visite di controllo e visite/prestazioni di follow up, in cui un problema di salute, già noto, viene rivalutato a distanza, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita, per valutare a distanza l'eventuale insorgenza di complicanze e per verificare la stabilizzazione della patologia o la sua progressione
- prestazioni prescritte nell'ambito della presa in carico.
- 

Le agende di prenotazione sono, pertanto, state strutturate così da prevedere un'offerta, differenziata per disciplina e tipologia di prestazione, composta come di seguito esplicitato:

- Prestazioni/visite di primo accesso, suddivise per priorità B, D, P
- Visite per riacutizzazione, differenziate per priorità B, D, P ossia visite di controllo offerte come prime visite, in caso di prescrizione in paziente con esenzione per patologia cronica.
- Prestazioni/visite di controllo:
  - o controlli per i pazienti presi in carico, visibili alle strutture eroganti, affinché possano realizzarsi i percorsi di prescrizione e prenotazione interna da parte degli specialisti
  - o controlli a prenotazione CUP per prescrizioni che non derivino dagli specialisti, ma dal mondo dei prescrittori esterni.

### 3.2.2 Gestione delle Agende

La centralizzazione della gestione informatica delle agende di prenotazione delle prestazioni erogate dall'ASFO e dal Privato Accreditato (con l'eccezione della Casa di Cura S. Giorgio di Pordenone) in un'unica Struttura (SC Gestione Offerta Prestazioni Sanitarie-GEOPS) consente di presidiare la gestione dell'offerta prevedendo:

- il rispetto delle regole di gestione dell'offerta (separazione di primi accessi e controlli, classi di priorità, overbooking, sistema di recupero dell'offerta)
- la garanzia di una soglia minima di offerta settimanale da garantire con continuità, con apertura annuale
- la semplificazione dei criteri di accesso.

GEOPS svolge un'attività costante di monitoraggio delle agende di prenotazione e di individuazione di quelle che presentano problemi di accesso, al fine di trovare soluzioni per la standardizzazione ed il miglioramento continuo dell'offerta.

L'accesso alla prenotazione delle prestazioni presenti sul sistema CUP erogate dall'ASFO e dal Privato Accreditato viene garantito ai cittadini attraverso una molteplicità di canali:

- sportelli aziendali di prenotazione della Regione
- farmacie
- Call Center regionale (0434-223522)
- on-line
- strutture operative.

### 3.2.3 Modalità organizzative di garanzia del rispetto dei tempi di attesa

L'ASFO opera un controllo dell'offerta delle prestazioni monitorate a livello regionale, attraverso la simulazione della prenotazione.

Inoltre, il sistema CUP aziendale fornisce un costante feedback sulle situazioni di potenziale criticità.

Nel caso in cui emergano carenze nell'offerta:

1. l'ASFO si rivolge alla propria compagine produttiva, per richiederne un incremento dapprima attraverso gli erogatori pubblici con
  - la riconversione di disponibilità
  - la riorganizzazione delle attività svolte in regime istituzionale
  - il reclutamento di professionisti
  - l'acquisto di prestazioni con le Risorse aggiuntive – finanziamento LR 7/2009 o in regione di libera professione aziendale
2. successivamente l'ASFO valuta la possibilità di concordare rimodulazioni dell'offerta delle strutture private accreditate del territorio aziendale.

Nel caso in cui si evidenzino criticità nel rispetto dei tempi di attesa, l'ASFO svolge dei controlli sull'equilibrio dell'offerta tra agende ALPI e attività SSN, per verificare se vi sono i presupposti per un'eventuale sospensione dell'attività libero-professionale a favore dell'attività istituzionale.

### 3.2.4 Sospensione dell'erogazione

L'ASFO effettua un monitoraggio continuo degli eventi di sospensione non programmati e, nel caso in cui la sospensione determini l'impossibilità di erogare la prestazione in tutto il territorio aziendale, provvede a darne comunicazione alla Regione.

Nel caso di sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale causata da forza maggiore, le strutture eroganti adottano misure organizzative volte al recupero di eventuali sedute annullate, minimizzando i disagi per l'utenza, anche ricorrendo al coinvolgimento del privato accreditato. In nessun caso può essere interrotta l'attività di prenotazione.

### 3.2.5 Sistema CUP

L'ASFO ha applicato le indicazioni contenute nel PRGLA per quanto riguarda la predisposizione delle agende di prenotazione e la gestione del processo di prenotazione. Sul sistema CUP è disponibile tutta la offerta di specialistica ambulatoriale sia pubblica che privata accreditata, nonché l'attività libero professionale dell'ASFO.

### 3.2.6 Presa in carico dell'assistito da parte dello specialista

La DGR 1815 del 25 ottobre 2019 "Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019/2021" ribadisce che le visite/prestazioni di controllo e di follow up e le prestazioni inserite in percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), se non diversamente richiesto dall'utente, devono essere prescritte e prenotate dall'erogatore (professionista o struttura) contestualmente alla visita effettuata.

In ASFO, tutti gli specialisti hanno la possibilità di gestire direttamente le visite di controllo ed eventuali indagini diagnostiche. L'applicazione puntuale di questa modalità evita ai pazienti di recarsi dal MMG/PLS per la trascrizione degli esami ritenuti necessari e di ricorrere al CUP per la prenotazione, avendo accesso alle prestazioni attraverso un meccanismo di presa in carico diretta. Stante l'aumento della casistica con patologia cronica e l'implementazione della presa in carico, sarà necessario rivedere costantemente il fabbisogno delle prestazioni di controllo e a prenotazione diretta e una riconfigurazione dell'offerta che consenta la separazione dei primi accessi dai controlli. In questo contesto si inseriscono anche i progetti avviati, a livello regionale e aziendale, di integrazione tra i professionisti delle Aziende per la costruzione delle reti di patologia e la definizione di Percorsi diagnostico terapeutici utili al miglioramento della capacità di presa in carico dei pazienti fragili o con patologie croniche e alla garanzia della continuità ospedale-territorio. La ricetta dematerializzata per la specialistica è attiva sia per i MMG che per gli specialisti aziendali, ospedalieri e territoriali.

## 4. AZIONI DI GOVERNO DELLA DOMANDA

I sistemi di prescrizione e di prenotazione sono stati adeguati per poter gestire l'introduzione obbligatoria della tipologia di accesso (primo accesso e altro accesso) e delle classi di priorità. Tuttavia le tipologie di accesso e le classi di priorità non sono ancora applicate del tutto correttamente dai medici prescrittori.

E' necessario un percorso formativo rivolto ai Medici Specialisti finalizzato a far comprendere la necessità della prescrizione degli approfondimenti e delle visite di controllo successive al primo accesso. Sarà, inoltre, necessario perfezionare i percorsi di prenotazione interna da parte delle strutture eroganti.

Vanno, infine, potenziate azioni di governo della domanda, con l'applicazione di protocolli di priorità clinica e revisioni organizzative, soprattutto in ragione dell'eccessiva richiesta di prestazioni B non appropriate.

### 4.1 Appropriately prescriptive

Nell'ambito del programma aziendale per il contenimento dei tempi di attesa, è stato elaborato il documento "Criteri di priorità per la richiesta di visite e prestazioni specialistiche", in collaborazione con i rappresentanti dei Medici di Medicina Generale e degli specialisti delle specifiche branche e con il coordinamento dell'Ordine dei Medici chirurghi e odontoiatri della provincia di Pordenone.

Il documento, recepito dall'ASFO con Decreto n. 71 del 24/01/2018 "Individuazione dei criteri clinici per l'accesso a visite e prestazioni ambulatoriali, è stato presentato e discusso ai Medici prescrittori in occasione di incontri formativi dedicati svoltisi nel corso del 2018 e diffuso, in formato cartaceo ed elettronico, a tutti i medici prescrittori dell'ASFO.

In data 27/2/2019, sono stati diffusi a livello aziendale i criteri di priorità per le visite algologiche, redatti dal gruppo di lavoro regionale per l'individuazione di livelli uniformi di erogazione e di accesso alle cure palliative e ai trattamenti algologici.

L'Azienda intende definire nel 2022 un programma aziendale di promozione dell'appropriatezza prescrittiva, che preveda attività di formazione sui criteri di appropriatezza prescrittiva, un sistema di monitoraggio e verifica su alcune prestazioni critiche e incontri di audit con i professionisti ospedalieri e territoriali.

## 5. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

### 5.1 Mancata presentazione/disdetta del cittadino

La mancata presentazione o la disdetta intempestiva di una prestazione prenotata causano un danno rilevante alla collettività e in particolare a quegli utenti che sono in attesa di una prestazione sanitaria. Allo scopo di ridurre le mancate presentazioni agli appuntamenti, sono attivati strumenti atti a ricordare all'utente l'appuntamento prenotato (promemoria di prenotazione cartaceo, SMS, chiamata telefonica, email, altro). L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 3 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15).

### 5.2 Mancato ritiro

Il mancato ritiro del referto da parte dell'utente entro i trenta giorni, decorrenti dalla data comunicata per il ritiro, comporta il pagamento, a titolo di sanzione, pari all'intero costo della prestazione eseguita (L. 412/1991 art 4 c. 18).

### 5.3 Validità della priorità di accesso della ricetta

L'utente s'impegna ad accedere al sistema di prenotazione entro:

- priorità **U** -urgente non oltre le 72 ore dalla data di emissione della ricetta;
- priorità **B** -breve non oltre i 4 giorni dalla data di emissione;
- priorità **D** -differita non oltre i 30 giorni dalla data di emissione;
- priorità **P** -programmata non oltre i 120 giorni dalla data di emissione.

Qualora l'utente si presenti oltre i termini suindicati, l'operatore non procede alla prenotazione e indirizza l'utente al medico prescrittore per una rivalutazione.

Le prescrizioni con tipo accesso Altro non hanno scadenza.

Le prescrizioni con priorità U non sono generalmente disponibili tramite prenotabilità CUP e sono gestite tramite accesso diretto agli ambulatori, nel rispetto della tempistica richiesta dal prescrittore.

## 6. GARANZIA E TUTELA DEL RISPETTO DEI TEMPI DI ATTESA

Nel caso di prestazioni di primo accesso con priorità (B, D o P) ogni azienda è tenuta ad assicurare tramite le proprie strutture, o altre pubbliche o private accreditate, il rispetto dei tempi previsti.

Si è in una condizione di diritto di garanzia:

- quando l'utente accetta una disponibilità proposta entro i tempi massimi d'attesa all'interno dell'offerta della propria Azienda (ovvero Azienda "hub" per le prestazioni erogate dai presidi di 2° livello);
- in tutti i casi di assenza di offerta nei tempi massimi di attesa previsti (indipendentemente dalla scelta dell'utente).

Nel caso in cui la prestazione di primo accesso e in classe di priorità non sia garantita nei tempi massimi previsti le procedure aziendali devono prevedere modalità dettagliate di "Percorsi di Tutela" idonei a soddisfare e garantire l'erogazione della prestazione nei tempi stabiliti mediante: - ricerca di ulteriori spazi



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

Nel corso del 2022 ASFO aggiornerà la procedura adottata nel 2019, che prevedendo la possibilità di attivare percorsi alternativi di accesso alle prestazioni tramite attività aggiuntiva, privato accreditato e in casi particolari, previa autorizzazione, tramite libera professione presso strutture pubbliche o private accreditate. Tali percorsi alternativi sono finalizzati esclusivamente a garantire l'erogazione della prestazione nei tempi prefissati e non prevedono pertanto la libera scelta dell'erogatore (professionista/struttura) da parte dell'utente.

## **7. RAPPORTI CON I CITTADINI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE**

Le strategie di comunicazione prevedono l'utilizzo di canali già strutturati e consolidati, rappresentati dall'Ufficio Stampa e dalla rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), e canali di più recente istituzione, che sfruttano le potenzialità delle tecnologie digitali.

Si prevede la realizzazione di interventi di informazione e comunicazione sia proattivi, di informazione, che reattivi, per la presa in carico e la gestione delle problematiche segnalate dai cittadini.

Tra i principali strumenti di informazione per i cittadini, si segnala il sito web aziendale, dove è presente il collegamento al sito regionale dei tempi d'attesa. Il sito dispone di una sezione che offre informazioni relative alle diverse fasi dell'accesso a una prestazione specialistica (es. cosa serve per prenotare, come e dove si prenota, come fare per disdire, modalità di pagamento, modalità di ritiro dei referti). Sul sito sono presenti anche informazioni sul tema della sanzione per la mancata/ritardata disdetta degli appuntamenti e del mancato ritiro dei referti. Le informazioni sulle modalità di accesso alle prestazioni continueranno ad essere veicolate anche tramite materiale cartaceo, diffuso nelle sedi aziendali, negli ambulatori di MMG/PLS, nelle farmacie e in altri eventuali luoghi ad elevata affluenza di pubblico.

Anche le associazioni di volontariato costituiscono un aspetto fondamentale del rapporto coi cittadini e saranno coinvolte nella condivisione di modalità e strumenti da utilizzare per una comunicazione più efficace. I cittadini che necessitano di specifiche informazioni o incontrano difficoltà nell'accesso alle prestazioni possono rivolgersi agli URP. Le modalità di presentazione della segnalazione sono diverse, per venire incontro alle diverse necessità (di persona, via telefono, via e-mail, tramite form on line, ecc.)

Il personale dell'URP prende in carico il cittadino, cercando di fornire la risposta più adeguata al suo bisogno, in maniera diretta in taluni casi e in raccordo con la SC Gestione Prestazioni Sanitarie, per i casi più complessi. Tale raccordo sarà ulteriormente rafforzato.

Tramite l'Ufficio Stampa, l'ASFO promuoverà attivamente, con articoli, comunicati e conferenze stampa, l'attenzione al tema dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche. La comunicazione sui media sarà gestita sia in chiave proattiva, con la diffusione delle informazioni al nascere di nuove esigenze, sia in chiave reattiva, con tempestiva presa in carico (o rettifica, se del caso) dei casi di singoli cittadini riportati dai giornali.

## PARTE B. RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMATI CHIRURGICI

### 1. ANALISI DEL CONTESTO

Sul territorio dell'ASFO le strutture deputate ai percorsi chirurgici programmati sono il Presidio Ospedaliero di Pordenone e il Presidio Ospedaliero di S. Vito - Spilimbergo e la Struttura privata accreditata Casa di Cura S. Giorgio di Pordenone.

Sul territorio dell'ASFO insiste, inoltre, l'IRCCS CRO di Aviano, struttura dedicata alla diagnosi e al trattamento anche chirurgico della patologia oncologica, con il quale l'ASFO ha definito negli ultimi anni accordi che hanno visto il trasferimento/la integrazione di alcune importanti funzioni (Oncologia medica, Cardiologia, Medicina di Laboratorio, Medicina TrASFusionale e Medicina Nucleare), discussi in tavoli che sono ancora attivi e che hanno fra i temi oggetto di discussione anche la erogazione di prestazioni di chirurgia oncologica.

L'attività chirurgica presso le Strutture dei Presidi Ospedalieri di ASFO è stata più volte sospesa o rimodulata nel corso del biennio 2020-2021 a causa dell'emergenza COVID-19, garantendo l'effettuazione degli interventi urgenti e di quelli non procrastinabili, in particolare per le patologie oncologiche.

#### 1.1 Tempi di attesa

Il rispetto dei tempi d'attesa in ambito chirurgico viene valutato in base ad alcuni interventi traccianti, definiti dal PNGLA e dalla DGR 1815/2019.

I tempi massimi di attesa per le prestazioni in regime di ricovero sono riportati nella tabella seguente.

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
<b>A</b>	Ricovero entro <b>30 giorni</b> per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
<b>B</b>	Ricovero entro <b>60 giorni</b> 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.
<b>C</b>	Ricovero entro <b>180 giorni</b> 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.
<b>D</b>	Ricovero <u>senza attesa massima definita</u> per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro <b>12 mesi</b> .

Nella tabella 1 sono riportate le percentuali di rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia programmata, monitorati retrospettivamente su SDO dal 2019 al 2021.

L'analisi dei dati per priorità evidenzia una discreta tenuta dei tempi di attesa per gli interventi in classe A, per la maggior parte degli interventi monitorati, che sono stati garantiti nonostante l'emergenza pandemica. Le classi di priorità C e D hanno risentito in misura maggiore della riduzione dell'attività e di conseguenza i tempi di attesa si sono allungati in misura più rilevante.

Va segnalato che molti interventi prioritari sono stati registrati come ricoveri urgenti e pertanto sono esclusi dalla rilevazione che considera solo gli interventi programmati.

Tabella 1. Rispetto dei Tempi di attesa. Anni 2019-2020-2021

Intervento	% nei tempi											
	A			B			C			D		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Angioplastica Coronarica (PTCA)	94	93	98	97	87	95	100	-	100	92	100	100
Artroscopia	89	79	71	89	73	78	99	91	93	91	94	70
Biopsia percutanea del Fegato	100	100	100	100	100	-	-	-	-	100	-	-
Colecistectomia laparoscopica	65	60	73	56	48	35	94	69	39	100	100	33
Coronarografia	95	93	96	95	88	97	96	-	100	94	100	100
Emorroidectomia	94	67	67	65	40	15	67	26	22	88	50	0
Endoarteriectomia carotidea	48	24	35	58	34	4	100	50	50	-	-	-
Interventi chirurgici per Melanoma	82	85	67	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	53	95	83	0	50	42	0	50	33	-	-	-
Interventi chirurgici tumore del Polmone	66	68	48	-	-	100	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	81	87	88	50	100	67	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	78	80	84	50	100	67	-	-	-	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	51	80	73	89	-	100	100	-	0	-	-	-
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	22	59	13	65	54	71	100	79	82	100	100	67
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	85	90	65	71	100	40	-	-	100	-	-	-
Intervento protesi anca	75	67	50	60	48	61	90	69	83	92	100	80
Protesi ginocchio	39	56	70	81	55	74	93	77	89	95	100	75
Riparazione ernia inguinale	65	50	72	59	59	53	68	51	61	88	38	12
TURP	40	0	50	58	87	75	76	78	73	89	70	69

## 2.2 Volumi erogati

Nel 2020 e nel 2021 a causa dell'emergenza pandemica, le sedute operatorie sono state notevolmente ridimensionate. Sono stati garantiti i ricoveri urgenti e gli interventi considerati prioritari (principalmente cardiovascolari e oncologici), ma è stato necessario ridurre gli interventi programmati per patologie considerate a minore rischio per la salute dei pazienti, come gli interventi ortopedici (protesi e interventi in artroscopia), la chirurgia minore (ernie, emorroidectomie, colecistectomie) e gli interventi per iperplasia prostatica benigna.

I dati SDO riportati nella tabella 2 mostrano l'importante calo dei ricoveri programmati con DRG chirurgico che si è verificato nel 2020, più rilevante nelle strutture ospedaliere pubbliche aziendali rispetto al privato accreditato.

A causa del perdurare della pandemia e della riduzione del personale in servizio, nel 2021 si è registrata una ulteriore riduzione dei ricoveri programmati con DRG chirurgico nei presidi aziendali. In particolare la riduzione ha interessato il PO di San Vito-Spilimbergo e in percentuale minore il PO di Pordenone.

Il privato accreditato nel 2021 ha invece incrementato il volume di interventi rispetto al 2019.

Tabella 2. Volumi di ricoveri programmati chirurgici. Anni 2019-2020-2021

Stabilimento	2019	2020	2021
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN - SEDE PORDENONE	6.734	4.511	4.184
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE S.VITO	2.671	1.982	1.470
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO - SEDE SPILIMBERGO	1.718	968	828
CASA DI CURA SAN GIORGIO	2.359	2.069	2.634
<b>Totale ASFO</b>	<b>13.482</b>	<b>9.530</b>	<b>9.116</b>

Per quanto riguarda gli interventi programmati monitorati dal Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) nel 2020 si è avuta complessivamente una riduzione del 24% rispetto al 2019, con una parziale

ripresa nel 2021. I volumi per ciascun intervento monitorato nel triennio 2019-2021 sono riportati nella tabella 3.

*Tabella 3. Volumi di interventi monitorati dal PNGLA. Anni 2019-2020-2021*

<b>Intervento</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Angioplastica Coronarica (PTCA)	235	175	151
Artroscopia	866	597	730
Biopsia percutanea del Fegato	24	8	10
Colecistectomia laparoscopica	257	196	191
Coronarografia	678	518	517
Emorroidectomia	173	109	88
Endoarteriectomia carotidea	79	60	67
Interventi chirurgici per Melanoma	23	39	21
Interventi chirurgici per tumore maligno della Tiroide	35	33	44
Interventi chirurgici tumore del Polmone	32	31	26
Interventi chirurgici tumore maligno Colon	62	55	61
Interventi chirurgici tumore maligno dell'Utero	47	45	50
Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	244	182	180
Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	88	101	107
Intervento chirurgico tumore maligno del Retto	40	22	27
Intervento protesi anca	368	276	404
Protesi ginocchio	374	331	384
Riparazione ernia inguinale	632	459	420
TURP	162	112	118
<b>Totale complessivo</b>	<b>4.419</b>	<b>3.349</b>	<b>3.596</b>

## 2. LINEE DI INTERVENTO

### 2.1 Sinergie con le Strutture Private Accreditate

Come anticipato nella premessa l'unica struttura privata accreditata della provincia di Pordenone che eroga prestazioni chirurgiche è la Casa di Cura S. Giorgio.

La fornitura di prestazioni chirurgiche da parte della Casa di Cura S. Giorgio si basa su accordi che prevedono la riduzione dell'impegno dell'erogatore privato in ambito oncologico e un maggior impegno della struttura nella erogazione di interventi ortopedici e di chirurgia e urologia non oncologica.

### 2.2 Definire modalità di accesso anche mediante l'offerta di sedi alternative

Le modalità di accesso alle prestazioni chirurgiche programmate sono definite dalla procedura aziendale "Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in regime di ricovero". L'accesso avviene, presso tutte le strutture, tramite valutazione clinica, con conferma dell'indicazione dell'intervento e conseguente inserimento in lista di attesa. Al Paziente viene consegnata una Dichiarazione di inserimento in lista, che contiene le generalità del paziente (indirizzo, telefono, fax), la diagnosi, il tipo di intervento chirurgico proposto, il codice di priorità secondo i criteri previsti dalla Struttura e la data di prenotazione.

L'inserimento in lista tiene conto della specializzazione del PO di Pordenone, ove è concentrata la chirurgia oncologica, e il paziente con chirurgia minore viene indirizzato in particolare alle sedi di Spilimbergo, per le prestazioni in week/day surgery e di Sacile, per la chirurgia ambulatoriale.

Si permette, comunque, una residua attività di chirurgia minore a Pordenone, per riscontrare l'utenza con problemi di mobilità o sociali.

Nel complesso il sistema della redistribuzione dell'attività è ancora in corso di definizione, in particolare per quanto riguarda la individuazione delle attività da trasferire alla sede di S. Vito, che potrebbe farsi carico della gestione di una importante quota di attività anche a media complessità.

Per l'anno 2022 l'ASFO intende aggiornare la Procedura aziendale "Liste di attesa, programmazione e registri degli interventi chirurgici in regime di ricovero" per l'inserimento in lista d'attesa degli interventi chirurgici programmati e la gestione delle liste stesse.

### **2.3 Ampliare il monitoraggio rispetto alle prestazioni introdotte**

L'applicativo ADT per la gestione delle Liste di Attesa dei ricoveri programmati è a regime e, di conseguenza, tutte le strutture dell'ASFO alimentano il flusso per la valutazione dei tempi di attesa di tutti i ricoveri programmati e non solo di quelli nei quali è prevista l'esecuzione di uno degli interventi oggetto di monitoraggio.

Gli obiettivi sul rispetto dei tempi di attesa sono declinati nel budget di tutte le Strutture Chirurgiche dell'ASFO, al fine di responsabilizzare i professionisti coinvolti.

### **2.4 Implementare criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica**

In ASFO sono stati diffusi tutti i documenti di indirizzo emanati dalla Regione in tema di appropriatezza clinica ed organizzativa (PDTA). Sono, inoltre, monitorati i DRG "ad alto rischio di non appropriatezza" per gli interventi eseguiti in regime di ricovero ordinario e in Day hospital, eseguiti da tutte le strutture erogatrici, prevedendo incontri con i professionisti clinici, finalizzati a individuare eventuali azioni di miglioramento.

## PARTE C. PIANO OPERATIVO AZIENDALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

La legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), al suo articolo 1, comma 276, proroga fino al 31 dicembre 2022 la vigenza delle disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021, n. 73, e definisce gli importi assegnati agli enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2022.

La DGR 106/2022 stabilisce l'importo assegnato ad ASFO pari a € 2.403.534,00, di cui fino a € 1.853.573 destinabili all'acquisto di prestazioni da privato accreditato con accordo contrattuale in vigore per l'anno 2022.

L'integrazione degli acquisti di prestazioni dalle strutture private accreditate è consentita in deroga all'art. 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei limiti del valore massimo autorizzato per ASFO.

Con la DGR 365/2022 l'importo assegnato dalla DGR 106/2022 viene integrato con l'accantonamento 2021, derivante dal mancato utilizzo del finanziamento attribuito agli enti dalla DGR 1891/2021 (tabella 1). Questo finanziamento residuo, pari a € 148.642,55 per ASFO, non può essere utilizzato per l'acquisto di prestazioni da privati accreditati nel rispetto di quanto stabilito da tale delibera.

*Tabella 1. Previsioni complessive di spesa*

	importo finanziamento ex l. 234 per il 2022	di cui destinabili anche ad acquisti da privati accreditati	accantonamenti 2021	utilizzabile 2021 privati accreditati	Totale utilizzabile 2022	di cui privati accreditati
<b>Spesa prevista</b>	2.403.534,00	1.853.572,77	148.642,55	0	2.552.176,55	1.853.572,77

### 1 PRESTAZIONI SANITARIE EROGABILI NELL'ANNO 2022 IN APPLICAZIONE DELLA DGR 365/2022

#### 1.1 Prestazioni di ricovero ospedaliero

Sono individuate come prestazioni sanitarie di ricovero ospedaliero erogabili per il recupero delle liste di attesa:

- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per il trattamento di patologie oncologiche;
- ogni tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero per intervento chirurgico in elezione prevista in classe di priorità A, B e C del vigente Piano Nazionale del governo delle liste di attesa, con un valore di contenimento dei tempi di attesa inferiore al 90%:

#### 1.2 Prestazioni ambulatoriali

Sono individuate come prestazioni sanitarie ambulatoriali erogabili per il recupero delle liste di attesa:

- ogni tipologia di prestazione ambulatoriale per il trattamento, anche antalgico, di patologie oncologiche tra cui anche
  - la prestazione codice 86.4 - asportazione radicale di lesione della cute,
  - la prestazione codice 86.11- biopsia della cute e del tessuto sottocutaneo
  - la prestazione codice 89.7C.5. - prima visita ematologica

- le prestazioni di I livello nell'ambito dei programmi di screening oncologici attivati
- le prestazioni di II livello nell'ambito dei programmi di screening attivati
- ogni tipologia di prestazione ambulatoriale prevista dal vigente Piano Nazionale del governo delle liste di attesa (PNGLA) nelle classi di priorità B e D, con un tasso di rispetto dei tempi di attesa inferiore al 90%, incluse le prestazioni assimilabili o correlate
- gli interventi di chirurgia oculistica (tra cui: Intervento sul cristallino con e senza vitrectomia – cod. 13.41 –; Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche - cod. 14.79 -) in ogni classe di priorità, anche Programmata

## 2 STRUMENTI PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

ASFO per il recupero delle liste di attesa intende avvalersi dei diversi strumenti previsti dalle DGR 106/2022 e 365/2022, individuati nei seguenti:

- A. prestazioni aggiuntive, previste dall'articolo 115, comma 2, del C.C.N.L. triennio 2016-2018 del 19.12.2019 della dirigenza dell'area della sanità, per le quali è previsto l'aumento della tariffa oraria ad 80 euro lordi onnicomprensivi, con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- B. prestazioni aggiuntive, previste dall'art. 6, comma 1, lett. d), del CCNL triennio 2016-2018 del 21.5.2018, da parte del personale del comparto sanità, con un aumento della relativa tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, con riferimento alle prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri e alle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- C. reclutamento, per le sole prestazioni inerenti ai ricoveri ospedalieri, mediante il ricorso a rapporti di lavoro a tempo determinato o di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di personale della dirigenza dell'area della sanità e del comparto nonché impiego altresì delle figure professionali previste dagli articoli 2-bis e 2-ter del D.L.17.3.2020, n.18, convertito con L. 27.4.2020, n.27 (art.29, c.2 lett.c);
- D. integrazione degli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato con accordi contrattuali in corso, ai sensi dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto- legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, nei limiti del valore massimo autorizzato per ASFO.

## 3 PIANO AZIENDALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

Le difficili condizioni operative in cui operano alcuni reparti delle strutture aziendali non consentono di programmare un'importante attività di recupero con il coinvolgimento del personale della dirigenza e del comparto per l'erogazione di prestazioni aggiuntive.

Pertanto ASFO intende avvalersi dell'intero importo previsto dalla regione per l'integrazione degli acquisti da privato accreditato per prestazioni di ricovero ospedaliero di specialistica ambulatoriale.

Considerato il possibile verificarsi nel corso dell'anno di diverse eventualità che potrebbero modificare il fabbisogno richiesto da un lato e la possibilità di garantire l'offerta da parte delle strutture pubbliche e private accreditate dall'altro, in base al continuo monitoraggio del bilancio tra domanda e offerta delle diverse prestazioni sanitarie, ASFO potrà valutare l'opportunità di rimodulare quanto inizialmente previsto, al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse assegnate per ridurre le liste di attesa.

Nelle tabelle seguenti sono descritte le modalità in cui ASFO prevede utilizzare le risorse statali rese disponibili per il recupero delle liste di attesa nell'anno 2022, salvo eventuali rimodulazioni che dovessero rendersi necessarie in corso d'anno, anche in considerazione delle disposizioni regionali che verranno adottate in materia, come già preannunciato dalla Direzione Centrale Salute.

In particolare sono indicate le previsioni per il recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, le modalità organizzative e il relativo impegno economico con l'impiego di risorse aggiuntive e con l'integrazione degli acquisti da privato accreditato.

*Tabella 2. Programmazione utilizzo finanziamento annuale*

<b>prestazioni di ricovero con prestazioni aggiuntive</b>	<b>prestazioni di ricovero acquistate da Privati Accreditati</b>	<b>prestazioni ambulatoriali con prestazioni aggiuntive</b>	<b>prestazioni ambulatoriali acquistate da Privati Accreditati</b>	<b>SCREENING I livello con prestazioni aggiuntive</b>	<b>totale complessivo</b>
€ 350.000	€ 300.000	€ 295.084	€ 1.553.573	€ 53.520	€ 2.552.177

*Tabella 3. Programmazione volumi attività annuale*

<b>prestazioni di ricovero con prestazioni aggiuntive</b>	<b>prestazioni di ricovero acquistate da Privati Accreditati</b>	<b>prestazioni ambulatoriali con prestazioni aggiuntive</b>	<b>prestazioni ambulatoriali acquistate da Privati Accreditati</b>	<b>SCREENING I livello con prestazioni aggiuntive</b>	<b>totale complessivo</b>
350	100	5.000	20.400	4.000	29.850

### **3.1 Piano di recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero**

Nella tabella 4 sono riportate le previsioni di utilizzo delle risorse statali per il recupero delle liste di attesa degli interventi chirurgici in regime di ricovero ospedaliero.

Si prevede di attuare circa 100 sedute operatorie da 7 ore ciascuna o dei prolungamenti di circa 3 ore ciascuno.

Presso il presidio ospedaliero di Pordenone saranno erogati prioritariamente gli interventi a maggiore complessità e priorità come quelli oncologici e di chirurgia vascolare, ma anche interventi in classe di priorità A-B-C a minore complessità con lunghe liste di attesa. Presso il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento- Spilimbergo saranno eseguiti interventi ortopedici e di chirurgia a minore complessità con lunghe liste di attesa.



Tabella 4. Previsioni per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero

Tipologia di prestazione di ricovero ospedaliero	ASFO		PRIVATI		TOTALE	
	N. prestazioni	Importo	N. prestazioni	Importo	N. prestazioni	Importo
Ricoveri per interventi oncologici						
Altri interventi in priorità A, B, C, tra cui:						
- Protesi anca						
- Endoarteriectomia carotidea						
- Riparazione ernia inguinale						
- Colectomia laparoscopica						
- Emorroidectomia						
	350	350.000,00	100	300.000,00	450	650.000

Tabella 5. Previsioni per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Tipologia di prestazione di ambulatoriali	ASFO		PRIVATI		TOTALE	
	N. prestazioni	Importo	N. prestazioni	Importo	N. prestazioni	Importo
Prestazioni per il trattamento di patologie oncologiche						
Screening 2° livello						
Altre prestazioni previste dal Piano regionale di recupero liste attese in priorità B e D	5000	295.084,00	20.400	1.553.573,00	20.900	1.848.657
Interventi ambulatoriali di chirurgia oculistica, in particolare Intervento sul cristallino						
Screening 1 livello	4000	53.520,00	-	-	4.000	53.520,00
<b>TOTALE AMBULATORIALE</b>	<b>350</b>	<b>348.604,00</b>	<b>20.400</b>	<b>1.553.573,00</b>	<b>24.900</b>	<b>1.902.176,55</b>

La previsione di utilizzo delle risorse per il ricorso alle prestazioni aggiuntive è stimata pari a 698.604,00 Euro, due terzi dei quali si prevede saranno destinati alla dirigenza medica e un terzo al comparto.

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: RICCARDO MARIO PAOLI  
CODICE FISCALE: PLARCR66T09A271S  
DATA FIRMA: 07/04/2022 16:57:01  
IMPRONTA: 3F43D482FD72F77A6C9DCFAAFEC869A633026B16CC590F83DE3D24D37A435AF3  
33026B16CC590F83DE3D24D37A435AF3FA2FBBC1D4F5BF88AB3C9F0AF89A8359  
FA2FBBC1D4F5BF88AB3C9F0AF89A8359775CFB8764AD1F5266A06C6993EA1B6B  
775CFB8764AD1F5266A06C6993EA1B6BF1EBE5FD270867FD9BD69898AE052109

NOME: MICHELE CHITTARO  
CODICE FISCALE: CHTMHL71R31L483A  
DATA FIRMA: 07/04/2022 16:58:57  
IMPRONTA: 92DDF6168A00E0655A23A89FDE988E4FAA9B8E38A28649424D052326EA60DB9B  
AA9B8E38A28649424D052326EA60DB9BFFDCAE941272749760B0159D09D59A8B  
FFDCAE941272749760B0159D09D59A8BAD3F77C488A6A15DCBA891F16846379D  
AD3F77C488A6A15DCBA891F16846379DAE1F060DDDEFF5C7647BD0F1B63F027A

NOME: CARLO FRANCESCUTTI  
CODICE FISCALE: FRNCRL60H19B940W  
DATA FIRMA: 07/04/2022 17:00:50  
IMPRONTA: 57D1DE37A41429A618E138979B487EDC1C46E2721D81EA8B454EB5A33E3DD7F1  
1C46E2721D81EA8B454EB5A33E3DD7F12BFF69444CDB8200042D8859EB7756CE  
2BFF69444CDB8200042D8859EB7756CED16721582BE3F511A0B97A62E06EEDA3  
D16721582BE3F511A0B97A62E06EEDA3E5C37857099D44C754843D461BF1E1AC

NOME: JOSEPH POLIMENI  
CODICE FISCALE: PLMJPH69D21Z404X  
DATA FIRMA: 07/04/2022 17:03:35  
IMPRONTA: A2934205353D1840704E1A6D3BA3338C6D52FBCC78906668877E327E634D752B  
6D52FBCC78906668877E327E634D752B5BD2CFF493A328D61DC98129A84315A4  
5BD2CFF493A328D61DC98129A84315A4A248A524C7B568975D1060F30E5634AA  
A248A524C7B568975D1060F30E5634AA44DEC0D782920D8A43B5C6D888EBABBA