

**PROGRAMMA ATTUATIVO LOCALE
PER IL CONTENIMENTO DEI TEMPI DI ATTESA
ANNO 2021**

INDICE

PREMESSA	3
PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	4
1. RIFERIMENTI NORMATIVI	4
1.1 Nazionali	4
1.2 REGIONALI	4
2. RESPONSABILITÀ	4
2.1 Livello Regionale	4
2.2 Livello aziendale	5
3. ANALISI DEL CONTESTO	5
3.1 Tempi di attesa	5
3.2 Volumi erogati	7
3.3 Prestazioni con maggiori criticità	7
3.3.1 Criticità “storiche”	7
3.3.2 Emergenza COVID-19:	7
3.3.3 Provvedimenti correttivi adottati nel 2020 dall’Azienda	8
4. REVISIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA	9
4.1 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUANTITATIVI DELL’OFFERTA	9
4.1.1 Revisione delle agende di prenotazione	9
4.1.2 Piano Assunzioni finalizzato	9
4.1.3 Risorse aggiuntive	9
4.1.4 Ore di Specialistica Convenzionata	9
4.1.5 Privato accreditato	10
4.2 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUALITATIVI DELL’OFFERTA	10
4.2.1 Composizione dell’offerta	10
4.2.2 Gestione delle Agende	10
4.2.3 Ambiti di garanzia	11
4.2.4 Modalità organizzative di garanzia del rispetto dei tempi di attesa	11
4.2.5 Sospensione dell’erogazione	12
4.2.6 Sistema CUP	12
4.2.7 Presa in carico dell’assistito da parte dello specialista	12
4.2.8 Day Service	12
5. AZIONI DI GOVERNO DELLA DOMANDA	13
5.1 Appropriatezza prescrittiva	13
5.2 Verifica dell’appropriatezza prescrittiva	14
6. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA	14

6.1	Tempi massimi di attesa	14
6.2	Monitoraggio dei tempi di attesa	14
7.	RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE	16
7.1	Mancata presentazione/disdetta del cittadino	16
7.2	Mancato ritiro	16
7.3	Validità della priorità di accesso	16
8.	RAPPORTI CON I CITTADINI E STRUMENTI DI COMUNICAZIONE	16
9.	FORMAZIONE	17
9.1	Informazione e formazione rivolti ai professionisti	17
PARTE B. RICOVERI OSPEDALIERI PROGRAMMATI CHIRURGICI		18
1.	ANALISI DEL CONTESTO	18
1.1	Stato attuale delle performance monitorate	18
1.2	Monitoraggio dei tempi di attesa	22
1.3	Tempi massimi di attesa	22
2.	LINEE DI INTERVENTO	23
2.1	Definire modalità di accesso anche mediante l'offerta di sedi alternative	23
2.2	Sinergie con le Strutture Private Accreditate	23
2.3	Ampliare il monitoraggio rispetto alle prestazioni introdotte	23
2.4	Implementare criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica	23
2.5	Implementare percorsi preoperatori e gestione perioperatoria unificando punti d'accesso	23
2.6	Definire le attività di programmazione delle sale operatorie sulla base della consistenza / criticità della lista d'attesa	24
2.7	Definire modalità per l'impiego ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su 6 giorni	25
2.8	Regolamentare i rinvii di interventi già programmati	25
2.9	Monitorare la coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale, liste di attesa e svolgimento dell'ALP intra moenia	25
2.10	Definire il piano delle comunicazioni e le modalità della sua implementazione	25

PREMESSA

L'erogazione delle prestazioni 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)" per il contenimento dei tempi di attesa, partendo dall'attenta analisi di diversi indicatori e dati elaborati a livello aziendale o regionale, recepisce le indicazioni contenute nel PRGLA e declina le azioni che l'ASFO intende attuare nel corso del 2021, in continuità con le disposizioni precedenti, per assicurare le tempistiche richieste dai prescrittori, nel rispetto dei criteri di appropriatezza e la qualità delle prestazioni erogate e di una attenta gestione delle risorse umane e tecnologiche a disposizione, per garantire una costante azione di monitoraggio delle attività e dei risultati e per promuovere l'informazione dell'utenza, nell'ottica di una sempre maggiore trasparenza.

Passaggi istituzionali

Il Programma attuativo aziendale è stato condiviso con il Collegio di Direzione Aziendale, al fine di dare la più ampia rilevanza e diffusione dello stato dell'arte e delle azioni di miglioramento in esso contenute.

PARTE A. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

1. RIFERIMENTI NORMATIVI

1.1 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.

1.2 REGIONALI

- **DGR 1992 del 22 novembre 2021** “Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario Regionale - Anno 2021”. 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.

2. RESPONSABILITÀ

2.1 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.

2.2 Livello aziendale

Con nota del 7 maggio 2019, il Direttore Sanitario dell’Azienda ha approvato la proposta di organizzazione della **SC Gestione Prestazioni Sanitarie**, alla quale, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGR 1437/2015 “Principi e criteri per l’adozione dell’atto aziendale” e alle funzioni definite con l’atto aziendale di ASFO, sono affidati i seguenti compiti:

- **Gestione della domanda**, tramite il miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva, la stratificazione della domanda, il coordinamento del Comitato Provinciale
- **Gestione dell’offerta**, tramite la programmazione dell’erogazione delle prestazioni, in relazione ai bisogni della popolazione di riferimento e alla funzione di HUB, la gestione informatizzata e centralizzata delle agende di prenotazione delle prestazioni sanitarie, la gestione e coordinamento delle strutture incaricate della prenotazione, la gestione dell’Ufficio Verifiche
- **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, la garanzia della trasparenza
- **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.

3. ANALISI DEL CONTESTO

3.1 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.

Nel 2015 la Regione Friuli Venezia Giulia ha modificato il sistema di monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale utilizzato per il riconoscimento della quota incentivante attribuita ai direttori generali, introducendo la misurazione ex post dei tempi di attesa di tutte le prestazioni traccianti di primo accesso in priorità B e D erogate agli assistiti dell’ASFO.

Si riportano in tabella le percentuali di rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni traccianti in priorità B e D relative agli anni 2018, 2019 e 2020.

Tabella 1. Tempi attesa triennio per assistiti ASFO

Prestazioni	Priorità B			Priorità D		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
01-Prima Visita cardiologica	92%	81%	72%	69%	43%	37%
02-Prima Visita chirurgia vascolare	88%	70%	53%	85%	35%	46%
03-Prima Visita endocrinologica	32%	10%	21%	29%	8%	31%
04-Prima Visita neurologica	84%	71%	56%	82%	85%	55%
05-Prima Visita oculistica	79%	85%	58%	80%	50%	38%
06-Prima Visita ortopedica	67%	88%	65%	32%	35%	34%
07-Prima Visita ginecologica	99%	96%	85%	59%	54%	47%
08-Prima Visita otorinolaringoiatrica	97%	90%	85%	81%	76%	85%
09-Prima Visita urologica	98%	97%	54%	92%	71%	40%
10-Prima Visita dermatologica	99%	90%	82%	66%	50%	47%
11-Prima Visita fisiatrica	85%	58%	69%	70%	38%	52%
12-Prima Visita gastroenterologica	85%	87%	63%	73%	63%	62%
14-Prima Visita pneumologica	61%	19%	25%	47%	19%	19%
15-Mammografia bilaterale	95%	98%	96%	97%	98%	88%
16-Mammografia monolaterale		100%	79%		100%	67%
17-TC del Torace	*	55%	88%	*	59%	93%
18-TC del Torace con MCD senza e con MCD	66%	22%	56%	91%	50%	73%
19-TC dell'addome superiore	*	40%	73%	*	82%	100%
20-TC dell'addome superiore senza e con MDC	69%	27%	53%	92%	42%	80%
21-TC dell'Addome inferiore	*	71%	72%	*	56%	100%
22-TC dell'addome inferiore senza e con MDC	80%	23%	68%	100%	67%	83%
23-TC dell'addome completo	*	52%	89%	*	60%	93%
24-TC dell'addome completo senza e con MDC	66%	24%	56%	91%	49%	79%
25-TC Cranio – encefalo	*	58%	96%	*	64%	95%
26-TC Cranio – encefalo senza e con MDC	78%	19%	51%	95%	45%	71%
27-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	*	55%	91%	*	52%	100%
28-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	*	44%	91%	*	63%	94%
29-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	*	58%	93%	*	90%	99%
30-TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	91%	20%	75%	98%	100%	-
31-TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC		50%	40%		0%	50%
32-TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC		25%	73%		100%	33%
33-TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	100%	56%	96%	100%	44%	82%
34-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione	37%	29%	30%	51%	34%	61%
35-RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione senza e con MDC		69%	75%		52%	89%
36-RM di addome inferiore e scavo pelvico	73%	66%	51%	91%	89%	75%
37-RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC		49%	41%		75%	74%
38-RM della colonna in toto	79%	60%	44%	78%	63%	73%
39-RM della colonna in toto senza e con MDC		58%	64%		52%	82%
40-Diagnostica ecografica del capo e del collo	93%	93%	74%	98%	96%	87%
41-Eco (color) dopplergrafia cardiaca	61%	95%	49%	83%	67%	73%
42-Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	93%	94%	88%	97%	98%	96%
43-Ecografia dell'addome superiore	96%	97%	70%	98%	96%	82%
44-Ecografia dell'addome inferiore		96%	63%		96%	79%
45-Ecografia dell'addome completo		96%	70%		95%	81%
46-Ecografia bilaterale della mammella	83%	96%	80%	97%	98%	92%
47-Ecografia monolaterale della mammella		100%	69%		97%	77%
48-Ecografia ostetrica	56%	63%	0%	89%	100%	100%
49-Ecografia ginecologica		88%	77%		93%	79%
50-Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso	*	87%	62%	*	98%	95%
51-Colonscopia totale con endoscopio flessibile	58%	96%	47%	59%	76%	58%
53-Rettosigmoidoscopia con endoscopio	63%	91%	73%	71%	96%	91%

54-Esofagogastroduodenoscopia	76%	79%	64%	63%	69%	60%
55-Esofagogastroduodenoscopia con biopsia		92%	55%		28%	47%
56-Elettrocardiogramma	93%	34%	94%	98%	84%	91%
57-Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	23%	41%	65%	56%	51%	72%
59-Altri test cardiovascolari da sforzo	44%	-	-	82%	69%	-
58-Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o pedana mobile		50%	50%		76%	64%
60-Esami audiometrici tonali	90%	78%	84%	99%	98%	100%
61-Spirometria semplice	77%	72%	55%	79%	56%	42%
62-Spirometria globale		70%	66%		84%	71%
63-Fotografia del fundus	64%	50%	50%	80%	100%	60%
64-Elettromiografia	71%	93%	76%	85%	71%	66%
Totale complessivo	82%	75%	67%	80%	67%	67%

*: prestazione non inserita tra quelle traccianti nel 2018

In generale si osserva una situazione di tendenziale peggioramento nel rispetto dei tempi di attesa sia in priorità B che in priorità D, che nell'anno 2020 si è ulteriormente aggravata, soprattutto a causa dell'emergenza pandemica. 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 endocrinologica e pneumologica, che nonostante gli interventi attuati nel corso degli ultimi anni hanno visto un evidente peggioramento della performance.

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.

3.2 Volumi erogati

Nel triennio 2018-2020 a livello aziendale si è registrato un iniziale trend incrementale dell'offerta di visite e prestazioni di primo accesso, con un calo marcato nel 2020 legato alla sospensione di molte attività ambulatoriali nei periodi di maggior crisi dovuta alla pandemia.

Tabella 2. Volumi di prestazioni ambulatoriali erogati ad assistiti ASFO

2018	2019	2020
3.414.455	3.520.627	2.907.143

3.3 Prestazioni con maggiori criticità

3.3.1 Criticità "storiche"

Nel corso del 2020, si sono confermate alcune difficoltà di garanzia del rispetto dei tempi di attesa relativa ad alcune branche specialistiche, in particolare oculistica, endocrinologia, pneumologia legate alla difficoltà di reperire in modo rapido e continuativo specialisti di alcune branche, 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.

3.3.2 Emergenza COVID-19:

Nel corso del 2020 le criticità già presenti si sono acuite, a causa dei ripetuti ridimensionamenti dell'attività legati all'emergenza pandemica, e si sono ridotti complessivamente i volumi di attività ambulatoriali.

Infatti:

- ad eccezione di prestazioni urgenti e in priorità B-Breve, le attività ambulatoriali sono state stoppage dall'11 marzo al 3 maggio, andando a incrementare i tempi di attesa per chi avesse già un appuntamento;
- al momento della ripresa delle attività, comunque l'offerta è stata ridotta a causa dell'aumentato timing delle prestazioni necessario per il rispetto delle misure di sicurezza per gli utenti e gli operatori (riduzione posti in sale di attesa, tempi di sanificazione e gestione DPI, etc.); questo fenomeno è stato più marcato per le prestazioni garantite dagli specialisti con contratto SUMAI operanti presso i Distretti (in particolare oculisti, dermatologi, ginecologi, odontoiatri);

- in corrispondenza con la seconda ondata pandemica, dal 05.11.2020 è stata nuovamente sospesa l'attività garantita dai professionisti impegnati nei reparti per pazienti COVID positivi. Di conseguenza le prestazioni garantite dal Dipartimento Medico e dal Dipartimento Emergenza e Cure Intensive sono state contratte in modo drastico, riuscendo a garantire solo le prestazioni urgenti e parte delle priorità B-Breve. Le prestazioni che ne hanno risentito di più sono quelle di medicina interna, pneumologia, endocrinologia e nefrologia;
- in generale si sono avute riduzione di erogazione legate al diffondersi dell'infezione tra gli operatori;
- nonostante il buon rapporto generale con le strutture del privato accreditato e convenzionato con l'Azienda, il loro supporto è stato discontinuo a causa del diffondersi dell'epidemia anche presso i loro dipendenti.

3.3.3 Provvedimenti correttivi adottati nel 2020 dall'Azienda

Nel corso del 2020 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, dall'11 marzo al 3 maggio, sono state trasferite in un contenitore fittizio, al 31.12.2021, e dal 04.05.2020 i reparti hanno provveduto a ricollocare queste prestazioni in sospeso, seguendo l'ordine di priorità già assegnato dal prescrittore (priorità D e controlli e, solo dopo aver esaurito queste, le priorità P); è stata contestualmente data indicazione di procedere con l'erogazione in tempi utili anche delle prestazioni in priorità D già prenotate, mentre per le priorità P le strutture in maggior sofferenza e/o con maggior carico di lavoro hanno continuato ad alimentare il contenitore fittizio;
 - a far corso dal 30.06.2020 è stata data indicazione di non alimentare ulteriormente il contenitore fittizio, ma di programmare gradualmente anche tutte le prestazioni P non evase;
 - nonostante l'aumento dei timing per singola prestazione, la maggior parte delle segreterie e dei professionisti si è organizzata e sta contenendo i danni creati dalla nuova organizzazione, cercando di aumentare l'orario di apertura degli ambulatori o di creare percorsi innovativi 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; è in fase di implementazione, come in altre Aziende regionali, l'effettuazione in videochiamata di tali prestazioni 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 del 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, prevenendo 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 sospeso, sostenendo il recupero dei tempi di attesa. Dal momento che il fondo copriva l'incremento del 10% dell'ammontare delle sole prestazioni con importo inferiore ai 100€, molte prestazioni "critiche" e costose non sono state recuperabili con questa fonte di finanziamento.
- A seguito della deliberazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa ex d.l. n. 104/2020, pervenuto in via definitiva ad ASFO il 27.11.2020, si è provveduto ad attivare su base volontaria prestazioni aggiuntive sia in ambito ambulatoriale che per interventi chirurgici, con il termine inderogabile (come da indicazioni regionali) del 31.12.2020.

- Questo ritardo nell'assegnazione dei fondi ha comportato uno scarso utilizzo dei fondi messi a disposizione a causa della difficoltà di organizzare in brevissimo tempo spazi, risorse strumentali e umane: senza un congruo preavviso, in un periodo limitato (solo un mese, comprendente anche le feste natalizie) e con la maggior parte degli operatori (in particolare quelli delle prestazioni più critiche) impegnati sul versante COVID, è stato oggettivamente impossibile incrementare in modo significativo le prestazioni pur ben remunerate.

4. REVISIONE DEL SISTEMA DI OFFERTA

4.1 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUANTITATIVI DELL'OFFERTA

Le azioni che l'ASFO intende mettere in campo per il 2021 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.

4.1.1 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.

4.1.2 Piano Assunzioni finalizzato

L'ASFO ha definito acquisizioni di personale medico per l'anno 2021 al fine di garantire i tempi di attesa della parte specialistica ambulatoriale. 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.

4.1.3 Risorse aggiuntive

Nel rispetto dei regolamenti sull'orario di lavoro, sarà organizzata una offerta incrementale di attività ambulatoriale attraverso il ricorso alle Risorse aggiuntive nelle seguenti discipline:

L'impegno complessivo previsto per il 2021 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).

4.1.4 Ore di Specialistica Convenzionata

Le ore attive settimanali di specialistica convenzionata al 31 dicembre 2020, suddivise per branca, sono di seguito rappresentate:

Tabella. Ore al 31 dicembre 2020 per branca specialistica

Branca specialistica	N. ore settimanali
Dermatologia	59,5
Medicina dello sport	38
Neurologia	20
Oculistica	128,5
Odontostomatologia	165,5
Ostetricia /Ginecologia	98,5
Pediatria	11
Reumatologia	59,5

Si precisa che il monte ore 2020 degli specialisti ambulatoriali attualmente risulta eccedere rispetto al monte ore storico. Questo non consente di aumentare il contributo degli specialisti ambulatoriali per far fronte alla crescente domanda.

4.1.5 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 ridefinizione a livello regionale, dove sarà definito a breve il budget triennale (2021-2023) da assegnare ai privati accreditati sia in termini di prestazioni ambulatoriali che di ricoveri ospedalieri.

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.

4.2 REVISIONE DEGLI ASPETTI QUALITATIVI DELL'OFFERTA

4.2.1 Composizione dell'offerta

Una modifica introdotta in questi anni nel sistema regionale, e confermata dal PRGLA, riguarda l'introduzione della TIPOLOGIA DI ACCESSO e delle classi di priorità:

Primo accesso:

- 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.

Per prestazioni a pacchetto o a ciclo, la priorità è riferita all'inizio dell'erogazione.

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

Altro (accesso successivo):

- 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.

4.2.2 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.

4.2.3 Ambiti di garanzia

Gli ambiti territoriali di garanzia delle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale in priorità B, D e P sono definiti nella tabella seguente.

Questo assetto risente delle criticità di reperimento di personale specialistico, che hanno condizionato l'erogabilità di alcune prestazioni nelle sedi periferiche. Qualora nell'arco temporale della durata del PAA l'ASFO riuscisse a ripristinare alcune dotazioni organiche, gli ambiti di garanzia potranno essere rimodulati, nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità da parte del cittadino

La visita oncologica è garantita, anche presso le sedi aziendali di Pordenone, S. Vito e Spilimbergo, dall'IRCCS CRO di Aviano.

4.2.4 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, che restituisce il numero di prestazioni e gli ambiti territoriali di erogazione nei quali esse sono disponibili entro i tempi di attesa, ripetuta ogni settimana, per le prestazioni in priorità B e con cadenza mensile per le prestazioni in priorità D e P.

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.

Qualora si verifichi l'indisponibilità di posti entro lo standard, i punti di prenotazione attivano la "Procedura per la gestione del mancato rispetto dei tempi di attesa massimi garantiti", che si allega al presente documento (allegato n. 1).

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.

4.2.5 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.

4.2.6 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.

4.2.7 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 eviterà 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 stata attivata sia per i MMG che per gli specialisti aziendali, ospedalieri e territoriali.

Di seguito si rappresentano i volumi di prescrizione di prestazioni specialistiche da parte degli specialisti aziendali, ospedalieri e territoriali, che evidenziano un trend positivo di crescita nell'ultimo triennio, corrispondente ad una incrementale presa in carico del cittadino da parte degli specialisti nell'ambito di percorsi di cura.

4.2.8 Day Service

La DGR n. 600 del 31 marzo 2017 - Attivazione e regolamentazione del Day Service introduce un modello organizzativo utilizzato per la gestione della casistica complessa nel setting ambulatoriale e finalizzato al superamento della frammentarietà dell'erogazione delle prestazioni e alla garanzia di risposte in tempi appropriati.

In ASFO questa modalità di presa in carico è stata implementata, in particolare con l'obiettivo di sostituire i DH diagnostici, in ambito nefrologico e neurologico. Nel corso del 2021 questo modello sarà esteso ad ulteriori ambiti, in particolare quello gastroenterologico.

5. AZIONI DI GOVERNO DELLA DOMANDA

Come per il passato, anche nel corso del 2020 i sistemi di prescrizione e di prenotazione sono stati adeguati per poter gestire la introduzione obbligatoria della tipologia di accesso. In particolare:

Primo accesso è riferito a:

- prima visita o primo esame strumentale, nei casi in cui sia necessario un primo inquadramento diagnostico
- visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente.

Altro è riferito a:

- visita/prestazione di controllo, follow up
- prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale.

Sarà 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.

La procedura di prenotazione prevede una validità dell'impegnativa correlata alla priorità di accesso, che il PRGLA ha rimodulato nel modo seguente:

- le prescrizioni con classi di priorità U sono valide ai fini prenotativi fino al massimo di 72 ore dalla data di prescrizione, trascorse le quali le ricette non sono più prenotabili e non più erogabili
- le prescrizioni con classi di priorità B sono valide ai fini prenotativi fino al massimo di 4 giorni dalla data di prescrizione, trascorsi i quali le ricette non sono più prenotabili e non più erogabili
- le prescrizioni con classi di priorità D sono valide ai fini prenotativi fino al massimo di 30 giorni dalla data di prescrizione, trascorsi i quali le ricette non sono più prenotabili e non più erogabili
- le prescrizioni con classi di priorità P sono valide ai fini prenotativi fino al massimo di 120 giorni dalla data di prescrizione, trascorsi i quali le ricette non sono più prenotabili e non più erogabili.

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. Dal 2020 sono state attivate

5.1 Appropriata prescrizione

Nel 2018, 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.

Tale documento è, attualmente, in corso di revisione e sarà diffuso nel corso del 2021.

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.

Nel corso del 2021, sarà programmata la formazione per condividere le condizioni appropriate di prescrizione e i percorsi definiti, utilizzando strumenti quali:

- formazione in aula
- note specifiche
- coinvolgimento dell'Ordine dei Medici.

5.2 Verifica dell'appropriatezza prescrittiva

È prevista l'esecuzione di una verifica ex post sulle prescrizioni del rispetto delle regole e dei percorsi di appropriatezza prescrittiva, attraverso l'utilizzo della maschera denominata "Appropriatezza" dell'applicativo G2 clinico. La verifica riguarderà alcune prestazioni identificate fra quelle con i maggiori tempi di attesa, con rilevazione di:

- priorità utilizzata
- presenza del quesito diagnostico
- concordanza fra priorità e quesito diagnostico
- esito dell'esame, correlato con il quesito diagnostico.

I dati, aggregati per medico prescrittore, distretto, specialità, struttura ed altri attributi ricavabili dall'anagrafe prescrittori, saranno oggetto di audit presso distretti e strutture ospedaliere.

Altri elementi di verifica riguarderanno la prescrizione ripetuta di prime visite oggetto di monitoraggio entro breve tempo (6 mesi) e il profilo prescrittivo dei medici prescrittori.

6. MONITORAGGIO DEI TEMPI DI ATTESA

6.1 Tempi massimi di attesa

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

6.2 Monitoraggio dei tempi di attesa

L'elenco delle prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio ed erogate dall'ASFO sono le seguenti:

N.	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice branca	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680)
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	89.7A.3
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	89.7A.6
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	89.7A.8
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	89.7B.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	89.26
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	89.7B.8
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	89.7C.2
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	89.7A.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	89.7B.2
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	89.7A.9
13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	89.7B.6
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

N	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore FVG (DGR 1680)
Diagnostica per Immagini				
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1

19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome complete	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5	88.77.4
Altri esami Specialistici				
51	Colonscopia totale con endoscopia flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopia flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.16.1
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2

63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE	93.08.1	93.08.A	93.08.1
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE	93.08.1	93.08.B	93.08.1
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO	93.08.1	93.08.C	93.08.1
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO	93.08.1	93.08.D	93.08.1
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO	93.08.1	93.08.E	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE	93.08.1	93.08.F	93.08.F

7. RESPONSABILITÀ DELL'UTENTE

7.1 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, e-mail, altro). L'utente è tenuto ad arrivare in orario all'appuntamento prenotato. In caso di impossibilità a presentarsi ha l'obbligo di dare la disdetta della prenotazione almeno 3 giorni prima della data prevista. Qualora un utente non si presenti all'appuntamento ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata sarà tenuto, anche se in possesso di esenzione, al pagamento di una sanzione pari al ticket della prestazione, fatte salve documentate situazioni eccezionali. Di tale sanzione all'utente deve essere data opportuna informazione in occasione della prenotazione. (D. Lgs. 124/1998 art. 3 c.14-15).

7.2 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).

7.3 Validità della priorità di accesso

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

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

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

8. 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.

Sarà realizzato un modulo formativo dedicato agli operatori degli sportelli CUP e dell'URP, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione interna (rendere più capillare la diffusione delle informazioni) e di potenziare ulteriormente la comunicazione esterna (rafforzare la coerenza informativa, rendere più tempestive ed efficaci le informazioni ai cittadini, soprattutto nella gestione delle situazioni di criticità).

9. FORMAZIONE

9.1 Informazione e formazione rivolti ai professionisti

Per garantire il costante aggiornamento e supporto dei professionisti, l'ASFO programma le seguenti attività:

Sistema di prenotazione

- Incontri di coordinamento dei referenti degli sportelli aziendali di prenotazione e dei referenti del GEOPS per condividere, analizzare e gestire problematiche e percorsi attivati a livello aziendale
- Programmazione annuale di corsi per la ripresa formativa di aspetti specifici delle procedure di prenotazione e per la gestione della relazione e degli eventuali conflitti con l'utenza
- Programmazione di incontri con gli operatori delle farmacie del territorio
- Incontri coi rappresentanti delle associazioni delle Farmacie per la gestione di eventuali criticità e/o segnalazioni sull'andamento delle attività di prenotazione, per la condivisione delle modalità di soluzione e la pianificazione periodica di azioni di formazione
- Help desk di 1° livello assicurato dal GEOPS e del CUP aziendale dedicato a tutta la rete delle Farmacie
- Help desk di 2° livello da parte del GEOPS, per le problematiche di accesso di particolare complessità che si presentano agli sportelli, Call center e Farmacie
- Manutenzione delle informazioni relative all'accesso nelle avvertenze operatore del CUP, in modo da permettere la rapida consultazione sia delle disposizioni che della eventuale documentazione di supporto
- Rispetto a tutte le novità introdotte dal PNGLA (modalità di accesso ecc.), saranno effettuati incontri formativi con tutti gli operatori dei front office CUP, URP e con i MMG e PLS.

Prescrittori

Tutte le informazioni relative alle novità presenti nel piano, di tipo normativo e organizzativo, e alle variazioni inerenti le prescrizioni e all'accesso sono condivise con specialisti ospedalieri e territoriali, MMG, PLS, attraverso due modalità:

- Incontri formativi gestiti dalla SC Gestioni Prestazioni Sanitarie. Tali incontri sono occasioni formalizzate per approfondire tematiche di appropriatezza attraverso il confronto e la discussione fra specialisti
- Invio di comunicazioni scritte predisposte dalla SC Gestioni Prestazioni Sanitarie ed inviate a cascata ai Direttori di Dipartimento e alle Direzioni di Distretto, che poi si impegnano a diffondere ai singoli specialisti.

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 e 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 2020 a causa dell'emergenza COVID-19, garantendo l'effettuazione degli interventi urgenti e di quelli non procrastinabili, in particolare per le patologie oncologiche.

Nonostante queste gravi limitazioni, che hanno riguardato tutti i Presidi, si è cercato di garantire che l'attività chirurgica presso le strutture del Presidio Ospedaliero di Pordenone rispondesse il più possibile alle esigenze di:

- distribuire le attività con rispetto alle evidenze del "Piano nazionale esiti"
- differenziare gli ambiti di attività delle strutture chirurgiche dei Presidi dell'ASFO, così da concentrare la chirurgia a maggiore complessità presso il PO di Pordenone e redistribuendo la chirurgia minore sulle sedi di S. Vito e Spilimbergo
- separare i percorsi urgenza – programmato
- migliorare il percorso del paziente oncologico di possibile interesse chirurgico
- separare la chirurgia programmata con previsione di degenza superiore ai 5 giorni dalla Week e Day Surgery.

Presso il PO di Pordenone è stata concentrata la quasi totalità degli interventi di chirurgia oncologica, anche con integrazione di professionisti provenienti dal PO di S. Vito. Qui è operativa anche una unità di Degenza Breve (Week Surgery) per le discipline di Chirurgia Generale, Chirurgia vascolare, Gastroenterologia, Ginecologia e Urologia.

A Pordenone è stata separata l'attività chirurgica programmata da quella urgente, destinando all'urgenza 16 ore di sala operatoria nella fascia orario 8.00-20.00 (8.00-20.00 + 16.00-20).

1.1 Stato attuale delle performance monitorate

Il rispetto dei tempi d'attesa in ambito chirurgico viene valutato in base ad alcuni interventi traccianti, che sono stati rimodulati con DGR n.1815 del 25/10/2019, escludendo l'asportazione del tumore del rene, l'asportazione del tumore della vescica, la cataratta e la tonsillectomia e introducendo la valutazione separata dell'asportazione di tumore del colon e dell'asportazione del tumore del retto (fino ad allora conglobate in un'unica tracciante).

La percentuale di rispetto dei tempi d'attesa per la chirurgia programmata (tabella 1), monitorata retrospettivamente su SDO dal 2018 ad oggi, per gli interventi monitorati, è progressivamente peggiorata negli ospedali di rete, mentre è migliorata per il Presidio Hub di Pordenone.

Questi dati sono la conseguenza della riconversione della quale è stato oggetto il Presidio di Spilimbergo, al quale è stata attribuita una funzione principalmente orientata alla chirurgia minore, sottratta al presidio hub.

Anche se in misura minore, il fenomeno ha riguardato il PO di San Vito, dove gli interventi traccianti vengono eseguiti in misura minore rispetto all'hub di Pordenone.

Il drastico peggioramento dei dati negli ospedali di rete nel 2020 è legato al fatto che, a causa dell'emergenza pandemica, le sedute operatorie sono state notevolmente ridimensionate, con una chiusura prolungata dell'attività chirurgica a Spilimbergo e l'effettuazione dei soli interventi urgenti su San Vito per molti mesi.

L'analisi dei dati per priorità evidenzia un sostanziale miglioramento 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.

Tabella 1. Rispetto dei Tempi di attesa. Anni 2018-2019-2020

		Pordenone			San Vito al Tagliamento			Spilimbergo		
Intervento	Priorità	2020	2019	2018	2020	2019	2018	2020	2019	2018
Angioplastica coronarica	A	92,8%	93,6%	87,2%	-	-	-	-	-	-
	B	87,3%	96,7%	91,8%	-	-	-	-	-	-
	C	-	100,0%	100,0%	-	-	-	-	-	-
	D	100,0%	91,7%	100,0%	-	-	-	-	-	-
Artroprotesi d'anca	A	0,0%	100,0%	100,0%	66,7%	50,0%	100,0%	-	-	33,3%
	B	100,0%	12,5%	75,0%	23,1%	86,7%	95,7%	-	-	83,3%
	C	83,3%	92,0%	100,0%	72,7%	96,9%	95,6%	-	-	100,0%
	D	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	66,7%	87,5%	-	-	100,0%
Biopsia percutanea del fegato	A	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-	-	-	-
Colecistectomia laparoscopica	A	100,0%	100,0%	-	30,0%	42,9%	-	50,0%	66,7%	-
	B	77,8%	54,5%	-	58,3%	64,5%	-	16,2%	43,5%	-
	C	75,0%	95,2%	-	45,5%	91,7%	-	58,1%	96,4%	-
	D	100,0%	100,0%	-	-	-	-	100,0%	100,0%	-
Coronarografia	A	92,8%	95,0%	88,8%	100,0%	100,0%	-	-	-	-
	B	88,1%	94,9%	91,3%	-	-	-	-	-	-
	C	-	95,7%	100,0%	-	-	-	-	-	-
	D	100,0%	93,5%	100,0%	-	-	-	-	-	-
Emorroidectomia	A	-	100,0%	-	0,0%	100,0%	-	100,0%	90,0%	80,0%
	B	100,0%	50,0%	100,0%	33,3%	40,0%	100,0%	23,8%	68,2%	45,5%
	C	66,7%	100,0%	33,3%	33,3%	77,3%	90,6%	3,3%	46,9%	91,7%
	D	100,0%	66,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	90,0%	97,0%
Endoarteriectomia Carotidea	A	23,5%	48,7%	48,4%	-	-	-	-	-	-
	B	34,1%	58,3%	54,2%	-	-	-	-	-	-
	C	50,0%	100,0%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Melanoma	A	83,3%	76,5%	-	100,0%	100,0%	-	-	-	-
	B	-	-	-	-	-	-	-	0,0%	-
Intervento chirurgico Tumore Polmone	A	67,7%	64,5%	82,8%	-	-	-	-	-	-
	B	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Tumore Tiroide	A	94,7%	53,3%	-	100,0%	-	-	-	-	-
	B	50,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-	-
	C	50,0%	0,0%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico tumore Colon	A	85,7%	83,0%	-	80,0%	66,7%	-	-	-	-
	B	100,0%	33,3%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Tumore Mammella	A	79,8%	49,3%	71,7%	100,0%	100,0%	93,3%	-	-	-
	B	-	89,5%	92,9%	-	-	-	-	-	-
	C	-	100,0%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Tumore Prostata	A	0,0%	12,5%	22,2%	-	-	-	-	-	-
	B	14,3%	29,6%	44,0%	-	-	-	-	-	-
	C	55,6%	100,0%	100,0%	-	-	-	-	-	-
	D	100,0%	100,0%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Tumore Retto	A	88,2%	81,8%	-	100,0%	88,9%	-	-	-	-
	B	100,0%	60,0%	-	-	-	-	-	-	-
Intervento chirurgico Tumore Utero	A	81,0%	78,6%	71,4%	80,0%	100,0%	66,7%	-	-	-
	C	-	-	100,0%	-	-	-	-	-	-
Riparazione Ernia Inguinale	A	100,0%	100,0%	80,0%	37,5%	75,0%	66,7%	66,7%	40,0%	50,0%
	B	100,0%	50,0%	63,6%	64,0%	82,1%	86,2%	14,9%	35,1%	58,8%
	C	30,0%	34,4%	68,0%	50,9%	88,2%	97,3%	12,0%	43,7%	91,5%
	D	66,7%	75,9%	90,0%	-	-	-	21,9%	91,6%	98,5%
Totale Complessivo		81,6%	79,9%	74,5%	55,3%	85,5%	93,6%	21,7%	60,5%	82,3%

Nelle tabelle 2, 3 e 4 si riassume l'andamento dei volumi delle prestazioni traccianti, con evidenza della percentuale di rispetto dei tempi di attesa e dell'effetto su questi ultimi della ridistribuzione dell'attività chirurgica, fra ospedali hub e spoke.

Tabella 2. Rispetto tempi di attesa per interventi oggetto di monitoraggio – Presidio di Pordenone. Anni 2018-2020

Interventi - H Pordenone - 2018	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Angioplastica Coronarica	165	183	90,2
Artroprotesi Anca	37	38	97,4
Biopsia Percutanea Fegato	4	4	100,0
Coronarografia	443	486	91,2
Emorroidectomia	4	6	66,7
Endoarteriectomia Carotidea	41	79	51,9
Intervento chirurgico Tumore Colon-Retto	60	66	90,9
Intervento chirurgico Tumore Mammella	160	219	73,1
Intervento chirurgico Tumore Polmone	25	30	83,3
Intervento chirurgico Tumore Prostata	16	44	36,4
Intervento chirurgico Tumore Rene	24	48	50,0
Intervento chirurgico Tumore Utero	16	22	72,7
Intervento chirurgico Tumore Vescica	73	200	36,5
Riparazione Ernia Inguinale	46	61	75,4
Tonsillectomia	25	42	59,5
Totale Complessivo	1139	1528	74,5

Interventi - H Pordenone - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Angioplastica Coronarica	221	233	94,8
Artroprotesi Anca	34	43	79,1
Biopsia Percutanea Fegato	18	18	100,0
Colecistectomia Laparoscopica	38	49	77,6
Coronarografia	633	667	94,9
Emorroidectomia	10	12	83,3
Endoarteriectomia Carotidea	43	78	55,1
Intervento chirurgico Melanoma	13	17	76,5
Intervento chirurgico Tumore Polmone	20	31	64,5
Intervento chirurgico Tumore Tiroide	16	35	45,7
Intervento chirurgico Tumore Colon	40	50	80,0
Intervento chirurgico Tumore Mammella	124	235	52,8
Intervento chirurgico Tumore Prostata	15	41	36,6
Intervento chirurgico Tumore Retto	21	27	77,8
Intervento chirurgico Tumore Utero	22	28	78,6
Riparazione Ernia Inguinale	43	77	55,8
Totale Complessivo	1311	1641	79,9

Interventi - H Pordenone - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Angioplastica Coronarica	159	174	91,4
Artroprotesi Anca	18	22	81,8
Biopsia Percutanea Fegato	2	2	100,0
Colecistectomia Laparoscopica	18	21	85,7
Coronarografia	467	510	91,6
Emorroidectomia	5	6	83,3
Endoarteriectomia Carotidea	19	60	31,7
Intervento chirurgico Melanoma	30	36	83,3
Intervento chirurgico Tumore Polmone	21	31	67,7
Intervento chirurgico Tumore Tiroide	24	31	77,4
Intervento chirurgico Tumore Colon	37	43	86,0
Intervento chirurgico Tumore Mammella	142	178	79,8
Intervento chirurgico Tumore Prostata	11	52	21,2
Intervento chirurgico Tumore Retto	17	19	89,5
Intervento chirurgico Tumore Utero	17	21	81,0
Riparazione Ernia Inguinale	18	27	66,7
Totale Complessivo	1005	1233	81,5

Tabella 3. Rispetto tempi di attesa per interventi oggetto di monitoraggio – Presidio S. Vito. Anni 2018-2020

Interventi - H San Vito - 2018	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Artroprotesi Anca	122	128	95,3
Emorroidectomia	53	58	91,4
Intervento chirurgico Tumore Colon-Retto	20	23	87,0
Intervento chirurgico Tumore Mammella	28	30	93,3
Intervento chirurgico Tumore Utero	2	3	66,7
Riparazione Ernia Inguinale	133	141	94,3
Tonsillectomia	82	87	94,3
Totale Complessivo	440	470	93,6

Interventi - H San Vito - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Artroprotesi Anca	141	149	94,6
Biopsia Percutanea Fegato	7	7	100,0
Colecistectomia Laparoscopica	45	62	72,6
Coronarografia	1	1	100,0
Emorroidectomia	40	56	71,4
Intervento chirurgico Melanoma	5	5	100,0
Intervento chirurgico Tumore Colon	6	9	66,7
Intervento chirurgico Tumore Mammella	8	8	100,0
Intervento chirurgico Tumore Retto	8	9	88,9
Intervento chirurgico Tumore Utero	3	3	100,0
Riparazione Ernia Inguinale	102	119	85,7
Totale Complessivo	366	428	85,5

Interventi - H San Vito - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Artroprotesi Anca	30	50	60,0
Biopsia Percutanea Fegato	5	5	100,0
Colecistectomia Laparoscopica	22	45	48,9
Coronarografia	1	1	100,0
Emorroidectomia	13	38	34,2
Intervento chirurgico Melanoma	3	3	100,0
Intervento chirurgico Tumore Tiroide	2	2	100,0
Intervento chirurgico Tumore Colon	8	10	80,0
Intervento chirurgico Tumore Mammella	3	3	100,0
Intervento chirurgico Tumore Retto	1	1	100,0
Intervento chirurgico Tumore Utero	4	5	80,0
Riparazione Ernia Inguinale	48	90	53,3
Totale Complessivo	140	253	55,3

Tabella 4. Rispetto tempi d'attesa per interventi oggetto di monitoraggio – Presidio Spilimbergo. 2018-2020

Interventi - H Spilimbergo - 2018	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Artroprotesi Anca	33	38	86,8
Emorroidectomia	85	97	87,6
Riparazione Ernia Inguinale	231	289	79,9
Totale Complessivo	349	424	82,3

Interventi - H Spilimbergo - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Colecistectomia Laparoscopica	71	110	64,5
Emorroidectomia	66	94	70,2
Intervento chirurgico Melanoma	0	1	0,0
Riparazione Ernia Inguinale	145	261	55,6
Totale Complessivo	282	466	60,5

Interventi - H Spilimbergo - 2020	Totale T.A. Rispettati	Totale Dimessi	% T.A. Rispettati
Colecistectomia Laparoscopica	34	85	40,0
Emorroidectomia	7	55	12,7
Riparazione Ernia Inguinale	27	174	15,5
Totale Complessivo	68	314	21,7

1.2 Monitoraggio dei tempi di attesa

L'elenco delle prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio ed erogate dall'ASFO sono le seguenti:

N.	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno Colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno Retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno Utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per Melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno Tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale	53.0x- 53.1x	

1.3 Tempi massimi di attesa

Per tutti i ricoveri programmati è obbligatorio l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e del PNGLA 2010-2012 di cui alla tabella sotto riportata:

Tabella 5. Tempi massimi di attesa per prestazioni in regime di ricovero per Classi di priorità

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
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.
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.
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.
D	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 12 mesi .

2. LINEE DI INTERVENTO

2.1 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", che si allega al presente documento (allegato 2).

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.

Come accennato in premessa, 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.

2.2 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, soprattutto per il campo urologico, e un maggior impegno della struttura nella erogazione di prestazioni all'interno di progetti di recupero della mobilità passiva, in particolare per l'ortopedia.

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.

2.5 Implementare percorsi preoperatori e gestione perioperatoria unificando punti d'accesso

Negli ultimi anni a seguito dei provvedimenti in attuazione della DGR 272/2017 la attenzione alla corretta attribuzione della classe di priorità ha portato i clinici delle UU. OO. Chirurgiche ad una sostanziale omogeneità e coerenza interna ed a una sovrapponibilità alla distribuzione regionale.

È stato implementato il Percorso Aziendale del Paziente Chirurgico con il relativo work flow che definisce sia il percorso pre-operatorio che peri-operatorio, la procedura per la gestione delle Liste di Prenotazione dei Ricoveri Chirurgici programmati.

Nella procedura per la gestione delle LDA si era optato per la rinuncia alla prelista o lista di presa in carico del paziente, puntando sulla attivazione e gestione di day service per il perfezionamento diagnostico e di stadiazione chirurgica del paziente. Vista la permanenza in lista di pazienti poi sospesi per la necessità di ulteriori accertamenti si sta valutando la introduzione della prelista.

La cartella informatizzata anestesiological di pre-ricovero è consultabile da qualsiasi postazione aziendale.

2.6 Definire le attività di programmazione delle sale operatorie sulla base della consistenza / criticità della lista d'attesa

Si individuano due ambiti di azione: uno informatico e l'altro organizzativo

Per la parte informatica sono state individuate due necessità: l'acquisizione di un Sistema Informativo integrato delle Sale Operatorie, con funzionalità di monitoraggio ed elaborazione delle LDA e raccolta dati, in grado di gestire i flussi dei pazienti chirurgici migliorando le performance delle Sale operatorie.

La gestione del percorso del paziente chirurgico necessita anche di un approccio organizzativo fondato sul coinvolgimento e la condivisione. Pertanto è stata definita una ipotesi di organizzazione in corso di sperimentazione che prevede un livello strategico ed uno operativo.

Il livello strategico si sostanzia con l'istituzione e l'attivazione di un gruppo strategico di lavoro.

Il **Gruppo Strategico** è costituito da Direttore Sanitario, Responsabile della direzione assistenziale, Direttori dei Dipartimenti di Chirurgia Generale e Specialistica e quello di Materno infantile, Direttore del Dipartimento delle Terapie Intensive, Anestesiologia e Terapia del Dolore e Responsabile SSD Programmazione e gestione dei blocchi operatori Aziendali e Direttore SOC Gestione Prestazioni Sanitarie ed è deputato a calare nella realtà specifica dell'ASFO (Intensità di cura e complessità assistenziale, logistica, organizzazione, ...) le indicazioni Nazionali e Regionali, interagendo con Direzione Strategica Aziendale, Direzione di Presidio, Controllo di Gestione, Provveditorato, Servizio Tecnico.

In sintesi definisce la politica dei flussi chirurgici e della distribuzione delle attività specialistiche, la programmazione periodica di medio e lungo periodo dell'attività chirurgica elettiva

Il **Livello operativo** si articola in un **gruppo di programmazione** ed in un **Gruppo di Gestione Operativa**.

Gruppo di Programmazione

È istituita una *"Commissione per la programmazione dell'attività chirurgica"* composta da:

- Direttore SC Gestione prestazioni Sanitarie,
- Direttore SSD Blocchi operatori,
- Responsabile di Piattaforma cure operatorie e perioperatorie.

I Direttori dei Dipartimenti interessati fanno parte della Commissione con funzione di consulenti.

La Commissione ha il mandato di:

- definire la programmazione annuale dell'attività operatoria in linea con le indicazioni della Direzione Strategica,
- analizzare i dati dei monitoraggi periodici dell'attività operatoria,
- proporre all'attenzione del Gruppo Strategico regole e soluzioni per l'ottimizzazione della programmazione dei Blocchi Operatori,
- concordare con la Direzione Aziendale l'adozione di interventi di miglioramento ed eventuali modifiche sulle attribuzioni di sedute operatorie.

La Commissione si incontra di norma una volta a trimestre.

In sintesi: definisce l'assegnazione degli slot in modo trasparente sulla base della composizione della lista d'attesa e assicura il coordinamento tra l'accesso alle sale operatorie e l'accesso al posto letto operando in modo coordinato con il bed manager. Propone alla Direzione Aziendale le riduzioni estive dell'attività operatoria, propone modifiche al Regolamento dell'attività chirurgica dei Blocchi Operatori e la promozione dell'informatizzazione complessiva dei dati e dei processi di sala operatoria.

Gruppo di Gestione Operativa

Ha come principale funzione la **programmazione dell'attività chirurgica**.

È istituito per ciascun Blocco Operatorio (Pordenone, S. Vito e Spilimbergo) da un team così costituito:

- Direttore SOC di Anestesia e Rianimazione o Anestesista Referente per la programmazione dell'attività chirurgica di BO.

- Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori;

I Direttori di SC o loro delegati fanno parte del *team* con funzione di consulenti da coinvolgere in base alle specifiche necessità.

Il gruppo ha il mandato di:

- prendere visione e convalidare il programma operatorio settimanale e giornaliero proposto dalle singole Strutture, proponendo eventuali modifiche nel caso in cui il programma non risulti coerente su tempi e risorse,
- definire le modalità con le quali garantire l'accesso in regime di emergenza/urgenza, sulla base di priorità cliniche.

In sintesi: assicura il coordinamento, in accordo con le linee strategiche di indirizzo, dell'attività chirurgica del Blocco operatorio per quanto concerne gli aspetti operativi. Verifica la congruenza tra le attività svolte e la programmazione settimanale e giornaliera pianificata: alcuni di loro gestiscono le attività dei Blocchi Operatori e le eventuali variazioni dovute a spostamenti di sala, urgenze e riprogrammazione delle Unità Operative chirurgiche.

La programmazione è su base settimanale e giornaliera.

2.7 Definire modalità per l'impiego ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su 6 giorni

Da alcuni anni si provvede alla attivazione di attività di Sala Operatoria in prestazioni aggiuntive per il potenziamento dell'attività a contenimento dei TDA e per garantire il rispetto delle 48 ore per il trattamento delle fratture di femore. Si sta valutando la attivazione di un protocollo per la realizzazione di piani di smaltimento delle LDA con delle sedute dedicate il sabato mattina e con dei prolungamenti ad hoc delle sedute infrasettimanali.

2.8 Regolamentare i rinvii di interventi già programmati

- Nel caso in cui il rinvio ipotizzato sia effettivamente inevitabile, come nei casi in cui in sala si sono verificati imprevisti, la comunicazione al paziente deve essere fornita da uno dei chirurghi dell'UO in cui è ricoverato ed in tempo utile al fine di creare i minori disagi possibili allo stesso.
- Il paziente deve essere, altresì, informato della data nella quale si presume verrà sottoposto all'intervento rinviato oppure deve essere inserito prioritariamente nelle liste operatorie possibilmente il giorno dopo.
- Deve essere indicato nel diario clinico la sospensione, per motivazioni clinico-organizzative, e l'avvenuta informazione dello stesso con data, orario e firma del chirurgo dell'UO.

2.9 Monitorare la coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale, liste di attesa e svolgimento dell'ALP intra moenia

Dall'esame dell'attività SDO svolta nel 2018 emerge quanto l'attività Libero Professionale intra moenia non rappresenti una criticità nella nostra realtà, costituendo il totale di questi ricoveri solo lo 0,22% della casistica dei ricoveri (chirurgici e non).

2.10 Definire il piano delle comunicazioni e le modalità della sua implementazione

Al momento attuale all'atto dell'inserimento in liste d'attesa viene consegnato al paziente un documento riportante la classe di priorità assegnata e il limite temporale entro il quale l'intervento verrà effettuato.

Il pre-ricovero chirurgico rappresenta per il paziente il riferimento per eventuali informazioni durante il tempo d'attesa. Non sono stati ancora individuati sistemi informatici che possano permettere un monitoraggio diretto da parte del paziente circa la programmazione dell'intervento chirurgico.