



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: ausl\_fe  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000195  
DATA: 01/10/2019 12:00  
OGGETTO: Rettifica del proprio provvedimento n. 134 del 25/06/2019 ad oggetto: "Adozione del programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021".

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Vagnini Claudio in qualità di Direttore Generale  
Con il parere favorevole di Natalini Nicoletta - Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Carlini Stefano - Direttore Amministrativo

Su proposta di Sandro Bartalotta - DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [08-13]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- DIREZIONE GENERALE

### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000195_2019_delibera_firmata.pdf	Bartalotta Sandro; Carlini Stefano; Natalini Nicoletta; Vagnini Claudio	F26646FAB2DEA5F88AC12F064298A7723 AC1C4AC1F0BCF07607826F806361664
DELI0000195_2019_Allegato1.pdf:		3741DBDD07E78F4B10088745406A2ECD 706BAE1A918708BA40F06AE04ACA090E



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



## **DELIBERAZIONE**

OGGETTO: Rettifica del proprio provvedimento n. 134 del 25/06/2019 ad oggetto: “Adozione del programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”.

### **IL DIRETTORE GENERALE**

VISTA la proposta di adozione dell’atto deliberativo presentata dal Direttore del Dipartimento delle Cure primarie che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti formali, sostanziali e di legittimità del presente provvedimento di cui è di seguito trascritto integralmente il testo:

<<

Vista la delibera di Giunta Regionale n. 603 del 15/04/2019 con la quale è stato adottato il “Piano Regionale di governo delle liste di attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021”;

Richiamata integralmente la deliberazione del Direttore generale n. 134 del 25/06/2019 ad oggetto: “Adozione del programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per il triennio 2019-2021” con la quale:

- viene adottato il Programma Attuativo Aziendale della Provincia di Ferrara;
- viene individuato d’intesa con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara quale responsabile Unico dell’accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021 il Dott. Mirco Santini della Direzione Generale dell’AUSL di Ferrara a far data dal 25/6/2019;
- vengono nominati, d’intesa con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, i componenti del TEAM operativo sulle liste di attesa interaziendale come di seguito rappresentati:
  - Dott. Mirco Santini - Responsabile Unico dell’Accesso;
  - Dott.ssa Agostina Aimola – Dirigente Amministrativo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
  - Dott. Giuseppe Franchino – Dirigente medico della Direzione Medica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
  - Dott. Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.
  - Dott.ssa Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
  - Dott.ssa Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
  - Dott.ssa M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
  - Dott.ssa Valentina Semeraro - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
  - Sig.ra Paola Dianati – Responsabile agende dell’AUSL di Ferrara
  - Dott.ssa Federica Camurri – Responsabile dell’Accesso dell’AUSL di Ferrara



- Dott. Michele Greco - Direttore dei Servizi Amministrativi Distrettuali dell'AUSL di Ferrara
- Dott.ssa Simonetta Beccari - Responsabile ufficio Stampa dell'AUSL di Ferrara
- Dott.ssa Sara Castellari - Responsabile URP AUSL di Ferrara.

Dato atto dei rilievi espressi dalla Direzione generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, trasmessi con nota Prot. Aosp Fe n.15436 del 18.06.2019.

Ritenuto di dover correggere la definizione di "Responsabile unico dell'accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero" con quella di "Responsabile unico dell'accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale" in quanto quale "Responsabile Unico per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato" è stata individuata con Delibera AUSL n. 66 del 10/4/2017 e AOSP n. 70 del 10/4/2017 la Dott.ssa Maria Giorgetti della Direzione Medica dell'Azienda Ospedaliera S. Anna con referente per l'Azienda USL il dott. Franchino Giuseppe poi sostituito dal Dott. Mirco Santini con Delibera n. 221 del 4/12/2018.

Dato pertanto atto che la sopra citata deliberazione con cui è stato adottato il Programma Attuativo Aziendale della Provincia di Ferrara e con cui è stato individuato d'intesa con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara quale responsabile Unico dell'accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021 il Dott. Mirco Santini della Direzione Generale dell'AUSL di Ferrara deve essere rettificata individuando quest'ultimo quale "Responsabile unico dell'accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale" specificando ulteriormente i compiti secondo quanto stabilito dalla DGR 603/2019 e di seguito elencati:

- coordinamento dei componenti del Team operativo sulle liste di attesa interaziendale
- presidio, monitoraggio e verifica degli interventi adottati in tema di facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'ambito territoriale di riferimento
- gestione della definizione e modifica delle agende di specialistica ambulatoriale
- garanzia del mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard
- verifica l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa
- partecipa alla stesura del Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa
- propone alla Direzione Generale la sospensione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) nel caso in cui non vengano rispettate le condizioni di equilibrio tra l'ALPI e l'SSN e non vengano garantiti i tempi di attesa standard regionali in regime istituzionale rendendo visibile l'offerta anche in alpi in tutte le aziende dell'ambito territoriale (in collaborazione con il Responsabile/i dell'ALPI aziendale/i)
- collabora ai lavori in tema di specialistica ambulatoriale nella relativa Area Vasta
- collabora ai lavori del Gruppo tecnico regionale liste di attesa

Precisato inoltre che con la sopra richiamata delibera del Direttore generale n. 134/2019 è stato dato atto della composizione del Gruppo di lavoro per la costruzione e la proposta del "Programma Attuativo



Aziendale” riportando, per mero errore materiale, il nominativo del Direttore Generale dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara mentre invece risultava essere così composto:

- Dott. Sandro Guerra Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie
- Dott.ssa Agostina Aimola – Dirigente Amministrativo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Giuseppe Franchino – Dirigente medico della Direzione Medica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.
- Dott.ssa Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa Valentina Semeraro - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Sig.ra Paola Dianati – Responsabile agende dell’AUSL di Ferrara
- Dott.ssa Federica Camurri – Responsabile dell’Accesso dell’AUSL di Ferrara
- Dott. Michele Greco - Direttore dei Servizi Amministrativi Distrettuali dell’AUSL di Ferrara
- Dott.ssa Simonetta Beccari - Responsabile ufficio Stampa dell’AUSL di Ferrara
- Dott.ssa Sara Castellari - Responsabile URP AUSL di Ferrara.
- Dr.ssa Maria Lucia Giorgetti - RUA Provinciale per i Tempi di Attesa Chirurgici - Direzione Medica Azienda Ospedaliero-Universitaria
- Dott. Mirco Santini - RUA Provinciale per i Tempi di Attesa Chirurgici - Referente per l’Azienda USL di Ferrara - Dirigente Medico STAFF Direzione Sanitaria USL di Ferrara
- Dr.ssa Nicoletta Natalini - Direttrice Sanitaria - Azienda USL di Ferrara –
- Dott. Eugenio di Ruscio - Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Rilevata altresì la necessità di rettificare la composizione del “Team operativo sulle liste di attesa interaziendale” come in premessa rappresentato, ove risultano presenti alcuni errori materiali relativamente ai nominativi dei professionisti, individuato d’intesa con la locale Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara ai sensi della già citata DGR 603/2019, come segue:

- Dott. Sandro Guerra Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie
- Dott.ssa Agostina Aimola – Dirigente Amministrativo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Giuseppe Franchino – Dirigente medico della Direzione Medica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.
- Dott.ssa Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott. Michele Greco - Direttore dei Servizi Amministrativi Distrettuali dell’AUSL di Ferrara



- Dott. Silvano Nola – Direttore del Presidio Unico Ospedaliero dell’Azienda USL
- Dott. Stefano Liverani in rappresentanza del Privato Accreditato della provincia di Ferrara - Salus
- Dott.ssa Elisabetta Cinchini in rappresentanza del Privato Accreditato della provincia di Ferrara - Quisisana

Ravvisata la necessità di modificare i contenuti del “Programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa” approvato con Delibera n. 134 del 25/06/2019 integrando la tabella di utilizzo delle grandi apparecchiature di pag. 15 con la disponibilità offerta dal Privato Accreditato e di modificare la parte descrittiva del paragrafo inerente “Ruoli e Responsabilità” come segue:

*“La responsabilità del governo delle liste di attesa è affidata al Direttore Generale di ciascuna azienda sanitaria.”*

con il seguente:

*“La responsabilità del governo delle liste di attesa è affidata al Direttore Generale di ciascuna azienda sanitaria, come previsto dalla DGR 603/19 (Allegato 2, paragrafo 2). La responsabilità del governo dell’accesso è in capo all’Azienda USL ed è agita tramite il presente programma attuativo alla cui predisposizione concorre l’azienda Ospedaliero-Universitaria.”*

sostituendo il periodo:

*Il Team operativo di cui alla DGR 603/2019 è costituito dal:*

- 1) *Responsabile Unico dell’Accesso*
- 2) *Responsabile dell’assistenza specialistica AUSL*
- 3) *Referente della Direzione Medica AOSP per la specialistica*
- 4) *Referente per la libera professione AUSL e AOSP*
- 5) *Responsabile del CUP AUSL*
- 6) *Responsabile Centro Servizi AOSP*
- 7) *Referente amministrativo per la specialistica convenzionata AUSL*
- 8) *Referente sanitario per l’appropriatezza prescrittiva*
- 9) *Referente sanitario del sistema informativo specialistica*
- 10) *Referente del controllo di gestione*
- 11) *Direttori sanitari delle Case di Cura Private della Provincia*

*Il TEAM operativo svolge una funzione di supporto tecnico operativo al RUA con particolare riferimento a:  
(segue)*

Con il seguente:

*Il Team operativo da istituire in conformità alla DGR 603/2019 sarà costituito da componenti rappresentativi dell’Azienda USL, dell’azienda Ospedaliero-Universitaria e del privato accreditato, con competenze tali da fornire al RUA un supporto tecnico-operativo nello svolgimento delle sue funzioni e, nello specifico, per:  
(segue)*

Dato atto che il presente provvedimento risponde ai principi della legittimità, opportunità e convenienza;



Attesa la rappresentazione dei fatti e degli atti riportati dal Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie proponente;

### **Delibera**

1- di rettificare la composizione del “Team operativo sulle liste di attesa interaziendale” come in premessa rappresentato, individuato d’intesa con la locale Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara ai sensi della già citata DGR 603/2019, come segue:

- Dott. Sandro Guerra Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie
- Dott.ssa Agostina Aimola – Dirigente Amministrativo dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Giuseppe Franchino – Dirigente medico della Direzione Medica dell’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- Dott. Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.
- Dott.ssa Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott.ssa M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara
- Dott. Michele Greco - Direttore dei Servizi Amministrativi Distrettuali dell’AUSL di Ferrara
- Dott. Silvano Nola – Direttore del Presidio Unico Ospedaliero dell’Azienda USL
- Dott. Stefano Liverani in rappresentanza del Privato Accreditato della provincia di Ferrara - Salus
- Dott.ssa Elisabetta Cinchini in rappresentanza del Privato Accreditato della provincia di Ferrara - Quisisana

2- Di ridefinire il Responsabile Unico dell’accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per le prestazioni di ricovero per il triennio 2019-2021 con “Responsabile unico dell’accesso per il governo delle liste di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale” confermando d’intesa con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, il Dott. Mirco Santini cui sono affidati i seguenti compiti ai sensi della DGR 603/2019:

1. coordinamento dei componenti del Team operativo sulle liste di attesa interaziendale
2. presidio, monitoraggio e verifica degli interventi adottati in tema di facilitazione dell’accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell’ambito territoriale di riferimento
3. gestione della definizione e modifica delle agende di specialistica ambulatoriale
4. garanzia del mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard
5. verifica l’appropriatezza prescrittiva ed organizzativa
6. partecipa alla stesura del Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa
7. propone alla Direzione Generale la sospensione dell’attività libero professionale intramuraria (ALPI) nel caso in cui non vengano rispettate le condizioni di equilibrio tra l’ALPI e l’SSN e non vengano garantiti i tempi di attesa standard regionali in regime istituzionale rendendo visibile l’offerta anche in



alpi in tutte le aziende dell'ambito territoriale (in collaborazione con il Responsabile/i dell'ALPI aziendale/i)

8. collabora ai lavori in tema di specialistica ambulatoriale nella relativa Area Vasta
9. collabora ai lavori del Gruppo tecnico regionale liste di attesa

3- Di modificare ed integrare i contenuti del "Programma attuativo Aziendale del Piano Regionale di Governo delle Tempo di Attesa" approvato con Delibera n. 134 del 25/06/2019 integrando la tabella di utilizzo delle grandi apparecchiature di pag. 15 con la disponibilità offerta dal Privato Accreditato e di modificare la parte descrittiva del paragrafo inerente "Ruoli e Responsabilità" come meglio descritto in premessa.

4- Di adottare il Programma Attuativo Aziendale della Provincia di Ferrara così come modificato nei punti precedenti e in allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;

5- Di trasmettere alla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale il presente documento ai fini della sua condivisione come previsto dall'allegato 2 alla DGR 603/2019

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:  
Michele Greco







**PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE  
PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI  
ATTESA PER LE PRESTAZIONI DI  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
E PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO  
PER IL TRIENNIO 2019-2021  
DELLA PROVINCIA DI FERRARA**

---

Revisione 2.0. del settembre 2019

## SOMMARIO

Sommario.....	2
PREMESSA.....	3
CONTESTO SOCIO-SANITARIO DI RIFERIMENTO PROVINCIALE.....	5
A) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI.....	8
RUOLI E RESPONSABILITA'.....	8
Il governo della domanda.....	9
Appropriatezza prescrittiva.....	9
Presa in carico.....	11
Il governo della OFFERTA.....	12
Il fabbisogno.....	12
Percorsi di tutela a garanzia dei tempi di attesa.....	16
La definizione degli ambiti territoriali di garanzia.....	16
Percorsi di tutela a garanzia del Tempo di Attesa.....	20
Il sistema CUP.....	20
L'Offerta in libera professione.....	21
Fornitori privati accreditati.....	23
monitoraggio e controllo.....	27
Governo del fenomeno della 'prestazione non eseguita' per mancata presentazione dell'assistito.....	27
IL PIANO della COMUNICAZIONE.....	28
ALLEGATI.....	30
B) PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO.....	48
Contesto di riferimento.....	48
Quadro generale della produzione e mobilità per interventi chirurgici programmati nella provincia di Ferrara (redatto da Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara).....	48
OBIETTIVI REGIONALI RELATIVI AL TRIENNIO 2019-2021.....	66
Situazione tempi di attesa per interventi chirurgici oggetto di monitoraggio nella.....	66
Provincia di Ferrara-anno 2018.....	66
Azioni adottate a seguito della DGR 272/2017 e Circolare 7/2017 presso l'AUSL e l'AOSP di Ferrara.....	71
LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA DEI RICOVERI.....	72
CHIRURGICI PER IL TRIENNIO 2019-2021.....	72

## PREMESSA

Il Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, così come successivamente modificato e integrato, all'art. 1, comma 2, individua fra i principi nel cui rispetto opera il Servizio Sanitario Nazionale quello di equità nell'accesso all'assistenza.

All'art. 14 si sancisce la necessità di adottare misure che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini stabilendo che le Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere provvedano ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate e sulle modalità di accesso ai servizi al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Sistema Sanitario Nazionale.

In attuazione di questo principio nell'Intesa del 21 febbraio 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sono state definite le nuove linee di indirizzo per il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il Governo delle Liste di Attesa, finalizzato a garantire un appropriato, equo e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, il rispetto delle classi di priorità, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti e doveri.

Con il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) adottato con DGR 603/2019 si recepisce l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia che convergono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni.

Il PRGLA è solo l'ultimo provvedimento, in ordine di tempo, che la regione Emilia Romagna ha adottato sulla gestione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie.

Infatti la Regione Emilia-Romagna ha dedicato una costante attenzione all'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'obiettivo di assicurarla in tempi adeguati al bisogno di salute del cittadino.

Negli anni si sono susseguiti diversi provvedimenti tra i quali le DGR 1532/2006, 73/2007, 1035/2009, 925/2011, 1735/2014, 1056/2015 con i quali sono state fornite le linee di indirizzo per il governo e lo sviluppo dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'adozione dei programmi attuativi aziendali individuando come filoni di sviluppo:

LA PRODUZIONE

L'ACCESSO

L'APPROPRIATEZZA

Relativamente al governo delle prestazioni di ricovero chirurgiche, la Regione Emilia Romagna ha dato nel tempo numerose indicazioni alle aziende:

- DGR 1003/2016 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSR per l’anno 2016”.
- DGR 272/13.3.2017 “Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione EmiliaRomagna”
- Circolare 7/2017 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna”
- Circolare 5 del 2.5.2018 "Governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e gestione perioperatoria nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna”.
- Documento PR/2017 n. 0720985 del 16.11.2017 “Carcinoma prostatico: classi di rischio, strategie terapeutiche e tempistiche di trattamento chirurgico radicale" che contiene indicazioni cliniche per l'appropriato inserimento in lista e l'attribuzione della classe di priorità in relazione ai livelli di rischio
- DPG 2019/6974 del 12.4.2019 “Costituzione organismi regionali di supporto all’ attuazione della DGR 272/2017” ai sensi dell’art.40 della LR 43/2001”

Sulla base di quanto contenuto nella DGR 603/2019, le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende ospedaliero-universitarie hanno ricevuto il mandato di adottare il Programma Attuativo Aziendale per la Gestione delle Liste di Attesa (PAAGLA) teso ad individuare:

per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

1. il Responsabile Unitario dell’Accesso (RUA), la composizione del Team operativo interaziendale sulle liste di attesa e i rispettivi compiti;
2. il piano dell’offerta prestazionale provinciale attraverso la valutazione del fabbisogno degli assistiti distinguendo i regimi erogativi e per l'SSN le diverse modalità del primo accesso (con le diverse classi di priorità urgenti - U, brevi - B, differibili - D e programmate - P) e altri accessi (con evidenza di percorsi di presa in carico, di day service, accesso diretto, etc.);
3. le modalità d’implementazione dei protocolli delle urgenze con classe di priorità “U” e “B” (aziendali e/o regionali e di condizioni di erogabilità appropriate e/o quesiti diagnostici mediante il gestionale SOLE, al fine di renderne disponibile la gestione sugli applicativi di prescrizione);
4. i percorsi di garanzia;
5. le modalità di organizzative e di gestione delle agende di prenotazione, tenendo presente l’obiettivo di semplificare quanto più possibile l’accesso al cittadino;
6. le modalità operative per garantire:
  - a. la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata nei sistemi CUP e lo sviluppo del sistema on line di prenotazione CUPWEB ampliando le disponibilità di visite e di diagnostica almeno in una percentuale pari all’80% delle disponibilità presenti attraverso i canali ordinari di prenotazione;
  - b. la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie, ambulatori dei MMG e dei PLS);

- c. l'utilizzo del protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione occasionale ed estemporanea dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione (DGR 73/2011);
  - d. la completezza e l'accuratezza nella trasmissione dei dati nei diversi flussi regionali (ASA, cruscotto regionale tempi di attesa) per l'assolvimento dei debiti ministeriali inerenti i tempi di attesa effettivi prospettici, erogato ALPI, eventi di sospensione attività di erogazione, erogato prestazioni specialistiche traccianti la fase diagnostica dei percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) nell'area cardiovascolare e oncologica (in collaborazione con il RUA dell'assistenza ospedaliera);
  - e. la verifica della correttezza prescrittiva;
7. le modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione;
  8. le modalità operative per monitorare le mancate presentazioni e tenere traccia delle disdette al fine di facilitare il riutilizzo dei posti;
  9. moduli informativi/formativi rivolti ai professionisti (MMG/PLS/Specialisti/Operatori CUP).

## CONTESTO SOCIO-SANITARIO DI RIFERIMENTO PROVINCIALE

Residenti per Distretti sanitari e Classi di età per pop. assistibile -Azienda USL di Ferrara – 1/1/2018

Distretti sanitari di residenza	0-13 anni	14-59 anni	60 anni e oltre	Totale
Distretto Sud-Est	9.347	52.971	35.280	97.598
Distretto Centro-Nord	16.601	94.319	62.210	173.130
Distretto Ovest	9.744	44.009	23.549	77.302
Totale	35.692	191.299	121.039	348.030
Ripartizione %	10.26%	54.97%	34.78%	

La popolazione residente si caratterizza per una % di popolazione over 60 che raggiunge oltre il terzo della popolazione come confermato dall'indice di vecchiaia della tabella sottostante.

Indice di vecchiaia per Provincia di residenza e Distretti sanitari di residenza – provincia di Ferrara – 1/1/2018

Provincia di residenza	Distretto Sud-Est	Distretto Centro-Nord	Distretto Ovest	Media provinciale
Ferrara	277,1	279,9	177,6	251,3
Fonte: Regione Emilia-Romagna				

Indice di dipendenza della popolazione dalle strutture sanitarie regionali, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, anno 2018

% di prestazioni erogate	AOSPU BOLOGNA	AOSPU FERRARA	AOSPU MODENA	AOSPU PARMA	BOLOGNA	FERRARA	I.O.R.	IMOLA	MODENA	PARMA	PIACENZA	REGGIO EMILIA	ROMAGNA
D-Diagnostica	1,19%	31,24%	0,15%	0,02%	1,69%	63,81%	0,09%	0,08%	0,32%	0,01%	0,01%	0,07%	1,33%
DISTR. CENTRO-NORD	0,87%	41,24%	0,09%	0,02%	0,55%	56,43%	0,08%	0,05%	0,06%	0,01%	0,01%	0,08%	0,50%
DISTR. OVEST	2,35%	23,62%	0,39%	0,02%	5,50%	66,20%	0,16%	0,09%	1,24%	0,00%	0,00%	0,06%	0,35%
DISTR. SUD-EST	0,92%	19,57%	0,09%	0,02%	0,98%	74,65%	0,07%	0,12%	0,11%	0,02%	0,01%	0,05%	3,39%
L-Laboratorio	1,40%	37,17%	0,23%	0,07%	2,67%	57,43%	0,00%	0,03%	0,33%	0,01%	0,02%	0,03%	0,62%
DISTR. CENTRO-NORD	1,00%	61,37%	0,10%	0,06%	1,22%	35,90%	0,00%	0,01%	0,07%	0,01%	0,02%	0,03%	0,21%
DISTR. OVEST	2,53%	14,20%	0,76%	0,06%	6,79%	74,12%	0,00%	0,03%	1,29%	0,00%	0,01%	0,04%	0,16%
DISTR. SUD-EST	1,30%	12,04%	0,09%	0,08%	2,29%	82,34%	0,00%	0,06%	0,13%	0,00%	0,02%	0,02%	1,61%
R-Riabilitazione	0,10%	17,68%	0,20%	0,01%	1,17%	79,55%	0,04%	0,01%	0,05%	0,01%	0,02%	0,06%	1,10%
DISTR. CENTRO-NORD	0,04%	33,65%	0,08%	0,01%	0,70%	65,02%	0,09%	0,00%	0,00%	0,01%	0,03%	0,02%	0,34%
DISTR. OVEST	0,17%	6,96%	0,53%	0,01%	2,01%	90,16%	0,00%	0,00%	0,08%	0,00%	0,00%	0,01%	0,07%
DISTR. SUD-EST	0,11%	5,50%	0,12%	0,00%	1,16%	90,02%	0,00%	0,03%	0,10%	0,00%	0,02%	0,15%	2,79%
T-Terapeutica	2,26%	57,36%	0,42%	0,02%	2,17%	34,02%	0,07%	0,07%	0,15%	0,01%	0,01%	0,05%	3,40%
DISTR. CENTRO-NORD	1,80%	69,30%	0,07%	0,03%	0,94%	25,93%	0,05%	0,05%	0,05%	0,02%	0,01%	0,04%	1,72%
DISTR. OVEST	4,10%	41,52%	0,87%	0,01%	7,09%	45,12%	0,16%	0,03%	0,53%	0,00%	0,03%	0,08%	0,47%
DISTR. SUD-EST	1,75%	47,79%	0,69%	0,01%	0,83%	40,25%	0,06%	0,12%	0,06%	0,00%	0,00%	0,04%	8,39%
V-Visite	1,99%	35,75%	0,37%	0,03%	1,64%	57,73%	0,45%	0,10%	0,21%	0,01%	0,01%	0,12%	1,59%
DISTR. CENTRO-NORD	1,45%	45,30%	0,22%	0,03%	0,71%	50,98%	0,39%	0,05%	0,04%	0,01%	0,02%	0,11%	0,70%
DISTR. OVEST	3,81%	25,91%	0,96%	0,03%	4,68%	62,34%	0,74%	0,13%	0,78%	0,00%	0,00%	0,21%	0,40%
DISTR. SUD-EST	1,61%	26,03%	0,22%	0,02%	1,10%	66,30%	0,34%	0,17%	0,08%	0,01%	0,02%	0,06%	4,04%
Totale complessivo	1,43%	36,52%	0,24%	0,05%	2,40%	57,98%	0,06%	0,04%	0,30%	0,01%	0,01%	0,05%	0,91%



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

## A) PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

### RUOLI E RESPONSABILITA'

La responsabilità del governo delle liste di attesa è affidata al Direttore Generale di ciascuna azienda sanitaria, come previsto dalla DGR 603/19 (Allegato 2, paragrafo 2).

La responsabilità del governo dell'accesso è in capo all'Azienda USL ed è agita tramite il presente programma attuativo alla cui predisposizione concorre l'azienda Ospedaliero-Universitaria.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL, in collaborazione con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di riferimento, individua a livello aziendale il Responsabile Unitario dell'Accesso per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e a livello interaziendale i componenti del Team operativo sulle liste di attesa.

Nell'ambito della Provincia di Ferrara il Responsabile Unico dell'Accesso (RUA) per le prestazioni ambulatoriali viene individuato in Dott. Mirco Santini, Staff Direzione Sanitaria.

Il Responsabile Unico dell'Accesso (RUA) per le prestazioni chirurgiche viene confermato, a livello provinciale, nella persona della Dott.ssa Maria Lucia Giorgetti medico di direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria; il Dott. Mirco Santini, Staff Direzione Sanitaria risulta il referente per l'Azienda USL.

Al RUA, relativamente alla gestione della specialistica ambulatoriale, vengono assegnati i seguenti compiti:

- 1) coordinamento del TEAM operativo sulle liste di attesa;
- 2) presidio, monitoraggio e verifica degli interventi adottati in tema di facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali dell'ambito territoriale di riferimento;
- 3) gestione della definizione e modifica delle agende di specialistica ambulatoriale;
- 4) garanzia del mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard;
- 5) coordina la stesura del Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa;
- 6) verifica dell'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa;
- 7) proporre alla Direzione Generale la sospensione dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI) nel caso in cui non vengano rispettate le condizioni di equilibrio tra l'ALPI e l'SSN e non vengano garantiti i tempi di attesa standard regionali in regime istituzionale rendendo visibile l'offerta anche in alpi in tutte le aziende dell'ambito territoriale (in collaborazione con il Responsabile/i dell'ALPI aziendale/i);
- 8) collaborare ai lavori in tema di specialistica ambulatoriale nella relativa Area Vasta;
- 9) collaborare ai lavori del Gruppo tecnico regionale liste di attesa

Il Team operativo da istituire in conformità alla DGR 603/2019 sarà costituito da componenti rappresentativi dell'Azienda USL, dell'azienda Ospedaliero-Universitaria e del privato accreditato, con competenze tali da fornire al RUA un supporto tecnico-operativo nello svolgimento delle sue funzioni e, nello specifico, per:

- a) presidiare, monitorare e verificare gli interventi adottati in tema di facilitazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e al mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard;
- b) verificare l'appropriatezza prescrittiva ed organizzativa;
- c) valutare il fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali per l'ambito territoriale di riferimento;
- d) definire il piano di produzione con la specificazione dell'articolazione territoriale dell'offerta (ambiti di garanzia territoriali);

- e) monitorare le liste di attesa, al fine di raccordare domanda ed offerta;
- f) monitorare i volumi ed i TDA tra il regime istituzionale e libero Professionale;
- g) mettere a disposizione l'intera offerta nel sistema CUP territoriale e di una specifica quota all'interno del CUP federato Regionale.

## IL GOVERNO DELLA DOMANDA

### Appropriatezza prescrittiva

È responsabilità del medico prescrittore indicare obbligatoriamente su tutte le prescrizioni:

- a) le informazioni anagrafiche del cittadino
- b) le prestazioni richieste con particolare riferimento al catalogo prescrittivo SOLE
- c) il quesito diagnostico
- d) il tipo accesso
- e) le classi di priorità
- f) il tempo entro cui erogare la prestazione per il tipo accesso 0

Il quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni. In assenza del quesito clinico, la ricetta non è erogabile con oneri a carico del servizio sanitario regionale.

Il Tipo accesso indica se la prescrizione/prestazione si riferisce ad un primo accesso o ad altri accessi.

In particolare, il Tipo accesso=1 (primo accesso) è riferito a:

- a) prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, nei casi in cui si necessiti di primo inquadramento diagnostico;
- b) visita o prestazione di approfondimento richieste dallo specialista per completare la diagnosi ed erogate da medico di specialità differente;
- c) visite (89.01) o prestazioni di diagnostica destinate a pazienti cronici che presentano una riacutizzazione della patologia.

La prescrizione compete:

1. al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
2. al medico specialista.

Il Tipo accesso=0 (accesso successivo) è riferito a:

- a) visita o prestazione di controllo, follow up;
- b) prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale.

La prescrizione compete:

1. al medico di medicina generale/pediatra di libera scelta
2. al medico specialista.

La prenotazione viene di norma garantita all'interno della struttura con alcune differenziazioni a seconda della tipologia di prestazione:

- a) visita di controllo prescritta dallo specialista è prenotata direttamente in ambulatorio
- b) visita completamento diagnostico e PDTA prescritta dallo specialista è prenotata presso i PDA
- c) visita di controllo prescritta dal MMG/PLS è prenotabile presso i punti di prenotazione CUP

Utilizzo sistematico delle classi di priorità:

L'indicazione delle classi di priorità (U, B, D, P) è obbligatoria in tutte le prescrizioni di specialistica ambulatoriale nel caso in cui il medico indichi il primo accesso (tipo accesso=1).

Vengono definiti i seguenti standard per il primo accesso:

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve) da eseguire entro 10 gg;

D (Differibile) da eseguire entro 30 gg per le visite o 60 gg per gli accertamenti diagnostici P

(Programmata) da eseguire entro 120 gg

Le urgenze tipo U non hanno un accesso tramite prenotazione CUP ma con accesso diretto nei reparti e poliambulatori specialistici.

Al fine di semplificare l'operatività dei sistemi di prenotazione e garantire gli standard, si definisce che:

1. le prescrizioni con classi di priorità U e B, sono valide ai fini prenotativi fino al massimo 7 gg di calendario a partire dalla data di prescrizione. Passati i 7 gg dalla data di prescrizione, le ricette con classi di priorità U e B non sono più prenotabili e non più erogabili.
2. le prescrizioni con classi di priorità D, P sono valide ai fini prenotativi fino a 6 mesi a partire dalla data di prescrizione.
3. le prescrizioni con tipo accesso = 0, possono essere considerate valide anche dopo 6 mesi dalla prescrizione, in relazione alle indicazioni fornite dallo specialista che le ha prescritte.

I giorni di attesa per l'esecuzione di una qualunque prestazione, con qualunque classe di priorità, devono essere calcolati, a partire dalla data di prenotazione, sui giorni di calendario non quindi sui giorni lavorativi.

Il DPCM 12/01/2017 di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ha ridefinito le "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale" previste dal Decreto Ministeriale del 9 dicembre 2015, limitando il numero di prestazioni assoggettate a condizione di erogabilità, spostando, a parità di condizioni, i vincoli del prescrittore verso l'appropriatezza prescrittiva, ovvero verso l'aderenza complessiva del medico alle evidenze scientifiche.

Considerato che numerose prestazioni del DPCM 2017 sono già contenute nel nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale della Regione Emilia-Romagna, si ritiene di procedere a mutuare le indicazioni di appropriatezza prescrittiva dal provvedimento Nazionale, per fornire indicazioni uniformi necessarie agli adeguamenti dei sistemi informativi (applicativi di prescrizione, prenotazione ed erogazione).

## Presenza in carico

### La gestione operativa: la rete integrata dei servizi

Nell'Azienda USL di Ferrara la specialistica ambulatoriale viene funzionalmente organizzata, rispettando la committenza del Dipartimento di Cure Primarie, attraverso le Strutture Semplici "Gestione della specialistica ambulatoriale" che organizzano le attività nei poliambulatori in collaborazione con gli specialisti territoriali, gestiti direttamente, e gli specialisti ospedalieri, gestiti dai Dipartimenti Ospedalieri. In ogni poliambulatorio è prevista la figura del Coordinatore Infermieristico che collabora, gestendo il personale del comparto, con il Responsabile Gestione della specialistica ambulatoriale e al referente infermieristico del Dipartimento.

Cruciale appare oggi il ruolo dei Punti di Accoglienza (PDA) presenti in tutti i poliambulatori che hanno nel tempo potenziato la presa in carico dei pazienti e le funzioni di orientamento e prenotazione degli appuntamenti programmati con posti dedicati.

Il PRGLA prevede che le prestazioni che si rendono necessarie dopo il primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza quindi ulteriore invio al MMG/PLS per la prescrizione.

Inoltre le modalità operative devono garantire la prenotazione delle suddette prestazioni contestualmente all'emissione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura o di altro operatore all'interno della struttura organizzativa senza il re-invio al CUP.

### Le modalità per la presa in carico delle urgenze

La domanda di prestazioni ambulatoriali specialistiche con classe di priorità "U" da garantire nelle successive 72 ore o con classe "B" breve da garantire entro i successivi 10 gg.

Le urgenze "U" si riferiscono a prestazioni di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad una malattia in fase acuta, per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione della stessa nell'arco delle 72 ore comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico.

Le urgenze "B" si riferiscono invece alle prestazioni di diagnostica strumentale o di visita specialistica relativa ad una malattia in fase acuta, per la quale il prescrittore valuta che la mancata esecuzione nel breve/medio periodo (10 giorni), comporti un peggioramento del quadro patologico e/o pregiudichi l'evoluzione del piano terapeutico.

Gli elementi per una implementazione del percorso interaziendale delle urgenze vede la definizione di:

- modalità di accesso
- compiti del prescrittore
- catalogo delle prestazioni
- mappatura dei punti di erogazione
- percorsi interaziendali

Il prescrittore deve sempre

- Redigere la prescrizione urgente secondo i criteri clinici previsti dalle definizioni suindicate
- Esplicitarla classe di priorità U o B
- completare la prescrizione indicando il quesito diagnostico o la motivazione clinica, fornendo ogni altra informazione utile al collega ricevente

Le modalità di accesso

PER L'URGENZA "U" prevede l'invio diretto alla unità erogante individuata

PER L'URGENZA "B" il cittadino si deve recare ad un punto CUP che fornirà il primo posto disponibile tra quelli riservati nel rispetto del TMA dalla data di prescrizione. La prescrizione è spendibile entro 7 gg dalla data di prescrizione.

Le urgenze B trovano risposta all'interno del territorio provinciale.

## IL GOVERNO DELLA OFFERTA

### Il fabbisogno

Al fine di garantire la piena potenzialità produttiva dell'OFFERTA, deve essere chiara la valutazione del fabbisogno dell'attività e del personale, attraverso la elaborazione di un Piano di Produzione Annuale delle attività e delle apparecchiature sia in regime istituzionale che di libera professione.

In questi ultimi anni la produzione di prestazioni ambulatoriali è aumentata, garantendo volumi di assistenza specialistica ambulatoriale più elevati nel rispetto del tempo di attesa standard.

Tab: Prestazioni oggetto di monitoraggio erogate per residenti confronto 2017-2018

Regime di erogazione		SSN	
Prestazione: Aggregazione I° livello	Prestazioni oggetto di monitoraggio per TA	N. di prestazioni erogate 2017	N. di prestazioni erogate 2018
D-Diagnostica	09-Colonscopia	5.782	5.427
	10-EMG	17.245	17.640
	11-Ecocolordoppler	35.135	40.464
	12-Ecografia Addome	36.282	39.657
	13-Gastroscopia	5.578	5.395
	14-TAC del Capo	4.473	4.785
	15-TAC Addome	7.562	8.410
	16-RM Cerebrale	3.992	4.076
	17-RM Addome	2.130	2.204
	18-RM della Colonna	7.556	7.511
	26-TAC Rachide e Speco Vertebrale	642	787
	27-TAC Bacino	99	130
	28-TAC Torace	8.397	9.155



	29-Ecografia Mammella	4.361	4.441
	34-Ecocolordoppler Cardiaca	13.061	15.893
	35-Elettrocardiogramma	43.026	45.694
	36-Elettrocardiogramma Holter	5.315	5.282
	37-Audiometria	11.399	11.397
	38-Spirometria	11.571	13.755
	39-Fondo Oculare	4.395	4.768
	42-Mammografia	44.077	46.985
	43-Ecografia Capo e Collo	16.437	15.623
	44-Ecografia Ostetrica e Ginecologica	11.722	11.522
	45-ECG da sforzo	2.869	2.326
	46-RM Muscoloscheletrica	7.666	9.235
	49-Esame clinico-strumentale delle Mammelle	2.777	2.733
T-Terapeutica	09-Colonscopia Regime di erogazione SSN	435	387
Prestazione: Aggregazione I° livello	Prestazioni oggetto di monitoraggio per TA	N. di prestazioni erogate 2017	N. di prestazioni erogate 2018
	Totale diagnostica	313.984	335.682
V-Visite	01-Visita Oculistica	29.757	33.249
	02-Visita Urologica	8.116	8.731
	03-Visita Fisiatrica	14.184	14.918
	04-Visita Endocrinologica	6.213	6.767
V-Visite	05-Visita Neurologica	8.317	8.241
	06-Visita Ortopedica	18.006	18.650
	07-Visita Oncologica	2.097	2.186
	08-Visita Cardiologica	18.700	19.518
	19-Protesica - Conservativa	6.289	5.182
	22-Visita Ginecologica	12.847	12.809
	23-Visita Dermatologica	22.956	24.064
	24-Visita Otorinolaringoiatrica	22.303	21.665
	25-Visita Chirurgia Vascolare	2.365	2.455
	40-Visita Gastroenterologica	3.693	4.073
	41-Visita Pneumologica	6.827	7.046
	48-Visita Ostetrica	5.997	4.855
	Totale visite	188.667	194.409
	Totale erogato	502.651	530.091

L'erogato in regime istituzionale delle prestazioni oggetto di monitoraggio è in incremento del 5.45%.

A fronte di questo incremento nella provincia di Ferrara l'indice di performance (vedi tabella sottostante) che misura percentualmente il numero di prestazioni oggetto di monitoraggio che sono state erogate entro i Tempi massimi di attesa (10 gg per le urgenze differibili "B", 30 gg per le prime viste e 60gg per la diagnostica) nel 2018 è stato superiore al 90% come da indicazioni regionali attestandosi mediamente sul 99%.

Raggruppamento MAPS	Num. app. 01/01 - 31/03	TDA 01/01 - 31/03	Num. 01/04 - 30/06	TDA 01/04 - 30/06	Num. app. 01/07 - 30/09	TDA 01/07 - 30/09	Num. 01/10 - 31/12	TDA app. app. 01/10 - 31/12
Colonscopia	1.254	100%	1.068	100%	975	100%	1.055	100%
EMG	1.889	100%	1.602	100%	1.598	100%	1.567	100%
Ecocolordoppler	5.674	100%	5.615	100%	5.368	100%	4.789	100%
Ecografia Addome	4.605	100%	4.727	100%	4.706	100%	4.268	100%
Gastrosocopia	1.429	100%	1.140	100%	1.170	100%	1.195	100%
TAC del Capo	560	100%	543	100%	518	100%	433	100%
TAC Addome	459	100%	492	100%	455	100%	363	100%
RMN Cerebrale	462	100%	420	100%	438	100%	435	100%
RMN Addome	173	100%	130	100%	116	100%	110	100%
RMN della Colonna	1.457	100%	1.324	100%	1.272	100%	1.056	100%
TAC Rachide e Speco Vertebrale	118	100%	133	100%	151	100%	122	100%
TAC Bacino	10	100%	18	100%	12	100%	13	100%
TAC Torace	542	100%	433	100%	355	100%	373	100%
Ecografia Mammella	42	100%	42	99%	50	100%	49	100%
Ecocolordoppler Cardiaca	1.688	100%	1.350	100%	1.400	100%	1.364	100%
Elettrocardiogramma	3.662	100%	3.132	100%	3.457	100%	3.737	100%
Elettrocardiogramma Holter	898	100%	798	100%	631	100%	593	100%
Audiometria	145	100%	115	100%	139	100%	134	100%
Spirometria	793	100%	843	100%	492	100%	674	100%
Fondo Oculare	406	100%	301	100%	279	100%	265	100%
Mammografia	849	100%	697	100%	583	98%	670	100%
Ecografia capo e collo	1.750	100%	1.769	100%	1.638	100%	1.576	100%
Ecografia ostetrica e ginecologica	815	100%	690	100%	782	100%	701	100%
ECG da sforzo	405	97%	317	100%	279	100%	310	100%
RM muscoloscheletrica	1.402	100%	1.495	100%	1.473	99%	1.525	97%
Visita Oculistica	6.604	100%	5.679	100%	6.296	100%	5.908	100%
Visita Urologica	1.394	100%	1.218	100%	1.270	100%	1.362	100%
Visita Fisiatrica	1.776	100%	1.757	100%	1.466	100%	1.747	100%
Visita Endocrinologica	1.105	100%	955	100%	901	100%	847	100%
Visita Neurologica	1.601	100%	1.519	100%	1.550	100%	1.418	100%
Visita Ortopedica	3.515	100%	3.304	100%	3.017	97%	3.044	100%
Visita Oncologica	97	100%	108	98%	89	96%	85	100%
Visita Cardiologica	2.816	100%	2.501	100%	2.719	100%	2.797	99%
Visita Ginecologica	1.856	100%	1.464	100%	1.553	100%	1.658	100%
Visita Dermatologica	5.066	100%	4.164	99%	4.641	99%	4.207	95%
Visita Otorinolaringoiatrica	3.176	100%	2.379	100%	2.633	100%	4.207	97%
Visita Chirurgia Vascolare 305		100%	320	100%	312	100%	270	100%
Visita Gastroenterologica	877	100%	832	100%	815	100%	795	99%
Visita Pneumologica	1.250		1.128		721		960	

Visita Diabetologica	429		406		406		371	
Visita ostetrica	359		340		308		285	
Visita Senologica	114		98		93		107	

Il Piano di Produzione dell'offerta viene determinato attraverso la definizione di un contratto di fornitura annuale sia con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria che con il privato accreditato, che di budget annuale di attività con i diversi dipartimenti sanitari ospedalieri e territoriali.

Il PIANO DI PRODUZIONE 2019, molto articolato, è inserito in calce al presente documento come ALLEGATO 1.

In ottemperanza alle indicazioni regionali sulla massimizzazione dell'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, l'Azienda USL ha un piano provinciale di programmazione delle attività su tutte le sedi erogative come da schema di seguito riportato:

	SEDE	IMPEGNO
<b>DISTRETTO SUD EST</b>	<b>LAGOSANTO</b>	TC: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. Sab. dalle 8,00 alle 20,00
		RM: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. dalle 8,00 alle 20,00
	<b>COMACCHIO</b>	TC: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. dalle 8,00 alle 14,00
	<b>ARGENTA</b>	TC: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. Sab. dalle 7,30 alle 19,30
		RM: Lun. Ven. Sab. dalle 7,30 alle 13,30 Mer. Gio. dalle 7,30 alle 19,30
<b>DISTRETTO CENTRO NORD</b>	<b>FERRARA (1)</b>	TC 1: dal Lun. al Ven. dalle 8,00 alle 20,00 il Sab. dalle 8,00 alle 14,00
		TC 2: dal Lun. al Ven. dalle 8,00 alle 20,00
		TC PS: dalle 8,00 alle 8,00
		RM 1: dal Lun. al Ven. dalle 8,00 alle 20,00
		RM 2: dal Lun. al Ven. dalle 8,00 alle 20,00 il Sab. dalle 8,00 alle 14,00
	<b>FERRARA (2)</b>	RM 1: dal Lun. al Ven. dalle 7,00 alle 19,00 il Sab. dalle 8,00 alle 13,00
		RM 2: dal Lun. al Ven. dalle 8,00 alle 17,20 il Sab. dalle 8,00 alle 14,00 e la Dom dalle 8,00 alle 13,00
		TC 1: martedì dalle 14,00 alle 16,30, mercoledì dalle 8,00 alle 14,00, giovedì dalle 8,30 alle 12,3
	<b>COPPARO</b>	RM: Lun. Mer. Gio. dalle 8,00 alle 14,00
<b>DISTRETTO OVEST</b>	<b>CENTO</b>	TC: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. dalle 7,30 alle 19,30 Sab. 7,30 alle 13,30
		RM: Lun. Mar. Mer. Gio. Ven. dalle 7,30 alle 19,30

(1) presso la locale Azienda Ospedaliero Universitaria

(2) presso il Privato Accreditato

## PERCORSI DI TUTELA A GARANZIA DEI TEMPI DI ATTESA

### La definizione degli ambiti territoriali di garanzia

Il Piano Regionale di Governo delle Liste di attesa auspica che nel Programma Attuativo Aziendale per le prestazioni di primo accesso gli ambiti territoriali di garanzia siano definiti nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa.

La Programmazione dell'Azienda USL di Ferrara, almeno per le prestazioni di base, garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale di regola nei Distretti sanitari degli assistiti nei quali insistono le strutture che offrono le suddette prestazioni (vd tabella sotto indicata).

Mentre l'ambito di garanzia entro il quale garantire il rispetto dei Tempo Massimo di Attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale è quello aziendale tenuto conto di alcuni fattori sia strutturali che di processo:

- A. le strutture del privato accreditato sono concentrate solo nell'ambito del Distretto Centro Nord;
- B. le prestazioni di alta specializzazione sono garantite solo presso la locale Azienda Ospedaliero Universitaria insistente sempre nell'ambito del Distretto Centro Nord;
- C. la riorganizzazione delle reti cliniche che qualifica quale struttura HUB l'Azienda Ospedaliero Universitaria.

Come si evince dalla tabella sottostante nell'Anno 2018 oltre l'80% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto di monitoraggio sono state erogate in REGIME ISTITUZIONALE (SSN) nella struttura sanitaria del bacino di residenza degli assistiti.

### N. prestazioni erogate Anno 2018 (consolidato senza mobilità passiva), REGIME DI EROGAZIONE SSN per le prestazioni oggetto di monitoraggio

Distretto di residenza	STRUTTURA DI UN ALTRO BACINO	STRUTTURA DEL PROPRIO BACINO	STRUTTURA DEL PROPRIO BACINO SENZA GARANZIA TMA	NON VALORIZZATO	TOTALE
DISTR. OVEST	10.308	90.021	11.140	199	111.668
DISTR. CENTRO-NORD	9.024	216.331	39.416	160	264.931
DISTR. SUD-EST	8.345	119.332	20.570	411	148.658
AZIENDA	27.677	425.684	71.126	770	525.257
DISTR. OVEST	9,2%	80,6%	10,0%	0,2%	100%
DISTR. CENTRO-NORD	3,4%	81,7%	14,9%	0,1%	100%
DISTR. SUD-EST	5,6%	80,3%	13,8%	0,3%	100%
AZIENDA	5,3%	81,0%	13,5%	0,1%	100%

Tabella Distribuzione delle prestazioni sul territorio

STRUTTURE EROGANZI	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	Totale complessivo
AMBULATORIO C/O CASA DELLA SALUTE "CITTADELLA SAN ROCCO"	10,05%	1,65%	0,28%	6,12%	11,97%	3,76%
AMBULATORIO C/O CASA DELLA SALUTE PONTELAGOSCURO	0,09%	1,77%	0,00%	0,00%	0,10%	1,30%
AMBULATORIO CURE PALLIATIVE	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,03%	0,00%
AMBULATORIO ODONTOIATRICO M.T.L. S.A.S.	0,00%	0,00%	0,00%	0,40%	0,04%	0,02%
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA	33,88%	41,03%	18,48%	62,55%	40,44%	40,23%
CASA CIRCONDARIALE DI FERRARA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,02%
CASA DELLA SALUTE DI PORTOMAGGIORE	2,10%	5,30%	3,73%	0,82%	2,95%	4,50%
CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.	5,98%	0,00%	0,00%	0,11%	1,46%	0,82%
CASA DI CURA SALUS S.R.L.	3,26%	0,00%	0,00%	0,74%	1,77%	0,57%
CENTRO MEDICINA DELLO SPORT	1,38%	0,07%	0,00%	0,00%	1,06%	0,31%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - LAGOSANTO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE - PORTOMAGGIORE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
CIEMME MESOLA	0,00%	0,00%	12,50%	0,93%	0,21%	0,43%
CIEMME SANT'AGOSTINO	0,00%	0,00%	10,84%	0,05%	0,22%	0,35%
MEDICINA DI GRUPPO DI GORO	0,04%	0,80%	0,00%	0,00%	0,04%	0,59%
MEDICINA DI GRUPPO DI OSTELLATO	0,00%	0,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,59%
MEDICINA DI GRUPPO ESTENSE	0,13%	1,29%	0,00%	0,00%	0,14%	0,96%
MEDICINA GENERALE KRASNODAR 25	0,03%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,01%
NUOVO OSPEDALE DEL DELTA	11,03%	6,80%	7,84%	5,59%	7,87%	7,37%
OSPEDALE "MAZZOLANI VANDINI" ARGENTA	6,94%	5,22%	6,88%	3,45%	3,65%	5,24%
POLIAM. DI POGGIO RENATICO	0,00%	0,87%	0,00%	0,00%	0,00%	0,63%
POLIAM. DI VIGARANO MAINARDA	0,00%	0,71%	0,00%	0,00%	0,00%	0,51%
POLIAMBULATORI C/O "CASA DELLA SALUTE" DI COMACCHIO	4,58%	5,26%	2,71%	2,52%	3,49%	4,83%
POLIAMBULATORI C/O CASA DELLA SALUTE "TERRA E FIUMI" DI COPPARO	6,75%	8,12%	7,61%	3,52%	6,58%	7,64%
POLIAMBULATORI DI BONDENO	0,87%	5,63%	0,00%	2,92%	3,29%	4,59%
POLIAMBULATORIO "NUOVA VILLA VERDE" DI CENTO	10,65%	7,20%	10,61%	8,40%	8,98%	7,91%
POLIAMBULATORIO DI BERRA	0,00%	0,44%	0,00%	0,00%	0,00%	0,32%

POLIAMBULATORIO DI CODIGORO 0,02% 0,69% 0,00% 0,06% 0,49% 0,55%

17

STRUTTURE EROGANTI	D-Diagnostica	L-Laboratorio	R-Riabilitazione	T-Terapeutica	V-Visite	Totale complessivo
POLIAMBULATORIO DI FERRARA	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,03%	0,00%
POLIAMBULATORIO DI MESOLA	0,00%	1,55%	0,00%	0,00%	0,00%	1,12%
POLIAMBULATORIO DI MIGLIARINO	0,00%	0,40%	0,00%	0,00%	0,00%	0,29%
POLIAMBULATORIO DI TERRE DEL RENO (SANT'AGOSTINO)	0,00%	1,33%	0,00%	0,00%	0,00%	0,96%
POLIAMBULATORIO DI TRESIGALLO	0,00%	1,01%	0,07%	0,00%	0,00%	0,73%
POLIAMBULATORIO PRIVATO VITALIS	0,00%	0,00%	17,31%	1,02%	0,98%	0,66%
SALUTE DONNA - BONDENO	0,00%	0,04%	0,00%	0,01%	0,09%	0,04%
SALUTE DONNA - CODIGORO	0,04%	0,08%	0,00%	0,00%	0,17%	0,08%
SALUTE DONNA - COMACCHIO	0,06%	0,07%	0,00%	0,00%	0,13%	0,07%
SALUTE DONNA - MESOLA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%
SALUTE DONNA - PONTELAGOSCURO	0,00%	0,01%	0,00%	0,00%	0,08%	0,01%
SALUTE DONNA - VIA BOSCHETTO	0,69%	0,94%	0,37%	0,03%	1,33%	0,90%
SALUTE DONNA - VIA GANDINI	1,37%	0,60%	0,64%	0,64%	1,19%	0,75%
SALUTE DONNA C/O "CASA DELLA SALUTE" DI PORTOMAGGIORE	0,00%	0,06%	0,13%	0,00%	0,10%	0,06%
SALUTE DONNA C/O CASA DELLA SALUTE "TERRA E FIUMI" DI COPPARO	0,00%	0,06%	0,00%	0,01%	0,20%	0,07%
SALUTE DONNA DI ARGENTA	0,05%	0,06%	0,00%	0,00%	0,12%	0,06%
SALUTE DONNA DI CENTO	0,01%	0,12%	0,00%	0,05%	0,34%	0,12%
SPAZIO GIOVANI - CENTO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%
SPAZIO GIOVANI C/O CASA DELLA SALUTE "TERRA E FIUMI" DI COPPARO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,01%	0,00%

SPAZIO GIOVANI VIA GANDINI	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%	0,01%
SPAZIO IMMIGRATE - CENTO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,05%	0,00%
SPAZIO IMMIGRATE - FERRARA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
SPAZIO IMMIGRATE C/O "CASA DELLA SALUTE" DI PORTOMAGGIORE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,03%	0,00%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

## Percorsi di tutela a garanzia del Tempo di Attesa

Per garantire il rispetto del tempo di attesa sono state definite le seguenti modalità operative:

- a) attivazione e sviluppo di uno strumento informatico per il monitoraggio in tempo reale dell'offerta e delle attese del CUP delle prestazioni oggetto di monitoraggio di cui al Piano regionale per il Governo del Tempo di Attesa;
- b) monitoraggio quotidiano tramite l'utilizzo della procedura informatica del livello di saturazione dell'offerta, con invio al RUA, al responsabile della specialistica e agli uffici agende, di un alert per quelle prestazioni che presentano un indice di saturazione =>all'85% per valutare l'adeguatezza dell'offerta al rispetto del TMA e definire azioni correttive;
- c) attivazione della richiesta di prestazioni aggiuntive in simul-alpi ai coordinatori di branca specialistica e ai direttori di Dipartimenti sanitari per l'apertura di giornate aggiuntive;
- d) garanzia di maggiore apertura di presidi ambulatoriali pubblici con estensione d'orario e giornate (anche durante il fine settimana) per un utilizzo maggiore delle potenzialità produttive;
- e) articolazione delle agende di prenotazione che tenga conto delle diverse modalità di accesso e implementazione della totalità dell'OFFERTA a CUP;
- f) introduzione del meccanismo del RIUTILIZZO nelle agende riservate ai percorsi interni per il recupero delle prestazioni non altrimenti utilizzate per raggiungere il massimo efficientamento dell'offerta;
- g) sospensione dell'esercizio della libera professione per i professionisti dell'equipe (come previsto dalla normativa (DGR 1035/2009, DGR 200/2008, Legge n. 120/2007), nel caso in cui si verificano degli squilibri tra le liste di attesa per l'attività istituzionale e quelle per attività libero professionale.

## Il sistema CUP

Già dal 2016 l'Azienda USL di Ferrara in collaborazione con la locale Azienda Ospedaliero Universitaria ha definito “LE LINEE GUIDA PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE CUP DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE” (vedi allegato 2), nelle quali è stata regolamentata una metodologia per la gestione delle agende di prenotazione in attuazione delle Linee Guida Nazionale e regionali, con gli obiettivi di:

- a. rendere trasparente il sistema di prenotazione garantendo la completa disponibilità dell'offerta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sia pubblica che privata;
- b. semplificare le modalità di accesso;
- c. garantire la continuità delle prenotazioni;
- d. garantire l'equità nell'accesso;
- e. assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa ad almeno il 90% dei pazienti.

In particolare sono state perseguite le seguenti azioni:

- a. apertura continua delle liste;
- b. scaglionamento delle prenotazioni affinché il paziente non sia costretto a lunghe attese prima dell'effettuazione della prestazione nell'ambulatorio;
- c. comunicazione tempestiva fra strutture di prenotazione ed erogatori per adeguare l'offerta ad eventuali criticità;

- d. revisione continua delle liste (anche attraverso contatti telefonici o per via telematica, in particolare verso i pazienti prenotati per prestazioni ad alto costo o con lunghi tempi di attesa);
- e. modalità di riduzione del fenomeno del "mancato utilizzo" con l'individuazione della funzione di "RIUTILIZZO" in nelle agende per le diverse tipologie di prestazioni;
- f. sistematizzazione degli interventi che promuovono e verificano l'appropriatezza;
- g. accentramento su scala aziendale della gestione delle liste di attesa in modo da assicurare equità;
- h. miglioramento dell'affidabilità e utilità del sistema di classificazione tra prime prestazioni, follow up e controlli;
- i. verifica del catalogo delle prestazioni da assoggettare a garanzia di servizio e delle prestazioni erogabili solo a seguito di triage medico – specialistico;
- j. rimozione delle modalità di prenotazione di tipo nominativo;
- k. semplificazione dei percorsi di accesso;
- l. potenziamento dell'offerta nelle realtà caratterizzate da consumo inferiore alla media.

## L'OFFERTA IN LIBERA PROFESSIONE

Nella Provincia di Ferrara le prestazioni oggetto di monitoraggio sono garantite entro il TMA con un livello di performance pari al 100%. Pertanto al permanere di tale condizione non scatta l'obbligo di rivalutazione dei volumi pianificati tra regime istituzionale e di libera Professione.

Solo nell'ipotesi in cui non venga garantito il rispetto del TMA con riferimento alle prestazioni oggetto di monitoraggio erogate in regime istituzionale, il RUA con il supporto del TEAM formulerà alla Direzione Generale una proposta di sospensione della libera professione e/o una rimodulazione dei volumi di prestazioni erogate in LP.

Per definire la proposta di sospensione si seguiranno le seguenti modalità operative da parte del TEAM:

- Analisi della domanda e del bisogno per ambito distrettuale di residenza dell'assistito - Analisi dell'offerta
- Valutazione delle criticità per ambito distrettuale
- Formulazione della proposta di sospensione alle Direzioni Generali delle Aziende sanitarie della Provincia

In conclusione la proposta di sospensione della LP di regola riguarderà le strutture sanitarie presenti nell'ambito distrettuale in cui è presente la criticità.

Tabella erogato in LP per le prestazioni oggetto di monitoraggio ANNO 2018 – Fonte flusso ASA

N. di prestazioni erogate	DISTR. CENTRO-NORD	DISTR. OVEST	DISTR. SUD-EST	TOTALE
01-Visita Oculistica	2.743	735	1.834	5.312
02-Visita Urologica	764	219	489	1.472
03-Visita Fisiatrica	270	24	79	373
04-Visita Endocrinologica	515	102	223	840
05-Visita Neurologica	458	122	210	790
06-Visita Ortopedica	1.459	954	1.196	3.609
07-Visita Oncologica	15	4	5	24
08-Visita Cardiologica	1.806	586	386	2.778
09-Colonscopia	9	8	9	26

10-EMG	26	11	14	51
11-Ecocolordoppler	159	77	84	320
12-Ecografia Addome	447	141	284	872
13-Gastroscopia	14	1	12	27
14-TAC del Capo	9	4	1	14
15-TAC Addome	5	1	9	15
16-RM Cerebrale	10	1	4	15
17-RM Addome	10	1	3	14
18-RM della Colonna	18	60	33	111
19-Protesica - Conservativa	111	9	13	133
22-Visita Ginecologica	1.576	813	2.405	4.794
23-Visita Dermatologica	836	141	215	1.192
24-Visita Otorinolaringoiatrica	879	172	406	1.457
25-Visita Chirurgia Vascolare	358	90	137	585
26-TAC Rachide e Speco Vertebrale	1			1
28-TAC Torace	6	1	8	15
29-Ecografia Mammella	687	175	282	1.144
34-Ecocolordoppler Cardiaca	136	51	44	231
35-Elettrocardiogramma	1.310	533	315	2.158
36-Elettrocardiogramma Holter	1	15	1	17
37-Audiometria	35	4	10	49
38-Spirometria	17	3	12	32
39-Fondo Oculare	19	6	5	30
40-Visita Gastroenterologica	412	59	403	874
41-Visita Pneumologica	266	64	111	441
42-Mammografia	167	16	40	223
43-Ecografia Capo e Collo	47	32	36	115
44-Ecografia Ostetrica e Ginecologica	77	36	31	144
45-ECG da sforzo	74	14	16	104
46-RM Muscoloscheletrica	21	41	23	85
48-Visita Ostetrica	360	186	233	779
<b>Totale complessivo</b>	<b>18.126</b>	<b>5.715</b>	<b>9.897</b>	<b>33.738</b>

#### Raffronto SSN vs LP - ANNO 2018 (fonte dati FLUSSO ASA)

N. di prestazioni erogate

	SSN	LP	% LP vs SSN
01-Visita Oculistica	32.074	5.312	17%
02-Visita Urologica	8.353	1.472	18%
03-Visita Fisiatrica	13.976	373	3%
04-Visita Endocrinologica	6.188	840	14%
05-Visita Neurologica	7.788	790	10%
06-Visita Ortopedica	17.823	3.609	20%
07-Visita Oncologica	2.047	24	1%
08-Visita Cardiologica	18.621	2.778	15%
09-Colonscopia	5.439	26	0%

10-EMG	16.653	51	0%
11-Ecocolordoppler	39.300	320	1%
12-Ecografia Addome	37.935	872	2%
13-Gastrosocopia	5.015	27	1%
14-TAC del Capo	4.520	14	0%
15-TAC Addome	7.762	15	0%
16-RM Cerebrale	3.699	15	0%
17-RM Addome	1.824	14	1%
18-RM della Colonna	6.734	111	2%
19-Protesica - Conservativa	4.569	133	3%
22-Visita Ginecologica	11.999	4.794	40%
23-Visita Dermatologica	23.049	1.192	5%
24-Visita Otorinolaringoiatrica	20.631	1.457	7%
25-Visita Chirurgia Vascolare	2.390	585	24%
26-TAC Rachide e Speco Vertebrale	703	1	0%
27-TAC Bacino	114		0%
28-TAC Torace	8.442	15	0%
29-Ecografia Mammella	4.204	1.144	27%
34-Ecocolordoppler Cardiaca	15.077	231	2%
35-Elettrocardiogramma	43.566	2.158	5%
36-Elettrocardiogramma Holter	5.028	17	0%
37-Audiometria	10.645	49	0%
38-Spirometria	12.822	32	0%
39-Fondo Oculare	4.617	30	1%
40-Visita Gastroenterologica	3.884	874	23%
41-Visita Pneumologica	6.644	441	7%
42-Mammografia	46.183	223	0%
43-Ecografia Capo e Collo	14.463	115	1%
44-Ecografia Ostetrica e Ginecologica	10.470	144	1%
45-ECG da sforzo	2.135	104	5%
46-RM Muscoloscheletrica	8.430	85	1%
48-Visita Ostetrica	3.745	779	21%
Totale	502.129	33.738	7%

## FORNITORI PRIVATI ACCREDITATI

Tutte le strutture private accreditate, in sede di sottoscrizione del contratto di fornitura con le Aziende sanitarie sono tenute a rispettare il debito informativo di cui al “flusso informativo della specialistica ambulatoriale - ASA” per il monitoraggio degli accordi contrattuali, con l’avvertenza che il mancato rispetto o l’erronea compilazione della modulistica di cui a tale obbligo darà luogo al rifiuto di pagamento delle prestazioni.

Inoltre, sempre nel contratto di fornitura, occorre prevedere che esse siano tenute ad entrare nella rete informatica “Progetto Sole” e Fascicolo Sanitario Elettronico per favorire la condivisione delle informazioni sanitarie dei pazienti che hanno in cura.

In particolare, con oneri a carico delle strutture private accreditate, devono essere implementate:

- a) tutte le funzionalità necessarie all'ingresso nella rete SOLE in particolare finalizzate alla erogazione delle ricette SSN e all'invio del referto al Fascicolo Sanitario Elettronico;
- b) devono essere assicurate tutte le funzionalità necessarie alla visualizzazione ed erogazione delle ricette dematerializzate, secondo le regole previste dal flusso ministeriale;
- c) esclusivamente per il periodo di vigenza del contratto di fornitura, le Aziende USL consentono ai privati accreditati la consultazione attraverso il servizio applicativo SAIA RER, delle informazioni anagrafiche utili ai fini della prenotazione ed erogazione;
- d) deve essere consentita la consultazione delle informazioni relative al pagamento del ticket, attraverso l'integrazione degli applicativi o con altre modalità operative concordate con le Aziende sanitarie.

Nella Provincia di Ferrara l'offerta del privato accreditato è integrata nell'offerta complessiva e si accede mediante prenotazione CUP.

Le prestazioni offerte dal Privato accreditato della Provincia di Ferrara – ANNO 2018

Struttura erogante	DISTR. CENTRO-NORD	DISTR. OVEST	DISTR. SUD-EST	Totale complessivo
AMBULATORIO CURE PALLIATIVE	0,18%	0,15%	0,03%	0,14%
T-Terapeutica	0,02%	0,04%	0,00%	0,02%
V-Visite	0,15%	0,11%	0,03%	0,12%
AMBULATORIO ODONTOIATRICO M.T.L. S.A.S.	0,17%	0,03%	3,49%	0,77%
D-Diagnostica	0,00%	0,00%	0,02%	0,01%
T-Terapeutica	0,13%	0,01%	2,59%	0,57%
V-Visite	0,04%	0,01%	0,87%	0,19%
CASA DI CURA QUISISANA S.R.L.	41,86%	23,42%	19,34%	33,57%
D-Diagnostica	33,23%	20,86%	16,61%	27,38%
T-Terapeutica	0,22%	0,07%	0,05%	0,16%
V-Visite	8,41%	2,49%	2,69%	6,04%
CASA DI CURA SALUS S.R.L.	26,43%	18,98%	16,86%	22,99%
D-Diagnostica	16,59%	11,62%	12,25%	14,69%
T-Terapeutica	1,19%	0,88%	0,36%	0,97%
V-Visite	8,65%	6,48%	4,25%	7,34%
CIEMME MESOLA	0,97%	0,00%	53,82%	10,87%
R-Riabilitazione	0,74%	0,00%	44,53%	8,95%
T-Terapeutica	0,13%	0,00%	5,54%	1,14%
V-Visite	0,10%	0,00%	3,75%	0,78%
CIEMME SANT'AGOSTINO	0,38%	50,46%	0,08%	11,15%
R-Riabilitazione	0,31%	46,15%	0,04%	10,17%
T-Terapeutica	0,00%	0,35%	0,00%	0,08%

V-Visite	0,07%	3,96%	0,05%	0,91%
POLIAMBULATORIO PRIVATO VITALIS	30,02%	6,96%	6,37%	20,51%
R-Riabilitazione	22,58%	4,74%	4,20%	15,21%
T-Terapeutica	1,82%	0,24%	0,24%	1,17%
V-Visite	5,61%	1,98%	1,93%	4,12%
Totale complessivo	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

## MONITORAGGIO E CONTROLLO

Il Piano regionale prevede una rilevazione quotidiana del numero di prenotazioni di prestazioni di primo accesso (B,D,P) oggetto di monitoraggio e dei relativi tempi di attesa, con calcolo immediato dell'indici di performance.

Il tutto viene pubblicato e aggiornato a cura della Regione E/R sul sito WWW.TDAER.IT .

Il flusso ASA consente di rilevare quanto richiesto perchè fornisce informazioni certe sulle prestazioni effettivamente erogate, e non solo sulle prenotazioni.

A cura dell'U.O. Programmazione, Controllo di Gestione e della Mobilità Sanitaria viene monitorata mensilmente la produzione aziendale attraverso il flusso ASA rapportandola con il medesimo periodo dell'anno precedente al fine di verificare il completo e corretto caricamento dei dati di produzione specialistica ambulatoriale attraverso la produzione del flusso ASA. Eventuali anomalie vengono segnalate all'U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali a cui compete la correzione delle anomalie e i rapporti con i produttori.

## GOVERNO DEL FENOMENO DELLA 'PRESTAZIONE NON ESEGUITA' PER MANCATA PRESENTAZIONE DELL'ASSISTITO

A seguito degli interventi messi in atto con la DGR 1056/2015 e degli ottimi risultati raggiunti in tema di riduzione dei tempi di attesa, con l'art. 23 della Legge 2/2016 e la DGR 377/2016, la Regione, per rendere ancora più efficienti le liste di attesa, ha lavorato sulla responsabilizzazione del cittadino affinché si riducessero le mancate presentazioni.

Tale fenomeno infatti, incide negativamente sui tempi di attesa, toglie l'opportunità ad altre persone di usufruire dei servizi sanitari e comporta costi per il Servizio Sanitario Regionale.

La Legge 2/2016 prevede che l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, è tenuto a disdire la prenotazione almeno due giorni lavorativi prima della data fissata. L'assistito, anche se esente, che non si presenta alla data e all'ora della prestazione prenotata ed omette senza idonea giustificazione, di effettuare la disdetta nei termini indicati, è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) per la prestazione prenotata e non usufruita.

Le Aziende in collaborazione con i servizi regionali (Servizio Assistenza Territoriale e Servizio Affari legislativi della Giunta regionale) e con il Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino (CCRQ), hanno definito specifiche indicazioni operative al fine di rendere uniformi le modalità applicative della legge.

Per facilitare la disdetta da parte del cittadino, in tutti i promemoria di prenotazione vi è la chiara indicazione del termine ultimo entro cui disdire e tutte le modalità attraverso cui farlo: numero verde, sportello CUP, servizi on line CUPWEB, FSE, App ERSalute, ecc.

Inoltre, è stata avviata la campagna informativa “Insieme per una sanità più veloce” che ha previsto, oltre alle indicazioni sui tempi di attesa e sulle modalità di accesso, anche chiare informazioni ai cittadini sull’applicazione della sanzione in caso di mancata o tardiva disdetta.

Complessivamente a livello regionale, si riscontra positivamente la diminuzione delle mancate presentazioni agli appuntamenti da parte dei cittadini che sono risultate stabili negli ultimi due anni pari all’1% sul totale delle prenotazioni, contro un 7% riscontrato nel 2015.

La legge regionale si è rivelata un efficace strumento di miglioramento delle liste di attesa e di responsabilizzazione dei cittadini che ha determinato un incremento delle disdette entro i termini, un calo delle mancate presentazioni e un conseguente recupero, da parte delle Aziende, degli appuntamenti disdetti a favore di nuove prenotazioni.

Per monitorare e governare il fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’assistito, nell’ambito della Provincia di Ferrara è stata redatta una Istruzione Operativa nella quale sono state definite le modalità le modalità di gestione della sanzione amministrativa elevata nel caso in cui il cittadino non si presenti ad un appuntamento fissato in regime SSN presso le strutture sanitarie della Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e privato accreditato senza averne dato disdetta entro almeno due giorni lavorativi dalla data di erogazione. (vedi allegato 3).

In accordo con la Regione Emilia-Romagna, viene effettuato un monitoraggio trimestrale delle mancate presentazioni dell’assistito anche utilizzando un cruscotto regionale di rilevazione.

## IL PIANO DELLA COMUNICAZIONE

### Analisi dello scenario

Con l’approvazione del nuovo PNGLA per il triennio 2019-2021 (Piano Nazionale Governo delle Liste d’Attesa) recepito in Emilia-Romagna con Delibera n. 603 del 15/04/2019, la Regione richiede l’impegno delle Aziende Sanitarie e di tutte le strutture del privato accreditato per il raggiungimento degli obiettivi definiti; nel concreto, l’AUSL di Ferrara è chiamata a predisporre uno specifico programma attuativo, completato da un piano di comunicazione, allo scopo di informare adeguatamente i cittadini circa le novità introdotte dal Piano Nazionale.

Il piano di comunicazione, qui esplicitato, si pone come obiettivo la costituzione di un sistema di comunicazione integrato, che ha come fine l’efficacia della comunicazione stessa. Ciò comporta: l’individuazione dei diversi target di riferimento, dei contenuti da comunicare riferiti ai diversi target, la declinazione degli strumenti e delle azioni comunicative da mettere in atto, l’individuazione dei tempi, nonché le strategie di alleanza con i soggetti presenti nel contesto sociale e territoriale di riferimento.

Ogni azione comunicativa sarà distinta tra destinatari interni ed esterni all’Azienda. Il primo caso si esplicita con la comunicazione ai professionisti interni (medici specialisti, erogatori, addetti alle prenotazioni, infermieri, URP ed anche

MMG/PLS), il secondo caso coinvolgendo gli utenti, sia singoli che in associazioni, attraverso i mass media e con comunicazione diretta.

I messaggi veicolati dovranno, in entrambi i casi, portare alla conoscenza di tutti la differenza tra primo accesso e altro accesso, la definizione di ambito di garanzia all'interno del quale deve essere garantita l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, le prestazioni sottoposte a monitoraggio per le quali deve essere rispettato il tempo d'attesa, la definizione delle classi di priorità, il concetto di presa in carico, il venir meno del vincolo del TMA nel caso in cui l'utente preferisca rivolgersi a struttura diversa rispetto a quella proposta. Con ciò non trascurando di rimarcare i contenuti della campagna di comunicazione Regionale "Presto e Bene" per la promozione di comportamenti virtuosi quali la comunicazione da parte dell'utente dell'eventuale rinuncia (non solo per l'introduzione della sanzione per mancata disdetta ma come strumento attivo che consente di accorciare i Tempi d'attesa) ed il ritiro dei referti a prestazione avvenuta.

Si dovrà inoltre illustrare il percorso di garanzia e di tutela indicato nel Piano attuativo aziendale.

Nel dettaglio, per diversi pubblici di riferimento verranno realizzate le seguenti azioni:

#### COMUNICAZIONE INTERNA

Destinatari: specialisti (territoriali e ospedalieri), addetti alle prenotazioni (CUP, Farmacie, Centro Servizi, Medicine di Gruppo, Call Center), Infermieri dei punti di accoglienza (PDA) e degli ambulatori, operatori URP, operatori front office/punti informativi.

Azioni: note e comunicazioni interne, comunicazioni ufficiali tese ad illustrare i principi generali del PRGLA, corsi di formazione per l'utilizzo dei software di prescrizione e prenotazione aggiornati secondo le specifiche richieste dal Piano, aggiornamento sito intranet aziendale, newsletter per i dipendenti. Destinatari: MMG/PLS

Azioni: comunicazioni a firma del RUA, incontri formativi per la condivisione del piano e della azioni previste.

#### COMUNICAZIONE ESTERNA:

Destinatari: utenti Azioni:

campagna locale di comunicazione, a sostegno di quella regionale, rivolta ai cittadini del territorio ferrarese. Tra le azioni da mettere in campo per ottenere la massima diffusione dei contenuti, verrà organizzata una conferenza stampa in cui il RUA e le Direzioni illustreranno le novità introdotte dal PNGLA.

Inoltre saranno predisposti redazionali, trasmissioni televisive, comunicati stampa che illustrino i contenuti salienti della nuova organizzazione:

distinzione tra primo accesso e altro accesso, se si sceglie la struttura possono cambiare i tempi di erogazione, altre informazioni di tipo pratico.

Aggiornamento del sito internet aziendale ([www.ausl.fe.it](http://www.ausl.fe.it)) e del sito provinciale della sanità ferrarese ([www.ferrarasalute.it](http://www.ferrarasalute.it)),

Destinatari: stakeholder e istituzioni del territorio provinciale

Azioni: illustrazione del Piano in Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria come previsto dalle disposizione regionale.

Il ruolo dell'URP e dello Sportello Unico nelle strategie aziendali

Gli URP ed i Comitati Consultivi Misti dal lato degli utenti, rappresentano gli attori principali per la condivisione e diffusione dei messaggi. In particolare gli URP, oltre alla funzione di orientamento e informazione ai cittadino utente, insieme al CUP aziendale, saranno le sedi in cui sarà possibile attivare il percorso di tutela qualora in fase di prenotazione la prima disponibilità offerta sia oltre gli standard previsti per quella specifica classe di priorità.

Gli operatori dedicati saranno quindi coinvolti in sessioni di formazione specifica per supportarli nella loro attività di orientamento dei cittadini.

Nuovi standard, percorsi di garanzia e tutela saranno inseriti nella nuova versione della Carta dei Servizi dell'AUSL di Ferrara 2019-2022.

I tempi

La campagna di comunicazione procederà di pari passo con le varie fasi di riorganizzazione della specialistica ambulatoriale e dell'implementazione degli strumenti di comunicazione.

## ALLEGATI

1. Piano di produzione
2. Linee Guida per la gestione delle agende a CUP
3. Istruzione Operativa per la gestione della riscossione della sanzione amministrativa per mancata disdetta

## ALLEGATO 1 – PIANO DI PRODUZIONE

prestazione	TIPO ACCESSO = 1				TIPO ACCESSO=0			LP
	U-Urgenza	B -Urgenze differibili	D - ordinario	P - Programmate	controlli a CUP	prese in carico ambulatori	DAY SERVICE	
01-Visita Oculistica		3.542	29.201	5.253	17.563	25.576	276	5.312
02-Visita Urologica	87	1.288	8.280	856	3.422	4.324	138	1.472
03-Visita Fisiatrica		1.932	11.978	46	405	92		373
04-Visita Endocrinologica	2	920	7.783	1.435	5.741	3.726		840
05-Visita Neurologica	132	1.564	8.004	846	3.386	10.120	138	790
06-Visita Ortopedica		2.944	20.038	2.006	8.022	13.708		3.609
07-Visita Oncologica	2	0	1.472	175	699	5.244		24
08-Visita Cardiologica	40	1.978	14.959	2.263	9.053	17.526	496	2.778
09-Colonscopia		809	3.235	539	809	1.472	190	26
10-EMG		1.340	5.360	893	1.340	644	460	51
11-Ecocolordoppler	73	7.544	15.640	4.002	4.002	4.600	695	320
12-Ecografia Addome	129	3.360	13.441	2.240	3.360	966	690	872
13-Gastroscoopia	9	933	3.640	668	795	1.932	230	27
14-TAC del Capo	326	366	1.463	244	366	0	144	14
15-TAC Addome		366	1.463	244	366	276	318	15
16-RM Cerebrale	2	518	2.070	345	518	1.426	230	15
17-RM Addome		124	497	83	124	230	230	14
18-RM della Colonna		1.001	4.002	667	1.001	0	230	111
22-Visita Ginecologica		368	10.166	764	3.054	6.486		4.794
23-Visita Dermatologica	89	2.484	21.142	1.766	7.066	12.742	460	1.192

24-Visita Otorinolaringoiatrica	190	2.162	11.868	1.849	7.397	7.544	184	1.457
25-Visita Chirurgia Vascolare	17	828	2.300	248	994	184		585
26-TAC Rachide e Speco Vertebrale		90	359	60	90	0	92	1
27-TAC Bacino		14	55	9	14	0		

30

prestazione	TIPO ACCESSO = 1				TIPO ACCESSO=0			LP
	U-Urgenza	B -Urgenze differibili	D - ordinario	P - Programmate	controlli a CUP	prese in carico ambulatori	DAY SERVICE	
28-TAC Torace		345	1.380	230	345	92	332	15
29-Ecografia Mammella		352	1.408	235	352	138		1.144
34-Ecocolordoppler Cardiaca		2.160	8.639	1.440	2.160	4.692	1.191	231
35-Elettrocardiogramma	10	1.829	7.314	1.219	1.829	7.452		2.158
36-Elettrocardiogramma Holter		846	3.384	564	846	1.196	92	17
37-Audiometria		1.277	5.106	851	1.277	5.566	92	49
38-Spirometria		904	3.616	603	904	1.426	230	32
40-Visita Gastroenterologica	11	506	5.474	258	1.030	1.426	92	874
41-Visita Pneumologica	24	736	6.900	773	3.091	3.082	322	441
42-Mammografia	167	766	3.064	511	766	3.174	92	223
43-Ecografia Capo e Collo	160	1.323	4.924	821	1.231	1.702	464	115
44-Ecografia Ostetrica e Ginecologica		1.546	6.182	1.030	1.546	3.220	374	144
45-ECG da sforzo		545	2.180	363	545	2.024		104
46-RM Muscoloscheletrica		1.145	4.582	764	1.145	0		85



## ALLEGATO 2 - Linee Guida per la gestione delle agende a CUP

### “LINEE GUIDA PER LA COSTRUZIONE DELLE AGENDE CUP DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE DELL'AZIENDA USL E DELL'AZIENDA OSPEDALIEROUNIVERSITARIA DI FERRARA”

#### Premessa

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno che impatta sui percorsi di l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni specialistiche da parte dei cittadini rappresentando un elemento di forte criticità dei moderni sistemi sanitari.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è pertanto uno degli obiettivi prioritari del SSN e SSR e l'erogazione dei servizi assegnati entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>1</sup>. Il monitoraggio dei tempi di attesa, rientra tra le verifiche eseguite dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA (comma 308, art. 1 Legge 266/2005) istituito presso il Ministero della Salute nei confronti di tutte le regioni ed a cascata per le Aziende sanitarie. Solo le Regioni cosiddette “virtuose”, che hanno cioè raggiunto gli outcomes previsti, possono accedere al 3% del Fondo Sanitario Nazionale.

Il perfezionamento del sistema di monitoraggio rappresenta il punto cardine dell'intero ciclo di produzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che nella realtà Ferrarese si appoggia su una rete informatizzata come il CUP, dove l'intera offerta provinciale è visibile e disponibile tramite le Agende di prenotazione, ripartita secondo specifici volumi di attività e tipologia di accesso, nel rispetto delle classi di priorità.

L'attuale sistema di monitoraggio dei tempi di attesa (Ministeriale e Regionale) si focalizza sulla rilevazione delle classi di priorità urgenti U urgenti, B – breve, D – differibili e P - Programmate relative ai primi accessi. I meccanismi utilizzati devono essere definiti a priori e resi espliciti a tutti i soggetti coinvolti al fine di superare le attuali disomogeneità (come ad esempio la “personalizzazione” delle agende), con l'obiettivo di rendere trasparente e più efficiente l'uso delle risorse disponibili. Sull'esplicitazione e sulla condivisione di queste regole è basato l'intero documento, con la consapevolezza di non poter affrontare e risolvere in maniera esaustiva l'intera problematica delle liste d'attesa.

#### Definizioni ed aspetti normativi

Alla base del processo è la definizione puntuale della struttura dell'agenda di prenotazione, strumento informatico utilizzato per gestire in maniera trasparente l'accesso alle prestazioni sanitarie rivolte ai pazienti esterni (visite specialistiche ambulatoriali, esami di diagnostica strumentale e di laboratorio). Ciascuna agenda è costruita sulla programmazione fornita da ciascuna struttura erogante, e la cui responsabilità è posta nella figura del direttore sanitario: l'obiettivo è salvaguardare il diritto di accesso, garantito dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e succ. modificazioni e integrazioni<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> DPCM. 16 aprile 2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”. è il provvedimento ha integrato (allegato 5) il D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”.

<sup>2</sup> “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi Come modificata ed integrata dalla Legge 11 febbraio 2005 n. 15 (G.U. n. 42 del 21/2/05) e dal D.L. 14 marzo 2005, n. 35 convertito con modificazioni dalla Legge del 14 Maggio 2005, n. 80 (G.U. n. 111 del 14/5/05, S.O.), Legge, 07/08/2015 n° 124, G.U. 13/08/2015 Art. 7. Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza.

Le Agende sono oggetto di verifiche ed ispezioni da parte dei soggetti abilitati ai sensi delle vigenti disposizioni: tutti i cittadini che vi abbiano interesse possono richiedere alle direzioni sanitarie delle Aziende Sanitarie notizie sulle prenotazioni e sui relativi tempi di attesa, nel pieno rispetto della vigente normativa sulla privacy.

### Campo di applicazione

La regolamentazione declinata nel presente documento si applica a tutte le attività di specialistica ambulatoriale erogate in regime istituzionale ed in regime libero professionale in tutti gli ambulatori (territoriali e ospedalieri) dell’Azienda USL e dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

All’interno della rete CUP sono configurate sia le agende relative all’attività istituzionale che quelle dedicate alla libera professione in linea con le indicazioni previste dal Piano Nazionale dei Tempi di attesa 2019 – 2021<sup>3</sup> rendendo possibile il confronto in termini di performance dei volumi di prestazioni e dei tempi di attesa fra i relativi alle prestazioni programmate nell’ambito dei due regimi di erogazione, nella piena tutela della libera scelta del luogo di cura da parte del cittadino, (DGR.1131/2013<sup>4</sup>).

Le Agende sono inoltre lo strumento attraverso il quale è possibile governare l’utilizzo dell’offerta resa disponibile dalla disdetta delle prestazioni o dalle mancate presentazioni dei cittadini.

Le informazioni derivanti dal percorso, valutate con idonei strumenti di analisi in tempo reale, consentiranno alle due Aziende Sanitarie della provincia di Ferrara di realizzare azioni tempestive di continuo miglioramento di tutte le attività e di ogni percorso di specialistica ambulatoriale oltre che sui tempi di attesa.

### Metodologia

Le due Aziende Sanitarie ferraresi fanno riferimento allo stesso sistema CUP Provinciale seppure con modalità operative di configurazione delle agende diverse sia in termini di denominazione, di contenuti, di tempistica di erogazione e, non da ultimo, in termini di gestione di quegli eventi che possono incidere sulla gestione delle attività (ad esempio motivate sospensioni delle attività).

Le linee guida nazionali sul sistema CUP, emesse nel 2009 dal Ministero della Salute, definiscono l’agenda come strumento operativo del CUP. La costruzione dell’agenda avviene definendo uno spazio temporale di erogazione. Poiché ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, che ovviamente varia a seconda del tipo di prestazione, una volta definito il tempo di apertura del servizio, è possibile misurare l’offerta sanitaria in termini di numerosità delle prestazioni prenotabili nell’agenda stessa.

Le agende costruite, sulla base di quanto indicato a livello nazionale e di ciò che è qui condiviso fra le due aziende sanitarie provinciali, devono contenere l’intera struttura dell’offerta, quale traduzione dei piani di lavoro degli specialisti allineandone articolazione e contenuti.

La conoscenza dell’articolazione dei piani di lavoro è, infatti, uno strumento a disposizione sia delle Direzioni Aziendali che dei Direttori di Dipartimento per orientare le Azioni di riconversione/incremento di offerta esistenti o per prevedere il ricorso all’offerta erogata da produttori privati accreditati.

---

<sup>3</sup> Intesa stato regioni del 21/2/2019

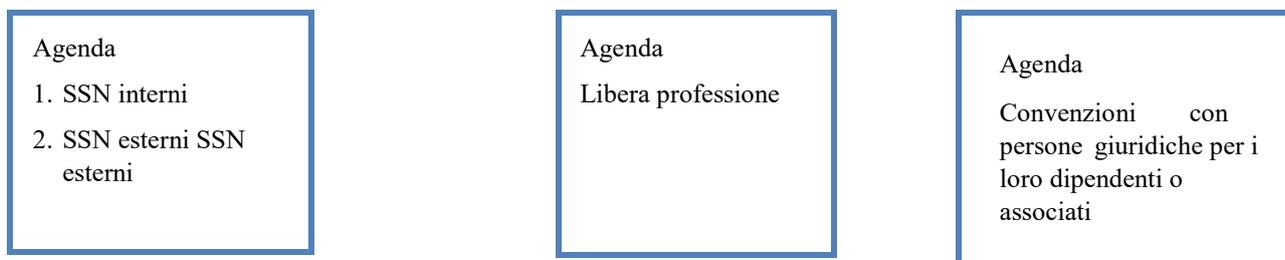
<sup>4</sup> “Linee guida regionali attuative dell’art.1, comma 4, della L.120/2007[ ..]Libera professione intramuraria”.

La regolamentazione delle attività delle agende di prenotazione riguarda:

- La struttura delle agende
- Il contenuto delle agende
- La profondità temporale minima da garantire
- Le agende destinate ai percorsi
- La disdetta delle prenotazioni
- Le regole di manutenzione delle Agende
- Le agende della libera professione
- Aspetti qualitativi delle agende di prenotazione

### 1. La struttura delle Agende

Metodologicamente la prima distinzione che bisogna operare, all'interno della rete CUP è quella fra agende di attività di specialistica ambulatoriale erogata in regime istituzionale ed agende di attività specialistica erogata in regime di libera professione precisando i relativi strumenti di accesso (ricetta SSN /DEMA e ricetta bianca).



Nella terza tipologia di agenda si è fatto riferimento a prestazioni destinate a convenzioni/accordi per la fornitura a pagamento di prestazioni o pacchetti prestazionali, con terzi:

- Altre strutture sanitarie,
- Istituzioni pubbliche non sanitarie
- Enti,
- Ditte

In questa fase è stata focalizzata l'attenzione, in via prioritaria, sulla ("agenda SSN esterni"), in quanto il oggetto di monitoraggio quotidiano dei tempi di attesa, senza per questo trascurare le prestazioni rivolte ai percorsi interni.

All'interno delle Agende riguardanti le attività per esterni a carico del SSN la prima distinzione da operare è quella fra Agende di primo livello e Agende di secondo livello ricordando che il monitoraggio coinvolge unicamente le prestazioni di primo accesso.

Agende di 1° livello

Agende di 2° livello

La distinzione tra Agende di primo e secondo Livello, potrà essere realizzato modificando su CUP ISES il campo tipo attività.

Le indicazioni regionali prevedono che, quale diretta conseguenza della semplificazione delle agende, eventuali prestazioni di II livello devono essere erogate con presa in carico diretta da parte della struttura, senza che il paziente debba transitare o accedere al sistema CUP, assimilando la gestione delle agende di secondo livello a quelle destinate ai percorsi che mantengono piena visibilità e tracciabilità attraverso il sistema CUP.

Le agende di II° Livello dell'Azienda Ospedaliera prenotabili o dal Centro Servizi o dagli sportelli di prenotazione interna come prenotazioni di ALTRO ACCESSO (TIPO ACCESSO 0).

L'Azienda USL ha agende con posti dedicati di presa in carico prenotabili esclusivamente dai punti di accoglienza interni (MEDICO SPECIALISTA/PdA) come prenotazioni di ALTRO ACCESSO (TIPO ACCESSO 0).

Con il PNGLA 2019 – 2021, recepito dalla Regione Emilia Romagna con il proprio PRGLA, vengono fornite indicazioni a tutti i prescrittori precisando che dovrà essere indicato sulla prescrizione se trattasi di un primo accesso (Tipo accesso 1) o di altro accesso (Tipo accesso 0). il Tipo accesso=1 (primo accesso) è riferito a:

prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, nei casi in cui risulta necessario il di primo inquadramento diagnostico. Rientrano nel tipo accesso 1 anche le prestazioni destinate a pazienti cronici

(89.01) che presentano una riacutizzazione della patologia;

visita o esame diagnostico strumentale/di laboratorio di approfondimento richiesta dallo specialista per completare la diagnosi, che possono essere erogate da medico specialista della medesima branca e/o da medico di disciplina specialistica differente.

Il Tipo accesso=0 (accesso successivo) è riferito a:

visita o prestazione di controllo, follow up

prestazioni prescritte ed erogate dallo specialista nei casi di presa in carico assistenziale Per realizzare un corretto monitoraggio dei tempi di attesa il sistema CUP deve acquisire le regole inerenti queste nuove tipologie di accesso e all'interno del primo accesso (TIPO 1), dovranno essere distinte a loro volta sulla base classi di priorità definite analogamente a quanto richiesto dalla prescrizione della ricetta SSN (rossa o dematerializzata).

Le classi di priorità applicabili alle prestazioni di specialistica ambulatoriale sono le seguenti:

“U” (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore. Prestazioni per le quali non è necessario l'accesso al pronto soccorso, ma la cui effettuazione deve avvenire con carattere d'urgenza. Di norma questa tipologia di prestazione prevede l'accesso diretto al servizio erogante.

“B” (Breve) da eseguire entro 10 giorni. Prestazioni la cui erogazione deve avvenire in tempi brevi.

“D” (Differibile) da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici. Prestazioni per le quali è stato fissato il tempo massimo di attesa in 30 giorni per le visite e in 60 giorni per le prestazioni diagnostiche.

“P” (Programmata): da eseguire entro 120 giorni per le Prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità. L'impiego dei ricettari per la prescrizione o la proposta di prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale è riservato ai medici dipendenti dal Servizio medesimo o con lo stesso convenzionati nell'ambito dei rispettivi compiti istituzionali (Legge 29/12/1987 n°531 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 ottobre 1987, n. 443, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria. (G.U. Serie Progressiva, n. 303 del 30 dicembre 1987) al comma 1 dell'art. 2.

La prestazione va prescritta come di seguito specificato:

Riportare la specifica prestazione di cui trattasi utilizzando il catalogo SOLE,

Indicare il tipo accesso (1 o 0)

Solo per il tipo accesso 1 Biffare la classe di priorità (U+B+D+P)

Specificare il motivo per cui la prestazione viene richiesta (c.d. Quesito diagnostico)

In fase di prenotazione il sistema CUP propone il primo posto disponibile che soddisfa i requisiti indicati nella prescrizione (tipo accesso, classe di priorità, codice prestazione SOLE).

Le agende contengono le seguenti attività che dovranno essere dettagliate all'interno di CUPISES.

Attività per esterni (Tipo accesso 1) in cui solo le urgenze (U e B), le differibili (D) e le programmate (P) di primo accesso sono oggetto di monitoraggio.

Attività per esterni (Tipo accesso 0) destinate ai controlli, follow up, alle prese in carico, ai percorsi diagnostico terapeutici e alle attività di secondo livello non oggetto di monitoraggio dei tempi di attesa. L'insieme delle attività pianificate per gli esterni, insieme a quella dedicata agli interni, costituiscono il piano di lavoro delle équipes o dei singoli professionisti coinvolti, in termini di posti resi disponibili al sistema di prenotazione (CUPISES).

Le linee guida nazionali sul sistema CUP, precedentemente citate, prevedono inoltre che: "Ciascuna agenda è ripartita in classi di priorità, in ognuna delle quali sono distribuiti i posti complessivamente disponibili, secondo percentuali stabilite a priori e modificabili secondo l'andamento della domanda. Inoltre, i posti non occupati in una classe di priorità vengono resi disponibili, nei giorni immediatamente precedenti la scadenza, alla prenotazione in un'altra classe di priorità".

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse, le attività delle agende, pur distinte in base alla classe di priorità, prevedono l'utilizzo di un meccanismo di "riutilizzo" automatico che consente la riconversione delle prestazioni per raggiungere la piena occupazione dei posti.

La riconversione delle prestazioni in primi accessi (sia visite che esami strumentali) si realizza di norma a seguito di una disdetta, ovvero di mancato utilizzo di prestazioni dedicate ad approfondimento o ad alcune prestazioni riservate a percorsi PDA. Pertanto, possibili disdette di prestazioni effettuate entro 2 (due) giorni lavorativi dall'erogazione della medesima, concorrono a rendere disponibili quelle prestazioni per la prenotazione dei posti dedicati a priorità (U + B + D) e la corrispondente offerta per tali priorità diventa attività differibile (D).

Per quanto riguarda le prestazioni strumentali che richiedono una preparazione (es. Colonscopia) propedeutica all'erogazione, il riutilizzo dovrà rispettare comunque i tempi necessari alla preparazione.

\*\*\*\*\*

La semplificazione delle agende di primo livello per criteri di priorità non contempla l'esistenza di altri criteri di suddivisione, dovrà pertanto essere superato il vincolo legato a specifici quesiti diagnostici, in quanto non applicabile. Ciò comporta una revisione sistematica di tutte le Agende di primo livello per uniformare le regole condivise e applicate.

Il vincolo di un quesito diagnostico (Q.D.) potrebbe riguardare:

Un'attività di II livello programmata (Tipo Accesso 0) con tempi definiti dalla struttura che prende in carico il paziente.

Attività esclusa dal monitoraggio

Un'attività destinata a percorsi di cronicità, per definizione programmata (Tipo di accesso 0) e quindi esclusa dal monitoraggio

Tutti i problemi emergenti o riacutizzazioni di specifiche condizioni patologiche, rientrano nelle attività di specialistica ambulatoriale (U+B+D+P) (Tipo di Accesso 1) oggetto di monitoraggio.

\*\*\*\*\*

Le Agende che riguardano le attività in regime di Libera Professione dovranno essere calendarizzate in maniera da rendere metodico e standardizzato il confronto volumi/ tempi di attività resa in rapporto a quanto erogato in regime istituzionale. In questo caso non sono previste classe di priorità.

Esiste infine un terzo contenitore che riguarda le attività richieste da terzi paganti come quelle richieste dai datori di lavoro per i propri lavoratori: le relative agende non saranno suddivise per classi di priorità in quanto non richieste con ricetta SSN.

## 2. Il contenuto delle agende

Le agende sono composte da prestazioni di specialistica ambulatoriale presenti e codificate secondo le regole riportate all'interno del nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale (NTR), da destinare alle diverse priorità di accesso.

Per le visite specialistiche, il NTR distingue prime visite di controllo, mentre non esiste analogia distinzione per le prestazioni di diagnostica: tutte le prestazioni, indipendentemente dalla codifica, prevedono le diverse priorità di accesso all'interno della stessa agenda.

Così come le visite anche le prestazioni di diagnostica prevedono la suddivisione in classi di priorità, per poter procedere con la prenotazione nei posti riservati alla priorità indicata nella prescrizione.

Dopo aver definito la struttura ed i contenuti delle agende bisogna stabilire, per ogni tipologia, i volumi di prestazioni da rendere disponibili alla prenotazione diretta da parte degli sportelli CUP e dei PdA dedicati ai percorsi. Si precisa che alla definizione della tipologia e dei volumi di prestazioni concorrono tutti i produttori: presidi e/o strutture AUSL, dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria e del privato accreditato.

## 3. La profondità delle Agende

la prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali essendo un'attività a supporto di un servizio essenziale quale l'erogazione di prestazioni sanitarie ne acquisisce anche la caratteristica di essenzialità tanto che la Regione Emilia Romagna, nel Piano Regionale per il contenimento dei tempi di attesa, adottato con delibera di giunta n° 1532/2006, ha stabilito, tra i requisiti di funzionamento dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che:

“Le agende non devono essere chiuse in quanto la chiusura delle agende sottostima il bisogno e favorisce la non adozione degli strumenti di programmazione delle risorse...”

Nella gestione delle agende di prenotazione l'elemento di maggior criticità è costituito dalla tempestiva e puntuale programmazione delle stesse da parte dei professionisti per evitare, in particolare, sia la sospensione delle attività, ma anche quel fenomeno di spostamento degli appuntamenti che comporta disagio all'utenza.

I professionisti procedano a programmare per tempo le proprie assenze e a riorganizzare le proprie agende, che di regola deve garantire, da parte degli specialisti, il mantenimento dell'apertura dell'agenda.

## 4. Le Agende destinate ai percorsi

Nei punti precedenti abbiamo accennato all'offerta riservata alla presa in carico del paziente, la cui prenotazione avviene attraverso i punti di accoglienza/accettazione (PdA ) o medico specialista con modalità organizzative diverse tra azienda Ospedaliera e Ausl.

Tutte le prestazioni destinate ai percorsi interni di presa in carico (DSA , II° livello, completamento diagnostico), validati in ambito Aziendale, vanno rilevate come attività con tipo di accesso 0 (ALTRO ACCESSO). Questa indicazione deriva dal fatto che le attività dei percorsi hanno posti dedicati, con tempi di accesso variabili pertanto non confrontabili con i tempi di accesso garantiti alla generalità della popolazione per i primi accessi. Le prestazioni inserite nei percorsi/DSA sono infatti rivolti ad una tipologia di persone che hanno necessità assistenziali che devono essere conclusi con tempi differenti rispetto agli standard (es il DSA diagnostico deve essere concluso entro 30 giorni anche nel caso in cui si ricorra ad una TC, il percorso dei cronici può avere tempi superiori).

#### 5. La disdetta delle prenotazioni

Per rendere disponibili all'interno del sistema CUP le prestazioni prenotate e successivamente disdette a vario titolo dall'utenza, sono state individuate specifiche regole per il loro riutilizzo, secondo disposizioni Regionali (LR 2/2016).

A tal fine sono stati individuati, (DGR 377 del marzo 2016):

I punti per effettuare la disdetta: sportelli CUP, farmacie, call center (800532000), CUPweb e l'applicazione per mobile ER-Salute. i tempi utili della disdetta ovvero due giorni lavorativi antecedenti la data di erogazione. il numero che traccia la disdetta.

I giustificati motivi ammessi per l'annullamento della sanzione amministrativa in caso di mancata disdetta.

#### 6. Le regole di manutenzione delle Agende

La struttura delle agende per dare garanzia di accesso in tempi utili deve essere mantenuta il più possibile costante nel tempo. Pertanto tutte le attività che incidono sulla programmazione a lungo termine (assenze non programmate, partecipazione a congressi/convegni/attività aziendali) devono essere comunicate almeno trimestralmente ai referenti delle agende, che hanno l'obbligo di trasmetterle immediatamente al Responsabile Unitario dell'Accesso, per la valutazione dell'impatto e la eventuale riprogrammazione delle attività per evitare possibili ripercussioni negative sull'organizzazione e sui tempi di attesa.

In Azienda USL, per dare risposta al fenomeno delle chiusure improvvisate (eventi non programmabili) sono state previste chiusure precauzionali di una settimana al mese, destinate al possibile recupero dei pazienti prenotati nel periodo di chiusura non programmata, e comunque rese disponibili entro 30 giorni precedenti alla data interessata, per integrare l'offerta presente all'interno del Sistema CUP se non utilizzate.

Queste chiusure si aggiungono ai periodi cosiddetti "prudenziali" programmati all'inizio dell'anno nei periodi dal 20/12 al 10/01, dal 20/4 al 30/4 e tutto il mese di agosto previste sia per Azienda Ospedaliera che in Azienda USL.

Tali regole consentono di sopperire al fabbisogno anche in caso di interruzioni impreviste delle attività, attraverso una procedura di riprogrammazione.

I piani ferie dovranno essere comunicati al Responsabile MO Specialistica Ambulatoriale per concordare e/o rivedere i Piani di lavoro.

Eventi eccezionali ed imprevedibili devono essere comunicati da parte del Responsabile delle UU.OO. (o facente funzioni) al Responsabile MO Specialistica Ambulatoriale per attivare i meccanismi necessari al ripristino dell'offerta.

#### 7. La libera professione (LP)

La Libera Professione non deve confliggere con le finalità istituzionali e deve essere organizzata in modo tale da assicurare l'integrale assolvimento dei compiti e la piena funzionalità dei servizi istituzionali, nel rispetto della vigente normativa in materia.

La prenotazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale in regime di Libera Professione deve avere gestione separata rispetto alla prenotazione in regime SSN, anche se effettuata all'interno del medesimo sistema CUP. In questa fase non è stata prevista un'articolazione delle agende per classe di priorità. Per consentire l'invio nel flusso informativo regionale ASA si è proceduto a ricondurre i pacchetti della Libera Professione ai singoli codici del NTR.

Prestazioni escluse dai LEA sono erogate in LP previa autorizzazione del Direttore Sanitario.

Le Aziende Sanitarie ferraresi hanno redatto specifici Regolamenti in materia coerenti con la vigente normativa nazionale e regionale.

Il Responsabile Unitario dell'Accesso ha la potestà, assegnata dalla DGR 1056/2015 e dalla delibera di nomina congiunta n. 215 del 28/08/2015, in caso di superamento dei tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, di proporre alla Direzione Aziendale la sospensione temporanea dell'attività in Libera Professione in base alle norme nazionali di cui alla legge n. 120 del 2007 e s.m.i e disposizioni applicative regionali di cui alla DGR 200/2008, fino al ripristino delle condizioni di accesso.

#### 8. Aspetti qualitativi delle agende di prenotazione - gestione overbooking

Gli aspetti qualitativi delle agende fanno riferimento alla uniformità nella denominazione delle agende, elemento necessario per dare omogeneità al sistema.

Il processo di omogeneizzazione della struttura e dei piani di attività delle agende, potrà essere utilizzato per quantificare ed organizzare il possibile overbooking dei singoli professionisti.

#### Conclusioni

Il tema delle agende di prenotazione ha richiesto un'analisi dei sistemi di gestione delle agende da parte di entrambe le Aziende Sanitarie ferraresi, a cui si è cercato di dare soluzioni e risposte condivise e poter procedere in tempi brevi alla revisione dell'intero sistema senza dover ricorrere ad interventi onerosi.

Il presente provvedimento dovrà essere sicuramente integrato con le regole dell'overbooking in modo da poter distinguere quello legato alle mancate erogazioni dall'offerta aggiuntiva, con l'obiettivo di contenere gli oneri derivanti dai possibili incrementi di offerta.

Le presenti Linee Guida provinciali sono state elaborate dal Team Operativo costituito da:

Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Paola Dianati - Responsabile Agende Distretto Centro Nord AUSL Ferrara

Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Michele Greco - Direttore U.O. Funzioni Amministrative Distrettuali AUSL Ferrara

Sandro Guerra - Direttore Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

### ALLEGATO 3

Istruzione Operativa per la gestione della riscossione della sanzione amministrativa per mancata disdetta

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara</p>	<p>DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali</p>	
	<p>Istruzione Operativa n° 2 del 05/08/2016 <sup>5</sup></p>	
	<p>La gestione della riscossione della sanzione amministrativa per mancata disdetta</p>	
<p>Redazione</p>	<p>Cognome/Nome</p>	<p>Funzione</p>
	Dott. M. Greco	U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali
	Dott.ssa F. Camurri	Ufficio controlli compartecipazione spesa sanitaria
	Dott.ssa M. Pandini	....
	Dott.ssa M. Cavicchioli	Gestione organizzativa procedure informatiche di tipo specialistico
	Dott.ssa M. Ambanelli	U.O. Economica Finanziaria
	Dott. S. Nola	Dipartimento Direzione Assistenza Ospedaliera
	Dott. E. Carlini	Direzione medica di presidio AOSPFE
	Sig.Ra MP. Maccione	Ufficio recupero crediti

## 1. OGGETTO

La presente procedura definisce le modalità di gestione della sanzione amministrativa elevata nel caso in cui il cittadino non si presenti ad un appuntamento fissato in regime SSN presso le strutture sanitarie della Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e privato accreditato senza averne dato disdetta entro almeno due giorni lavorativi dalla data di erogazione. Sono escluse le prestazioni di Igiene e Sanità pubblica, di Medicina Legale, prestazioni erogate nell'ambito degli screening regionali e quanto non rientrante nell'ambito della specialistica ambulatoriale. Sono altresì escluse tutte le urgenze 24h e tutti gli appuntamenti per i quali non intercorrano almeno due giorni lavorativi tra la data prenotazione e la data appuntamento.

## 2. SCOPO/OBIETTIVO

Disciplinare ed uniformare negli adempimenti sanitari ed amministrativi tutte le fasi della gestione della emissione della sanzione amministrativa e del relativo incasso riconducibili ai casi di mancata disdetta.

### CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica al personale sanitario ed amministrativo dei Dipartimenti Cure Primarie, Presidio Unico Ospedaliero, Azienda Ospedaliero-Universitaria e privato accreditato che eroga prestazioni in regime SSN, ciascuno secondo le proprie competenze, come di seguito specificato.

5

## 3. DOCUMENTI/NORMATIVE DI RIFERIMENTO

1. D.lgs n. 124/1998, Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449.
2. D.G.R 1056/2015 "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie"
3. L.R. 2 Marzo 2016 "Norme regionali in materia di organizzazione degli esercizi farmaceutici e di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali"
4. D.G.R. 377/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali. modalità operative per le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale in applicazione dell'art. 23 della L.R. 2/2016"
5. Circolare n. 4 del 20/04/2016 "Obbligo di disdetta delle prenotazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla Legge 2/2016 art. 23 e DGR 377 del 22 marzo 2016. Istruzioni operative"
6. L.R. 21/1984 "Disciplina dell'applicazione delle sanzioni amministrative di competenza regionale"
7. Delibera dell'Ausl di Ferrara n° 14 del 24-1-2007, "Regolamento aziendale per la rilevazione, l'addebito, la gestione dell'attività di riscossione diretta"
8. Delibera dell'Ausl di Ferrara n° 15 del 24-1-2007, "Regolamento di organizzazione a livello dipartimentale dell'attività di recupero entrate patrimoniali per l'Azienda U.S.L. di Ferrara". 9. L.689/81, Legge di depenalizzazione

## 10. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE

### A) AMBITO DI APPLICAZIONE

Premesso che il D.lgs. n.124 del 1998 all'articolo 3, comma 15 indica che l'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione;

Vista la Legge Regionale 2/2016 Titolo VI art. 23, comma 2, in cui si stabilisce che anche l'utente esente è tenuto al pagamento della sanzione amministrativa se non possa o intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati senza darne giusto preavviso;

Vista la citata L.R. 2/2016 che all'art 23, comma 1, fissa in due giorni lavorativi il preavviso utile per dare disdetta della prenotazione senza incorrere nella sanzione amministrativa che sarà pari alla quota ordinaria di partecipazione al costo (ticket) stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa;

Dato atto che la suddetta Legge Regionale stabilisce che la sanzione è applicata e riscossa dall'Azienda USL territorialmente competente in relazione alla struttura presso la quale è stato fissato l'appuntamento [...] e che alla medesima azienda sono attribuiti i relativi proventi

Si definiscono di seguito le modalità per la gestione della applicazione della sanzione, relative modalità di riscossione e giustificati motivi ammessi per non incorrere nel pagamento della stessa., applicate a tutte le strutture sanitarie delle Aziende citate al punto 3 Campo di applicazione.

Secondo quanto previsto dalle norme citate il cittadino che ha prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non possa o non intenda presentarsi nel giorno e nell'ora fissati è tenuto a darne comunicazione entro almeno due giorni lavorativi attraverso le seguenti modalità:

Numero verde 800 532 000 attivo per la disdetta automatica h24

Numero Verde 800 532 000 con operatore attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 17.00 il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00

Presso i cup (orari sul sito [www.ausl.fe.it](http://www.ausl.fe.it)) e le farmacie della provincia

Online su sito [www.cupweb.it](http://www.cupweb.it)

Attraverso la app regionale ER Salute disponibile per dispositivi Android, Apple e Windows Phone, scaricabile attraverso gli Store ufficiali.

Sul sito <https://opencup.ausl.fe.it>

La disdetta sarà possibile anche se effettuata oltre i termini previsti e precedentemente indicati per consentire all'utente il riutilizzo della prescrizione medica la prestazione sarà comunque soggetta a sanzione.

Al termine dell'operazione di disdetta verrà fornito all'utente da parte dell'operatore un codice di disdetta che l'utente dovrà appuntarsi.

Tale codice non verrà rilasciato attraverso le modalità di cui ai punti a), d), e) poiché per la certificazione dell'avvenuta disdetta fanno fede le registrazioni dei sistemi informativi (e-mail per i punti d) ed e), registrazione del contatto per il punto a))

## B) IRROGAZIONE DELLA SANZIONE

Il giorno della visita o dell'esame diagnostico il professionista che verifica la mancata presenza del paziente dovrà indicarlo sulla lista lavoro, cartacea o informatizzata, affinché l'Ufficio Controlli Compartecipazione spesa sanitaria possa procedere alla notifica della sanzione al cittadino entro i termini stabiliti dalla legge. La notificazione della violazione verrà effettuata entro il termine di novanta giorni dall'accertamento agli interessati (art.10 L.R. n.21/1984).

Il verbale viene redatto dal responsabile del procedimento o suo sostituto individuato mediante Delibera del Direttore Generale di questa Azienda.

## C. RISCOSSIONE DELLA SANZIONE

La sanzione viene elevata solo per importi superiori ad € 8, e di importo massimo, per ogni appuntamento non disdetto, di € 36.15, di € 46.15 per le prestazioni di chirurgia ambulatoriale, maggiorato delle spese di spedizione.

La sanzione verrà notificata con Raccomandata Ar e potrà essere pagata attraverso i seguenti canali:

bollettino postale allegato alla notifica, on line sul sito [www.pagonlinesanita.it](http://www.pagonlinesanita.it) nelle farmacie abilitate attraverso la cassa RUDI

La sanzione non viene applicata solo in caso di giustificati motivi che devono riguardare impedimenti oggettivi e documentabili dovuti a:

malattia (necessario certificato medico, certificato di Pronto Soccorso, dichiarazione di ricovero) motivi familiari (ricovero, malattia, decesso del coniuge o parente di I e II grado o convivente) nascita del figlio (se avvenuta entro due giorni antecedenti la data appuntamento) incidente stradale (se avvenuto nelle 6 ore antecedenti l'appuntamento)

situazioni imprevedibili (es. problemi di viabilità dovuti a sciopero dei mezzi pubblici, manifestazioni, episodi atmosferici estremi, ecc. documentati da organi di stampa)

come previsto dalla Circolare Regionale 4/2016 e che le stesse non sono suscettibili di integrazione/interpretazione estensiva da parte delle Azienda, al fine di evitare discrezionalità e comportamenti disomogenei in ambito regionale.

Non saranno accolte note e/o documenti giustificativi presentati dall'utente al di fuori delle ipotesi sopra citate ed in particolare le seguenti fattispecie: l'utente dichiara di non aver mai prenotato la prestazione oggetto della sanzione.

l'utente dichiara di aver disdetto al Call Center, CUP o FARMACIE, ma non possiede il numero di disdetta, dato indispensabile per dimostrare la certezza della disdetta medesima;

L'utente dichiara di aver disdetto chiamando direttamente il reparto ma non possiede come nel caso precedente il numero della disdetta.

Restano salvi i casi di evidente errore di prenotazione; in questo caso verrà effettuata la verifica del numero dell'impegnativa e della prenotazione. Verrà accertato, altresì, se vi è stato un errore di prenotazione per omonimia, comprovata da dichiarazione rilasciata dal medico curante di non aver mai prescritto al proprio paziente prestazione sanitaria non disdetta.

A seguito della contestazione l'utente avrà la possibilità, entro e non oltre 30 gg dalla data di notificazione, di esporre i propri giustificati motivi trasmettendo via posta ordinaria, PEC, e.mail e fax l'apposito modulo approvato dalla Regione "Richiesta di annullamento della sanzione amministrativa erogata per mancata disdetta delle prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali".

Entro 30 gg dalla ricezione degli scritti difensivi/richiesta di annullamento del verbale l'Ufficio controlli compartecipazione alla spesa sanitaria darà risposta procedendo, laddove se ne riscontrassero le motivazione, alla emissione dell'ordinanza di archiviazione.

Entro 60 gg dalla notifica della sanzione amministrativa, qualora l'utente non provveda al pagamento della sanzione ovvero non presenti giustificati motivi per il mancato pagamento della stessa l'Ufficio controlli compartecipazione alla spesa sanitaria dell'U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali emetterà un'ordinanza/ingiunzione di pagamento e, in caso di mancato pagamento entro 30 gg dalla notifica dell'ordinanza trasmetterà gli atti all'Ufficio Recupero Crediti dell'U.O. Economica Finanziaria al fine di precedere alle ulteriori procedure di recupero forzoso ex DLG 112/99 e s.m.i di riordino del DRP 603/72.

Ai sensi dell'art. 27 ultimo comma L.689/81 l'Ufficio Recupero Crediti dell'U.O. Economica Finanziaria applicherà la maggiorazione di un decimo per ogni semestre a decorrere da quello in cui la sanzione è divenuta esigibile e fino a quello in cui il ruolo è trasmesso all'esattore. La maggiorazione assorbe gli interessi eventualmente previsti dalle disposizioni vigenti.

L'utente che ha pagato il ticket ma non ha effettuato la prestazione senza darne regolare disdetta potrà richiedere il rimborso di quanto versato ma sarà tenuto al pagamento della sanzione amministrativa.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' PER IL PUNTO "A" e "B"

ATTIVITA'	Cup	Operatori Ambulatori	Responsabile del procedimento
Rilascio codice disdetta	R	/	/
Verifica presenza/assenza paziente	/	R	/
Accertamento della violazione	/	/	R

## 7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA' PER IL PUNTO "C"

ATTIVITA'	Sportello Unico	Bilancio
Notifica sanzione	R	/
Ricevimento segnalazione impedimento oggettivo	R	/
Invio ordinanza archiviazione/non accoglimento giustificato motivo	R	/
Ordinanza/ingiunzione di pagamento	R	C
Invio richiesta di iscrizione a ruolo	R	C
Iscrizione a ruolo	C	R
R= responsabile; C= coinv lto		

## 8. ACCESSIBILITA'

La procedura in oggetto è reperibile nelle pagine WEB dell'U.O Servizi Amministrativi Distrettuali-Sportello Unico e, in formato cartaceo, presso la segreteria dell'U.O. Servizi Amministrativi Distrettuali.

## B) PRESTAZIONI DI RICOVERO OSPEDALIERO

### CONTESTO DI RIFERIMENTO

#### Contesto normativo

- DGR 1003/2016 “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del SSR per l’anno 2016”.
- DGR 272/13.3.2017 “Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna”
- Circolare 7/2017 “Linee di indirizzo per la gestione delle liste di prenotazione dei ricoveri chirurgici programmati nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna”
- Circolare 5 del 2.5.2018 "Governo e standardizzazione dei percorsi preoperatori e gestione perioperatoria nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna”.
- DPG 2019/6974 del 12.4.2019 “Costituzione organismi regionali di supporto all’ attuazione della DGR 272/2017” ai sensi dell’art.40 della LR 43/2001”
- DGR 603/15.04.2019 “PRGLA per il triennio 2019-2021”
- Documento PR/2017 n. 0720985 del 16.11.2017 “Carcinoma prostatico: classi di rischio, strategie terapeutiche e tempistiche di trattamento chirurgico radicale" che contiene indicazioni cliniche per l'appropriato inserimento in lista e l'attribuzione della classe di priorità in relazione ai livelli di rischio.
- Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2010/2012
- Piano Nazionale Governo Liste di attesa 2019/2021
- Delibera Aziendale 66 del 10/4/2017 AUSL “Nomina del Responsabile unico interaziendale per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato” e s.m.
- Delibera Aziendale 70 del 10/4/2017 Azienda Ospedaliero-Universitaria "Nomina del Responsabile Unico interaziendale per il governo dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato” e s.m.
- P-084-INTER “Gestione delle Liste di attesa degli interventi chirurgici programmati in regime di ricovero completo”
- Documento Interaz. PG0001507/2019 dell'AUSL di Ferrara e DOC 216-17AZ dell’AOU. “Assegnazione Classi di Priorità per pazienti con indicazione a ricovero programmato per intervento chirurgico di ernioplastica ed emorroidectomia”

### QUADRO GENERALE DELLA PRODUZIONE E MOBILITÀ PER INTERVENTI CHIRURGICI PROGRAMMATI NELLA PROVINCIA DI FERRARA (REDATTO DA AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA)

1. Produzione delle strutture sanitarie provinciali
2. Mobilità attiva

3. Domanda dei pazienti residenti
4. Mobilità passiva
5. Copertura della domanda espressa per residenti da parte delle strutture sanitarie provinciali
6. Analisi dell'uso efficiente delle risorse disponibili a livello provinciale misurate in termini di posti letto e sale operatorie
7. Considerazioni e linee di intervento

### Produzione delle strutture sanitarie provinciali

La produzione chirurgica delle strutture pubbliche e private della provincia di Ferrara per pazienti residenti e non residenti è illustrata nella tabella:

totale produzione a favore di cittadini residenti e non residenti nella provincia di Ferrara										
	2014		2015		2016		2017		2018	
Azienda USL	7.869	33,3%	7.168	31,4%	6.418	28,3%	6.395	28,4%	6.047	26,0%
Azienda OSP	14.833	62,8%	14.716	64,4%	15.084	66,4%	14.398	64,0%	14.847	63,9%
Privato provinciale	915	3,9%	955	4,2%	1.200	5,3%	1.719	7,6%	2.331	10,0%
totale produzione	23.617	100,0%	22.839	100,0%	22.702	100,0%	22.512	100,0%	23.225	100,0%

L'attività programmata rappresenta circa il 43 % dell'intera produzione (programmato+urgenza) in provincia.

totale produzione a favore di cittadini residenti e non residenti nella provincia di Ferrara (solo programmato)														
	2014		2015		2016		2017		2018					
		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg		% progr/ progr+urg
Azienda USL	3.314	32,8%	3.102	30,5%	2.724	27,0%	2.778	29,2%	2.507	26,3%				
Azienda OSP	6.380	63,1%	6.618	65,1%	6.806	67,4%	6.087	64,1%	5.872	61,6%				
Privato provinciale	410	4,1%	452	4,4%	572	5,7%	638	6,7%	1.150	12,1%				
totale produzione	10.104	100%	10.172	100,0%	10.102	100,0%	9.503	100,0%	9.529	100,0%				41%

La tabella evidenzia che più del 60 % della produzione viene effettuata dall'Azienda Ospedaliera Universitaria. Negli anni dal 2014 al 2018 si evidenzia una progressiva riduzione dell'attività dell'Azienda USL mentre progressivamente aumenta quella delle strutture private provinciali.

### Mobilità attiva

L'attività chirurgica per pazienti non residenti (mobilità attiva) viene effettuata prevalentemente dall'Azienda Ospedaliera (vedi tavola).

produzione interventi chirurgici a favore di pazienti non residenti										
	2014		2015		2016		2017		2018	
Azienda USL	1.133	29,1%	927	24,5%	824	21,0%	924	21,6%	927	19,2%
Azienda OSP	2.392	61,3%	2.437	64,3%	2.511	64,0%	2.390	55,7%	2.480	51,3%
Privato provinciale	375	9,6%	427	11,3%	589	15,0%	973	22,7%	1.425	29,5%
<b>totale produzione</b>	<b>3.900</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.791</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.924</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.287</b>	<b>100,0%</b>	<b>4.832</b>	<b>100,0%</b>

L'andamento della produzione per non residenti dal 2014 al 2018 presenta un decremento presso le strutture pubbliche sia di Azienda Ospedaliera sia di Azienda USL e un progressivo aumento presso la struttura private provinciali.

Circa il 46% di questa mobilità attiva è effettuata in regime di programmazione e riguarda prevalentemente, nell'ambito della chirurgia oggetto di monitoraggio regionale, la chirurgia non oncologica come le protesi di anca, le coronarografie, le PTCA, le ernie inguinali

produzione interventi chirurgici a favore di pazienti non residenti solo programmato e % programmato/totale produzione																
	2014		% progr/ progr+urg	2015		% progr/ progr+urg	2016		% progr/ progr+urg	2017		% progr/ progr+urg	2018		% progr/ progr+urg	
Azienda USL	471		26%	42%	396	22%	42,72%	332	17%	40,29%	370	20%	40,04%	371	17%	40,02%
Azienda OSP	1.203		67%	50%	1.257	69%	51,58%	1.340	69%	53,37%	1.200	65%	50,21%	1.170	53%	47,18%
Privato provinciale	111		6%	30%	161	9%	37,70%	264	14%	44,82%	282	15%	28,98%	683	31%	47,93%
<b>totale produzione</b>	<b>1.785</b>		<b>100%</b>	<b>46%</b>	<b>1.814</b>	<b>100%</b>	<b>47,85%</b>	<b>1.936</b>	<b>100%</b>	<b>49,34%</b>	<b>1.852</b>	<b>100%</b>	<b>43,20%</b>	<b>2.224</b>	<b>100%</b>	<b>46,03%</b>

### Domanda dei pazienti residenti

Se analizziamo la domanda dei residenti nella provincia di Ferrara vediamo che si attesta intorno a 27.000 interventi anno di cui circa il 67 % effettuati presso le Aziende pubbliche, circa un 2% presso il Privato presente nella provincia e una quota di circa il 30% effettuati presso strutture extraprovincia ed extraregione (mobilità passiva).

domanda di interventi chirurgici a favore di pazienti residenti (progr+urg)										
	2014		2015		2016		2017		2018	
Azienda USL	6.736	24%	6.241	22%	5.594	20%	5.471	20%	5.120	23%
Azienda OSP	12.441	44%	12.279	44%	12.573	46%	12.008	45%	12.367	55%
Privato provinciale	540	2%	528	2%	611	2%	746	3%	906	4%
mobilità extra prov., extra RER	8.811	31%	8.716	31%	8.643	32%	8.494	32%	4.196	19%
<b>totale domanda residenti</b>	<b>28.528</b>	<b>100%</b>	<b>27.764</b>	<b>100%</b>	<b>27.421</b>	<b>100%</b>	<b>26.719</b>	<b>100%</b>	<b>22.589</b>	<b>100%</b>
domanda soddisfatta in provincia	19.717	69%	19.048	69%	18.778	68%	18.225	68%	18.393	81%

La domanda di chirurgia programmata è illustrata nella tabella sottostante

domanda di interventi chirurgici dei pazienti residenti (solo programmato) e % programmato/totale produzione																				
	2014		% progr/ progr+urg		2015		% progr/ progr+urg		2016		% progr/ progr+urg		2017		% progr/ progr+urg		2018		% progr/ progr+urg	
Azienda USL	2.843	20%	42%	2.706	19%	43%	2.392	17%	43%	2.408	18%	44%	2.136	21%	42%					
Azienda OSP	5.177	37%	42%	5.361	38%	44%	5.466	39%	43%	4.887	36%	41%	4.702	46%	38%					
Privato provinciale	299	2%	55%	291	2%	55%	308	2%	50%	356	3%	48%	467	5%	52%					
mobilità extra prov., extra RER	5.694	41%	65%	5.863	41%	67%	5.913	42%	68%	6.030	44%	71%	2.836	28%	68%					
<b>totale domanda residenti</b>	<b>14.013</b>	<b>100%</b>	<b>49%</b>	<b>14.221</b>	<b>100%</b>	<b>51%</b>	<b>14.079</b>	<b>100%</b>	<b>51%</b>	<b>13.681</b>	<b>100%</b>	<b>51%</b>	<b>10.141</b>	<b>100%</b>	<b>45%</b>					
domanda soddisfatta in provincia	8.319	59%	42%	8.358	59%	44%	8.166	58%	43%	7.651	56%	42%	7.305	72%	40%					

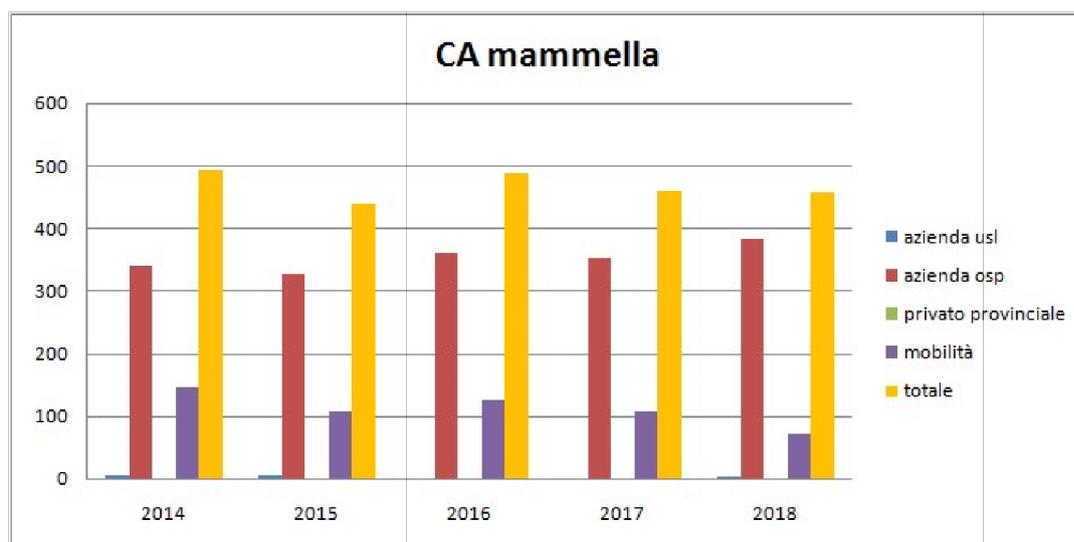
La domanda di chirurgia programmata rappresenta circa il 50% degli interventi totali per i residenti della provincia che viene soddisfatto nelle strutture provinciali (pubbliche e private) per circa il 58% con un trend in diminuzione mentre stà aumentando la quota soddisfatta nell'ambito della mobilità passiva.

Quest'ultimo fenomeno non è così evidente guardando l'intera produzione chirurgica, programmata ed urgente, confermando che per l'urgenza la popolazione residente fa riferimento alle strutture territoriali mentre per gli interventi programmati oltre il 40% dei residenti sceglie un ospedale al di fuori della provincia con un trend in crescita.

Analizzando le strutture pubbliche di produzione l'Azienda Ospedaliera Universitaria rappresenta il maggiore produttore per pazienti residenti.

Se andiamo a vedere la domanda di chirurgia per alcuni interventi oggetto di monitoraggio per pazienti residenti vediamo che :

1. ca mammella: il grafico evidenzia che, il numero totale di ca mammella per pazienti residenti rimane abbastanza costante ma nel 2017 e 2018 si evidenzia un progressivo aumento della produzione (risposta alla domanda) presso l'Azienda Ospedaliera che copre dal 69% all'84% della domanda e una progressiva diminuzione della mobilità passiva che passa dal 30% al circa il 16%.



Interventi chirurgici tumore maligno mammella										
	2014		2015		2016		2017		2018	
<b>azienda usl</b>	7	1%	5	1%	2	0%	1	0%	3	1%
<b>azienda osp</b>	340	69%	326	74%	361	74%	352	77%	384	84%
<b>privato provinciale</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>mobilità</b>	146	30%	108	25%	125	26%	107	23%	71	16% dato non completo
<b>totale</b>	493	100%	439	100%	488	100%	460	100%	458	100%

ca prostata: la tavola mostra come la mobilità passiva per questa tipologia di intervento stia progressivamente riducendosi mentre aumenta la produzione delle strutture pubbliche.

Interventi chirurgici tumore maligno prostata										
	2014		2015		2016		2017		2018	
azienda usl	33	28%	23	18%	22	15%	27	20%	26	28%
azienda osp	29	25%	29	22%	29	20%	26	19%	30	32%
privato provinciale	0	0%	0	0%	3	2%	5	4%	1	1%
mobilità	56	47%	77	60%	92	63%	79	58%	37	39%
totale	118	100%	129	100%	146	100%	137	100%	94	100%

Altri Interventi chirurgici non monitorati

- ernia inguinale: circa il 60% della domanda viene coperta per questa tipologia di intervento presso gli Stabilimenti dell'Azienda USL , l'Azienda Ospedaliera ha aumentato la sua produzione nell'ultimo anno. Irrilevante è l'attività del privato e la mobilità passiva.

Riparazione ernia inguinale										
	2014		2015		2016		2017		2018	
azienda usl	544	56%	537	59%	511	61%	517	60%	490	57%
azienda osp	238	24%	200	22%	202	24%	191	22%	244	29%
privato provinciale	91	9%	88	10%	59	7%	77	9%	65	8%
mobilità	106	11%	89	10%	70	8%	79	9%	56	7%
totale	979	100%	914	100%	842	100%	864	100%	855	100%

- emorroidectomia: la produzione presso gli stabilimenti dell'AUSL è passata dal 40% al 60% della domanda per residenti, è leggermente aumentata la produzione dell'Azienda Ospedaliera, irrilevante la produzione del privato. La mobilità passiva si mantiene intorno al 30%

Emorroidectomia											
	2014		2015		2016		2017		2018		
azienda usl	110	44%	103	42%	111	46%	98	40%	127	60%	
azienda osp	45	18%	57	23%	41	17%	54	22%	54	26%	
privato provinciale	13	5%	17	7%	23	9%	22	9%	12	6%	
mobilità	84	33%	68	28%	68	28%	74	30%	18	9%	dato non completo
totale	252	100%	245	100%	243	100%	248	100%	211	100%	

Per quanto riguarda gli altri interventi non oggetto di monitoraggio i dati mostrano un andamento tendenzialmente in aumento presso l'Azienda Ospedaliera e in diminuzione presso l'AUSL mentre il dato mobilità passiva rimane pressoché costante.

	2014		2015		2016		2017		2018		
azienda usl	5.068	23%	4.585	22%	4.251	20%	3.737	18%	3.434	20%	
azienda osp	9.202	42%	9.082	43%	9.303	44%	9.029	44%	9.231	55%	
privato provinciale	388	2%	380	2%	491	2%	603	3%	769	5%	
mobilità	7.224	33%	7.211	34%	7.105	34%	6.972	34%	3.457	20%	dato non completo
totale	21.882	100%	21.258	100%	21.150	100%	20.341	100%	16.891	100%	

### Mobilità passiva

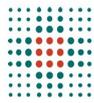
La mobilità passiva rappresenta circa il 30% della domanda di interventi chirurgici (progr+urg) per residenti. Questo valore aumenta quando si considera la sola chirurgia programmata che mostra un trend in aumento, dal 40% nel 2014 al 44% nel 2017 (mobilità passiva per chirurgia programmata /totale domanda programmato) . In termini numerici si tratta di circa

6.000 interventi programmati/anno erogati extraprovincia.

Analizziamo ora in modo specifico la mobilità passiva per chirurgia programmata che rappresenta la quota più rilevate e oggetto delle azioni aziendali e regionali di contenimento.



interventi solo programmati		2014								2015							
		999) MOB. PASSIVA								999) MOB. PASSIVA							
		3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale mobilità		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale mobilità		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti
Numero Prestazione	N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%	%	%	N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%	%	%	
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	80	2,6%	54	2,1%	134	2,4%	40,3%	37,3%	50	1,6%	50	1,8%	100	1,7%	50,0%	28,1%
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	15	0,5%	41	1,6%	56	1,0%	73,2%	47,5%	30	1,0%	47	1,7%	77	1,3%	61,0%	61,1%
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	9	0,3%	10	0,4%	19	0,3%	52,6%	12,8%	5	0,2%	14	0,5%	19	0,3%	73,7%	11,0%
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	8	0,3%	2	0,1%	10	0,2%	20,0%	16,4%	3	0,1%	5	0,2%	8	0,1%	62,5%	17,8%
5	Interventi chirurgici tumore maligno utero	11	0,4%	12	0,5%	23	0,4%	52,2%	27,1%	8	0,3%	10	0,4%	18	0,3%	55,6%	22,0%
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	6	0,2%	2	0,1%	8	0,1%	25,0%	10,7%	12	0,4%	8	0,3%	20	0,3%	40,0%	20,2%
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	13	0,4%	23	0,9%	36	0,6%	63,9%	30,5%	14	0,4%	16	0,6%	30	0,5%	53,3%	31,9%
8	Interventi chirurgici per melanoma	3	0,1%	0	0,0%	3	0,1%	0,0%	100,0%	2	0,1%	0	0,0%	2	0,0%	0,0%	28,6%
9	Interventi protesi d'anca	100	3,2%	184	7,1%	284	5,0%	64,8%	53,2%	119	3,8%	173	6,4%	292	5,0%	59,2%	51,9%
10	By pass aortocoronarico	70	2,3%	4	0,2%	74	1,3%	5,4%	100,0%	73	2,3%	3	0,1%	76	1,3%	3,9%	100,0%
11	Endarteriectomia carotidea	9	0,3%	9	0,3%	18	0,3%	50,0%	8,1%	5	0,2%	10	0,4%	15	0,3%	66,7%	8,0%
12	Coronarografia	226	7,3%	29	1,1%	255	4,5%	11,4%	50,3%	183	5,8%	31	1,1%	214	3,7%	14,5%	41,4%
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	26	0,8%	3	0,1%	29	0,5%	10,3%	9,2%	24	0,8%	16	0,6%	40	0,7%	40,0%	9,3%
14	Colecistectomia laparoscopica	40	1,3%	42	1,6%	82	1,4%	51,2%	21,9%	31	1,0%	41	1,5%	72	1,2%	56,9%	19,5%
15	Biopsia percutanea del fegato	9	0,3%	2	0,1%	11	0,2%	18,2%	61,1%	1	0,0%	6	0,2%	7	0,1%	85,7%	30,4%
16	Emorroidectomia	21	0,7%	7	0,3%	28	0,5%	25,0%	15,4%	24	0,8%	7	0,3%	31	0,5%	22,6%	17,3%
17	Riparazione ernia inguinale	40	1,3%	13	0,5%	53	0,9%	24,5%	18,2%	28	0,9%	20	0,7%	48	0,8%	41,7%	17,5%
18	Tonsillectomia	28	0,9%	10	0,4%	38	0,7%	26,3%	18,1%	27	0,9%	7	0,3%	34	0,6%	20,6%	15,2%
99	Altri Interventi chirurgici non monitorati	2385	77,0%	2148	82,8%	4533	79,6%	47,4%	43,9%	2504	79,7%	2256	82,9%	4760	81,2%	47,4%	45,8%
	Totale	3099	100,0%	2595	100,0%	5694	100,0%	45,6%	40,6%	3143	100,0%	2720	100,0%	5863	100,0%	46,4%	41,2%



interventi solo programmati		2016								2017							
		999) MOB. PASSIVA								999) MOB. PASSIVA							
		3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/ domanda residenti	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/ domanda residenti
Numero_Prestazione	Prestazione	N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%	%	%	N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%	%	%
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	57	1,9%	54	1,8%	111	1,9%	48,6%	25,1%	44	1,6%	55	1,7%	99	1,6%	55,6%	23,6%
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	30	1,0%	62	2,1%	92	1,6%	67,4%	63,4%	22	0,8%	57	1,8%	79	1,3%	72,2%	59,0%
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	13	0,4%	7	0,2%	20	0,3%	35,0%	12,3%	8	0,3%	14	0,4%	22	0,4%	63,6%	15,7%
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	4	0,1%	7	0,2%	11	0,2%	63,6%	26,8%	4	0,1%	6	0,2%	10	0,2%	60,0%	21,7%
5	Interventi chirurgici tumore maligno utero	10	0,3%	11	0,4%	21	0,4%	52,4%	29,2%	24	0,9%	9	0,3%	33	0,5%	27,3%	42,3%
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	7	0,2%	8	0,3%	15	0,3%	53,3%	15,3%	11	0,4%	7	0,2%	18	0,3%	38,9%	17,0%
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	8	0,3%	13	0,4%	21	0,4%	61,9%	26,3%	9	0,3%	14	0,4%	23	0,4%	60,9%	28,4%
8	Interventi chirurgici per melanoma	2	0,1%	0	0,0%	2	0,0%	0,0%	50,0%	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0,0%	14,3%
9	Interventi protesi d'anca	98	3,3%	242	8,1%	340	5,8%	71,2%	56,4%	106	3,8%	197	6,1%	303	5,0%	65,0%	51,8%
10	By pass aortocoronarico	61	2,1%	7	0,2%	68	1,2%	10,3%	100,0%	49	1,7%	4	0,1%	53	0,9%	7,5%	100,0%
11	Endoarteriectomia carotidea	9	0,3%	2	0,1%	11	0,2%	18,2%	7,4%	5	0,2%	1	0,0%	6	0,1%	16,7%	3,2%
12	Coronarografia	183	6,3%	63	2,1%	246	4,2%	25,6%	42,9%	152	5,4%	68	2,1%	220	3,6%	30,9%	51,9%
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	19	0,6%	10	0,3%	29	0,5%	34,5%	6,8%	30	1,1%	7	0,2%	37	0,6%	18,9%	21,3%
14	Colecistectomia laparoscopica	27	0,9%	43	1,4%	70	1,2%	61,4%	18,7%	31	1,1%	73	2,3%	104	1,7%	70,2%	26,1%
15	Biopsia percutanea del fegato	5	0,2%	4	0,1%	9	0,2%	44,4%	45,0%	7	0,2%	5	0,2%	12	0,2%	41,7%	35,3%
16	Emorroidectomia	18	0,6%	6	0,2%	24	0,4%	25,0%	12,9%	23	0,8%	7	0,2%	30	0,5%	23,3%	15,7%
17	Riparazione ernia inguinale	26	0,9%	13	0,4%	39	0,7%	33,3%	15,7%	19	0,7%	18	0,6%	37	0,6%	48,6%	15,0%
18	Tonsillectomia	21	0,7%	27	0,9%	48	0,8%	56,3%	23,5%	37	1,3%	78	2,4%	115	1,9%	67,8%	39,2%
99	Altri Interventi chirurgici non monitorati	2328	79,6%	2408	80,6%	4736	80,1%	50,8%	46,5%	2232	79,3%	2596	80,7%	4828	80,1%	53,8%	47,9%
	Totale	2926	100,0%	2987	100,0%	5913	100,0%	50,5%	42,0%	2814	100,0%	3216	100,0%	6030	100,0%	53,3%	44,1%

Nell'ambito della mobilità passiva quella extraregionale per chirurgia programmata mostra un andamento in crescita negli anni, passando da un 45% nel 2014 ad un 53% del totale nel 2017.

Analizziamo ora l'andamento della mobilità per alcune tipologia di intervento oggetto di monitoraggio particolarmente indicative.

- ca mammella- la mobilità passiva è passata negli anni considerati dal 37% al 23% della domanda totale indicativo di un buon recupero di attività per la popolazione
- ca prostata- la mobilità passiva presenta un andamento in peggioramento , passando dal 47% della domanda espressa nel 2014 al 59% nel 2017
- ca utero- la mobilità passiva ha un trend in aumento negli anni , passando dal 27% al 42% della domanda totale e una contemporanea tendenza ad un aumento della mobilità intraregionale rispetto a quella extraregionale.
- protesi anca- rappresenta una quota di mobilità passiva importante, infatti oltre il 50% della domanda è soddisfatta nell'ambito di mobilità che per oltre il 60% è extraregionale. Il trend si mantiene costante negli anni considerati.
- tonsillectomia- presenta negli anni un fenomeno di mobilità passiva in crescita passando dal 18% al 39% della domanda di intervento. Parallelamente alla crescita aumenta la quota di mobilità extraregionale rispetto a quella intraregionale.
- mix interventi non oggetto di monitoraggio- in questo gruppo di interventi la mobilità presenta un trend in crescita con una contemporanea tendenza all'aumento della quota extraregionale fino al valore del 53% del totale.

Se confrontiamo la mobilità passiva con i tempi di attesa per gli stessi interventi possiamo evidenziare che non sempre vi è una sovrapposizione poiché il fenomeno risente non solo dell'offerta ma anche di altre variabili fra cui l'accessibilità geografica e l'azienda del professionista di riferimento.

Le criticità nella garanzia dei tempi di attesa sono particolarmente evidenti per la chirurgia di parete, emorroidectomie, il mix di interventi non oggetto di monitoraggio e , in minore misura per il ca prostata.

Come possiamo notare questi interventi non sono sempre quelli che troviamo particolarmente rappresentati come mobilità passiva. Interventi con elevata mobilità passiva spesso hanno infatti tempi di attesa entro la priorità assegnata.

Il confronto dei dati relativi alla mobilità per ernie inguinali ed emorroidectomia evidenzia che un quadro diverso a seconda che l'analisi venga effettuata sul totale interventi (programmati +urgenti) o sui soli interventi in elezione.

Analizzando la mobilità passiva per tutti gli interventi (programmati + urgenti), le emorroidi risultano una tipologia di intervento con mobilità passiva pari al 30% della domanda totale, erogata prevalentemente in extraregione. Le ernie, pur avendo la medesima criticità di tempo di attesa, non presentano una mobilità passiva rilevante.

interventi urgenti+programmati		2014										2015									
		999) MOB. PASSIVA										999) MOB. PASSIVA									
Prestazione	N. dim.	%	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale mobilità		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti	N°	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
			N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%													N. dim.
Emorroidectomia	23	0,5%	61	1,4%	84	1,0%	72,6%	33,3%	26	0,6%	42	1,0%	68	0,8%	61,8%	27,8%					
Riparazione ernia inguinale	70	1,5%	36	0,8%	106	1,2%	34,0%	10,8%	51	1,1%	38	0,9%	89	1,0%	42,7%	9,7%					

interventi urgenti+programm		2016										2017									
		999) MOB. PASSIVA										999) MOB. PASSIVA									
Prestazione	N. dim.	%	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti	N°	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
			N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%													N. dim.
Emorroidectomia	20	0,5%	48	1,1%	68	0,8%	70,6%	28,0%	25	0,6%	49	1,1%	74	0,9%	66,2%	29,8%					
Riparazione ernia inguinale	47	1,1%	23	0,5%	70	0,8%	32,9%	8,3%	46	1,1%	33	0,7%	79	0,9%	41,8%	9,1%					

L'analisi dei dati di mobilità passiva per i soli interventi programmati di ernie e emorroidi evidenzia come la mobilità per le due tipologie di interventi non risulti particolarmente rilevante rispetto alla rispettiva domanda della popolazione, assestandosi per entrambe le popolazioni intorno al 15-17%. Questo focus evidenzia la presenza di una quota di interventi di emorroidectomia in urgenza che modificano il dato di mobilità.

interventi solo programmati		2014										2015									
		999) MOB. PASSIVA										999) MOB. PASSIVA									
Numero_Prestazione	Prestazione	N. dim.	%	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale mobilità		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti	N°	%	%	%	%	%	%	%	%	
				N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%												N. dim.
16	Emorroidectomia	21	0,7%	7	0,3%	28	0,5%	25,0%	15,4%	24	0,8%	7	0,3%	31	0,5%	22,6%	17,3%				
17	Riparazione ernia inguinale	40	1,3%	13	0,5%	53	0,9%	24,5%	18,2%	28	0,9%	20	0,7%	48	0,8%	41,7%	17,5%				

interventi solo programmati		2016										2017									
		999) MOB. PASSIVA										999) MOB. PASSIVA									
Numero_Prestazione	Prestazione	N. dim.	%	3) INTRAOREG.		4) EXTRAOREG.		totale		extrareg. / tot. Mobilità	mobilità/domanda residenti	N°	%	%	%	%	%	%	%	%	
				N. dim.	%	N. dim.	%	N°	%												N. dim.
16	Emorroidectomia	18	0,6%	6	0,2%	24	0,4%	25,0%	12,9%	23	0,8%	7	0,2%	30	0,5%	23,3%	15,7%				
17	Riparazione ernia inguinale	26	0,9%	13	0,4%	39	0,7%	33,3%	15,7%	19	0,7%	18	0,6%	37	0,6%	48,6%	15,0%				

Se approfondiamo l'analisi rispetto alla casistica più numerosa di interventi con più alta mobilità extraregionale notiamo che fra gli interventi oggetto di monitoraggio nel 2017 spiccano per afferenza a strutture private extraregionali piuttosto che strutture pubbliche due tipologie di interventi: il ca prostata nel 53% dei casi e la protesi d'anca nell'80,5% dei casi.

Ulteriore approfondimento sulla mobilità passiva per DRG chirurgici viene illustrato nell'allegato "Mobilità passiva interregionale DRG chirurgici" presentato alla Conferenza SocioSanitaria il 9/5/2019.

#### Copertura della domanda espressa per residenti da parte delle strutture sanitarie provinciali

Se viene comparata la complessiva produzione delle strutture che insistono sul territorio provinciale (Azienda USL, Azienda Ospedaliera, Privato accreditato) con l'entità della domanda espressa dalla popolazione residente comprensiva della mobilità passiva si può vedere che la produzione non riesce a coprire oltre 4.000 interventi/anno.

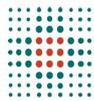
tutti gli interventi (programmati+urgenti)	2014		2015		2016		2017		2018	
	N°	delta	N°	delta	N°	delta	N°	delta	N°	delta
<i>totale capacità produttiva provinciale (residenti+mobilità attiva)</i>	23.617		22.839		22.702		22.512		23.225	
<i>totale domanda provinciale (produzione per residenti+mobilità passiva)</i>	28.528	<b>-4.911</b>	27.764	<b>-4.925</b>	27.421	<b>-4.719</b>	26.719	<b>-4.207</b>	<b>22.589</b>	<b>636</b>

#### Guardando solo per gli interventi programmati

Interventi solo programmati	2014		2015		2016		2017		2018	
	N°	delta	N°	delta	N°	delta	N°	delta	N°	delta
<i>totale capacità produttiva provinciale (residenti+mobilità attiva)</i>	10.104		10.172		10.102		9.503		9.529	
<i>totale domanda provinciale (produzione per residenti+mobilità passiva)</i>	14.013	<b>-3.909</b>	14.221	<b>4.049</b>	14.079	3.977	13.681	4.178	<b>10.141</b>	<b>612</b>

possiamo vedere che questo delta di produzione coincide quasi interamente con gli interventi programmati tanto che nel 2017 i due valori sono quasi sovrapponibili.

In base a quanto evidenziato sopra, ovvero l'evidenza di una difetto di produzione chirurgica programmata rispetto alla domanda espressa, l'analisi per l'anno 2017 (il 2018 non ha dati completi della mobilità passiva) per tipologia di intervento chirurgico evidenzia che le tipologie di interventi programmati dove la produzione provinciale è particolarmente carente è quella degli interventi di protesi d'anca, coronarografie, colecistectomie laparoscopiche, tonsillectomie, interventi per ca mammella, ca prostata e un mix di interventi non oggetto di monitoraggio.



2017	Solo interventi programmati	domanda espressa della popolazione (produzione per residenti+ mobilità passiva)	capacità produttiva (produzione residenti + mobilità attiva)	delta
1	Interventi chirurgici tumore maligno mammella	419	346	-73
2	Interventi chirurgici tumore maligno prostata	134	66	-68
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	140	129	-11
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	46	42	-4
5	Interventi chirurgici tumore maligno utero	78	52	-26
6	Interventi chirurgici tumore del polmone	106	94	-12
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	81	67	-14
8	Interventi chirurgici per melanoma	7	7	0
9	Interventi protesi d'anca	585	362	-223
10	By pass aortocoronarico	53	0	-53
11	Endoarteriectomia carotidea	185	192	7
12	Coronarografia	424	227	-197
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)	174	156	-18
14	Colecistectomia laparoscopica	399	329	-70
15	Biopsia percutanea del fegato	34	30	-4
16	Emorroidectomia	191	194	3
17	Riparazione ernia inguinale	246	250	4
18	Tonsillectomia	293	205	-88
99	Altri Interventi chirurgici non monitorati	10.086	6.755	-3.331
	<b>Totale</b>	<b>13.681</b>	<b>9.503</b>	<b>-4.178</b>

### Analisi dell'uso efficiente delle risorse disponibili a livello provinciale misurate in termini di posti letto e sale operatorie

Di fronte al quadro illustrato sopra, complesso per l'andamento della produzione e l'elevata percentuale di mobilità passiva che è tipica delle province "di confine", risulta indispensabile effettuare un'analisi sull'efficienza di utilizzo delle risorse disponibili in termini di posti letto e sale operatorie attive.

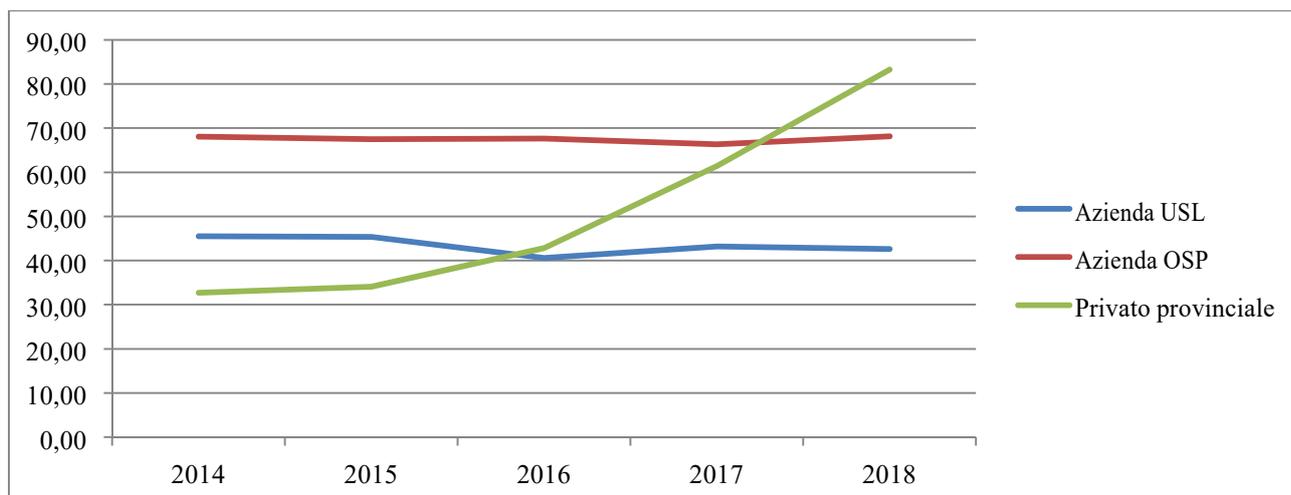
L'elaborazione viene effettuata utilizzando il dato relativo al totale degli interventi prodotti (programmati + urgenti) dalle strutture provinciali (pubbliche e privato).

La produzione chirurgica per posto letto appartenente a disciplina chirurgica è illustrato nella tabella.

produzione x PL	n° interventi per PL chirurgici				
	2014	2015	2016	2017	2018
Azienda USL	45,49	45,37	40,62	43,21	42,58
Azienda OSP	68,04	67,50	67,64	66,35	68,11
Privato provinciale	32,68	34,11	42,86	61,39	83,25
totale	56,37	56,53	55,51	57,28	59,86

dove, a fronte di una produzione per posto letto costante dell'Azienda Ospedaliera, vediamo un trend di produzione in aumento nelle strutture private che presentano la migliore performance di utilizzo del posto letto nel 2018 .

L'indicatore delle Aziende pubbliche (AUSL e AOSP) risente della funzione di urgenza che non è presente nelle strutture private e di un fenomeno che negli ultimi due anni è diventato rilevante e costante, ovvero l'utilizzo di posti letto chirurgici per fare fronte alla carenza di posti letto per ricoveri di tipo internistico.



L'utilizzo dei posti letto per disciplina chirurgica in un confronto con il dato RER è illustrato nelle tabelle di seguito riportate:

indice di occupazione	2017			2018		
	ausl	aosp	RER	ausl	aosp	RER
009 - CHIRURGIA GENERALE	58,4	81,9	72,9	65,5	89,4	73,3
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		58,4	77,5		70,2	79,6
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA		56,9	75,1		48,9	66,4
012 - CHIRURGIA PLASTICA		47,9	57,4		57,2	61,3
014 - CHIRURGIA VASCOLARE		72,2	79,4		77,7	78
030 - NEUROCHIRURGIA		80,2	81		86,4	82,9
034 - OCULISTICA		60,6	41,9		64,2	42,4
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	91	85	79,5	89,1	88,8	80,3
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	35	75,6	65,9	29,9	79,4	66
038 - OTORINOLARINGOIATRIA		52,4	63,4		64,5	64,6
043 - UROLOGIA	62,9	89,8	78,5	60,5	94,1	80,5
indice di rotazione	2017			2018		
	ausl	aosp	RER	ausl	aosp	RER
009 - CHIRURGIA GENERALE	42,5	54,2	56,9	50,3	61,9	59
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		78,4	74,8		91	73,1
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA		89,4	86,2		84	72,4
012 - CHIRURGIA PLASTICA		59,8	79,2		66,8	81,2

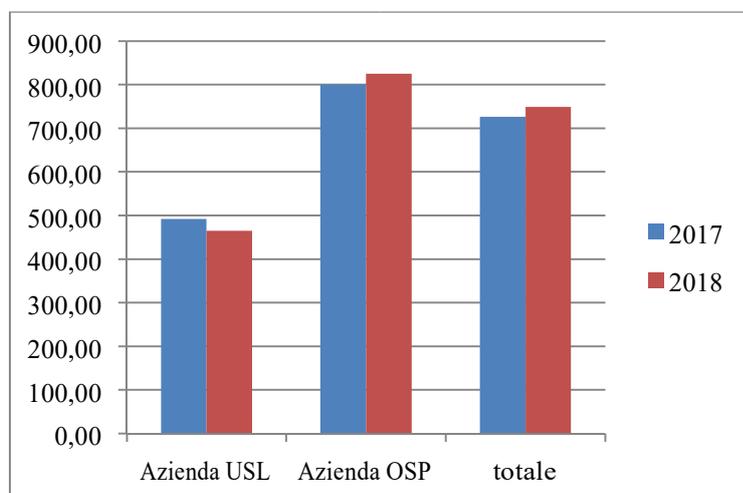
014 - CHIRURGIA VASCOLARE		46,2	50,8		49,5	48,6
030 - NEUROCHIRURGIA		47,4	46,5		52	46,7
034 - OCULISTICA		110,6	85,6		121,3	89,2
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	39,7	45,2	48,7	34,6	45,8	48,7
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	33,7	83,4	72	27,5	83	71,7
038 - OTORINOLARINGOIATRIA		71,1	82,1		78,6	86,2
043 - UROLOGIA	52,4	70,4	65,4	52,5	74,2	66,4
indice di turnover	2017			2018		
	ausl	aosp	RER	ausl	aosp	RER
009 - CHIRURGIA GENERALE	3,6	1,2	1,7	2,5	0,6	1,7
010 - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		1,9	1,1		1,2	1
011 - CHIRURGIA PEDIATRICA		1,8	1,1		2,2	1,7
012 - CHIRURGIA PLASTICA		3,2	2		2,3	1,7
014 - CHIRURGIA VASCOLARE		2,2	1,5		1,6	1,7
030 - NEUROCHIRURGIA		1,5	1,5		1	1,3
034 - OCULISTICA		1,3	2,4		1,1	2,2
036 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	0,8	1,2	1,5	1,1	0,9	1,5
037 - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7	1,1	1,7	9,3	0,9	1,7
038 - OTORINOLARINGOIATRIA		2,4	1,6		1,7	1,5
043 - UROLOGIA	2,6	0,5	1,2	2,7	0,3	1,1

Gli indicatori specifici nelle discipline chirurgiche elencate, pur necessitando di una lettura organizzativa specifica, evidenziano comunque margini per un utilizzo che potrebbe supportare un aumento di produzione.

L'analisi della produzione chirurgica per sala operatoria nelle diverse strutture provinciali è di seguito illustrata:

	N° interventi per sala operatoria	
	2017	2018
Azienda USL	491,92	465,15
Azienda OSP	799,89	824,83

totale	726,194	749,19
--------	---------	--------



#### Considerazioni e linee di intervento

Il recupero della mobilità passiva (globalmente più di 4.000 interventi/anno o circa 1200 interventi /anno se consideriamo solo gli interventi programmati oggetto di monitoraggio) ed il miglioramento dei tempi di attesa critici necessita di strategie a nostro parere differenziate.

Una strategia potrebbe essere quella di un aumento della produttività e quindi dell'offerta di interventi programmati in base sia alla possibilità di efficientare le risorse presenti sia alla capacità teorica di aumentarne la disponibilità.

L'analisi complessiva dei dati esposti evidenzia la disponibilità di piattaforme logistiche per un aumento teorico di produttività e la presenza di margini di recupero di efficienza sia sulle sale operatorie sia sui posti letto (vedi indicatori di utilizzo dei posti letto).

L'aumento di produzione, che necessita della contemporanea disponibilità di sale operatorie e posti letto, non sempre trova una risposta nella disponibilità reale di posti letto chirurgici in quanto utilizzati spesso anche per fare fronte al fenomeno dell'iperafflusso di ricoveri internistici da pronto soccorso. Nel contempo la disponibilità logistica di sale operatorie trova un limite nel reperimento di risorse mediche sia di anestesisti sia di ortopedici per l'attivazione di nuova attività. Le azioni di sinergia di rete fra le strutture ospedaliere territoriali, in base alla "vocazione" individuata nel Piano di riordino ospedaliero provinciale, l'efficientamento delle risorse disponibili in termini (posti letto, sale operatorie e risorse professionali) sono fra le prime adottate per migliorare i tempi di attesa e aumentare la produttività. In questo ambito si è collocata la possibilità di agire sulla riduzione dei tempi di attesa critici della chirurgia a bassa complessità (ernie +emorroidi) con un aumento di produzione presso lo Stabilimento di Argenta e attualmente presso la struttura dell'Azienda Ospedaliera con 5 sedute/settimanali che teoricamente permettono un aumento di produzione di circa 700 interventi/anno.

Questo intervento se da un lato risponde alla necessità di dare una risposta ai tempi di attesa non soddisfa in modo esauriente il fenomeno della mobilità passiva.

La difficoltà di reperimento delle risorse per attivare significativamente ulteriori spazi operatori per le specifiche tipologie di chirurgia maggiormente oggetto di mobilità ed il fenomeno della mobilità di confine orientano verso strategie di committenza nei confronti del privato accreditato provinciale, finalizzate all'aumento di offerta di specifiche tipologie di interventi chirurgici alla popolazione residente, e, nel contempo, prospettano il possibile coinvolgimento di strutture private accreditate extraprovinciali, in cui si concentra il massimo flusso di mobilità di confine, con progetti specifici.

## OBIETTIVI REGIONALI RELATIVI AL TRIENNIO 2019-2021

### Situazione tempi di attesa per interventi chirurgici oggetto di monitoraggio nella Provincia di Ferrara-anno 2018

La Regione Emilia-Romagna con la DGR 272/2017 ha indicato come obiettivo a tutte le Aziende della RER la piena trasparenza ed equità di accesso per i ricoveri chirurgici programmati assieme al rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio fissando degli standard/soglie di garanzia ed una periodicità di controlli stringenti. In riferimento alla Delibera sopracitata l'elenco di prestazioni chirurgiche che sono state oggetto di monitoraggio è il seguente:

prestazione	regime di ricovero	codice intervento	intervento	codice diagnosi
interventi chirurgici tumore mammella	ordinario, DH	85.4x	mastectomia	174.x tumori maligni della mammella della donna
interventi chirurgici tumore prostata	ordinario	60.5	prostatectomia radicale	185 tumori maligni della prostata
interventi chirurgici tumore colon retto	ordinario	45.7x	asportazione parziale dell'intestino crasso	153.x tumori maligni del colon 154.x tumori maligni del retto, della giunzione rettosigmoidea e dell'ano
		45.8	colectomia totale intraaddominale	
		48.5	resezione del retto per via addominoperineale	
		48.6x	altra resezione del retto	
interventi chirurgici tumori utero	ordinario	da 68.3x a 68.9	isterectomia addominale subtotale, addominale totale, vaginale, addominale radicale, vaginale radicale, eviscerazione pelvica, altra e non specificata isterectomia	182.x tumori maligni del corpo dell'utero
interventi chirurgici tumore polmone	ordinario	32.3	resezione segmentale del polmone	162.x tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni
		32.4	lobectomia del polmone	
		32.5	pneumonectomia completa	
		32.9	altra asportazione del polmone	
interventi protesi dell'anca	ordinario	00.70	revisione di protesi d'anca, sia acetabolare che dei componenti femorali	
		00.71	revisione della protesi d'anca componente acetabolare	
		00.72	revisione protesi d'anca componente femorale	
		00.73	revisione protesi d'anca, inserto acetabolare e/o della sola testa del femore	
		81.51	sostituzione totale dell'anca	
		81.52	sostituzione parziale dell'anca	
		81.53	revisione di sostituzione dell'anca non altrimenti specificata	
angioplastica coronarica (PTCA)	ordinario	0.66	angioplastica percutanea coronarica transluminare (PTCA) o aterectomia coronarica	
		36.09	altra rimozione di ostruzione dell'arteria coronarica	
endoarteriectomia carotidea	ordinario, DH	38.12	endoarteriectomia dei vasi del capo e del collo	
coronarografia	DH	88.55	arteriografia coronarica con catetere singolo	
		88.56	arteriografia coronarica con catetere doppio	
		88.57	altra e non specificata arteriografia	
tonsillectomia	ordinario	28.2	tonsillectomia senza adenoidectomia	
		28.3	tonsillectomia con adenoidectomia	
biopsia percutanea del fegato	ordinario, DH	50.11	biopsia percutanea (agobiopsia) del fegato	
emorroidectomia	ordinario, DH	49.46	asportazione delle emorroidi	
		49.49	altri interventi sulle emorroidi	
riparazione ernia inguinale	ordinario, DH	53.0x	riparazione monolaterale di ernia inguinale	
		53.1x	riparazione bilaterale di ernia inguinale	

Le soglie di garanzia definite sono:

- 90% della casistica oncologica entro i 30 giorni (eccezione ca prostata).
- 90% degli interventi di protesi anca entro i 180 giorni,
- 90% del resto della casistica entro i tempi della classe di priorità assegnata.



Dati tempi di attesa "TOTALE PROVINCIA" - anno 2018

Tabella 2 - Totale Provincia			Gennaio 2018	Febbraio 2018	Marzo 2018	Aprile 2018	Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2018	Agosto 2018	Settembre 2018	Ottobre 2018	Novembre 2018	Dicembre 2018	Anno 2018 (NC)
TUMORI	INTERVENTO TUMORE MAMMELLA	N° ricoveri	33	19	34	21	26	32	39	40	33	27	26	27	357
		% entro la classe	90,9	84,2	88,2	76,2	84,6	75,0	74,4	82,5	78,8	85,2	96,2	88,9	83,5
	INTERVENTO TUMORE PROSTATA	N° ricoveri	2	2	3	2	4	6	4	3	6	3	6	6	47
		% entro la classe	50,0	50,0	33,3	50,0	50,0	83,3	50,0	33,3	33,3	66,7	83,3	100,0	61,7
	INTERVENTO TUMORE COLON RETTO	N° ricoveri	12	15	28	18	18	14	16	15	19	11	12	13	191
		% entro la classe	83,3	80,0	92,9	100,0	94,4	100,0	93,8	66,7	78,9	72,7	83,3	92,3	87,4
	INTERVENTO TUMORE UTERO	N° ricoveri	9	2	4	1		4	6	4	3	5	3	1	42
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	INTERVENTO TUMORE POLMONE	N° ricoveri	6	7	6	6	9	8	5	4	5	3	14	8	81
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	80,0	100,0	85,7	100,0	96,3
Totale gruppo		N° ricoveri	62	45	75	48	57	64	70	66	66	49	61	55	718
		% entro la classe	90,3	84,4	89,3	87,5	87,7	85,9	81,4	78,8	75,8	83,7	90,2	92,7	85,5
PROTESI D'ANCA	PROTESI D'ANCA	N° ricoveri	26	38	28	45	50	48	46	20	36	56	56	39	488
		% entro la classe	84,6	92,1	89,3	97,8	96,0	100,0	97,8	100,0	94,4	89,3	89,3	87,2	93,2
	Totale gruppo		N° ricoveri	26	38	28	45	50	48	46	20	36	56	56	39
		% entro la classe	84,6	92,1	89,3	97,8	96,0	100,0	97,8	100,0	94,4	89,3	89,3	87,2	93,2
ALTRI INTERVENTI	ANGIOPLASTICA (PTCA)	N° ricoveri	10	10	15	18	16	14	10	14	14	13	12	11	157
		% entro la classe	60,0	60,0	86,7	94,4	87,5	85,7	80,0	78,6	85,7	100,0	100,0	90,9	85,4
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	N° ricoveri	11	16	20	16	17	20	16	10	10	7	12	12	167
		% entro la classe	72,7	87,5	80,0	62,5	76,5	85,0	87,5	90,0	90,0	85,7	100,0	100,0	83,8
	TONSILLECTOMIA	N° ricoveri	17	18	24	16	14	18	14	10	19	27	27	11	215
		% entro la classe	82,4	94,4	70,8	75,0	85,7	94,4	85,7	80,0	89,5	92,6	74,1	100,0	84,7
	BIOPSIA PERCUTENEA DEL FEGATO	N° ricoveri	1	2	2	2	4	2	3	3	1	2		2	24
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0
	EMORROIDECTOMIA	N° ricoveri	17	18	25	11	18	18	24	12	24	25	31	11	234
		% entro la classe	52,9	66,7	64,0	45,5	44,4	61,1	45,8	75,0	58,3	44,0	77,4	36,4	57,3
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	N° ricoveri	80	45	73	48	98	73	66	57	62	67	80	78	827
		% entro la classe	72,5	68,9	78,1	64,6	62,2	53,4	51,5	70,2	53,2	68,7	66,3	51,3	82,3
	Totale gruppo		N° ricoveri	136	109	159	111	167	145	133	106	130	141	162	125
		% entro la classe	70,6	75,2	76,1	69,4	67,1	67,6	61,7	75,5	66,2	73,0	69,8	63,2	69,5
Totale interventi		N° ricoveri	224	192	262	204	274	257	249	192	232	246	279	219	2.830
		% entro la classe	77,7	80,7	81,3	79,9	76,6	78,2	73,9	79,2	73,3	78,9	78,1	74,9	77,7

Dati tempi di attesa "AZIENDA USL DI FERRARA"-anno 2018

Tabella 2 - Azienda 109 - FERRARA			Gennaio 2018	Febbraio 2018	Marzo 2018	Aprile 2018	Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2018	Agosto 2018	Settembre 2018	Ottobre 2018	Novembre 2018	Dicembre 2018	Anno 2018 (NC)	
TUMORI	INTERVENTO TUMORE MAMMELLA	N° ricoveri	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	2	
		% entro la classe	.	.	.	.	.	100,0	.	.	.	.	100,0	.	100,0	
	INTERVENTO TUMORE PROSTATA	N° ricoveri	1	2	2	.	3	2	2	1	.	2	3	5	1	24
		% entro la classe	0,0	50,0	0,0	.	66,7	100,0	50,0	0,0	.	0,0	66,7	80,0	100,0	54,2
	INTERVENTO TUMORE COLON RETTO	N° ricoveri	2	5	11	7	3	3	6	1	.	4	4	4	5	55
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	.	75,0	50,0	75,0	80,0	90,9
INTERVENTO TUMORE UTERO	N° ricoveri	3	.	1	1	.	.	2	1	.	.	2	1	.	11	
	% entro la classe	100,0	.	100,0	100,0	.	.	100,0	100,0	.	.	100,0	100,0	.	100,0	
Totale gruppo		N° ricoveri	6	7	14	8	6	6	10	3	6	9	11	6	92	
		% entro la classe	83,3	85,7	85,7	100,0	83,3	100,0	90,0	66,7	50,0	66,7	81,8	83,3	82,6	
PROTESI D'ANCA	PROTESI D'ANCA	N° ricoveri	25	32	24	42	45	42	41	20	31	52	51	35	440	
		% entro la classe	84,0	90,6	87,5	97,6	95,6	100,0	97,6	100,0	.	93,5	88,5	88,2	88,6	92,7
Totale gruppo		N° ricoveri	25	32	24	42	45	42	41	20	31	52	51	35	440	
		% entro la classe	84,0	90,6	87,5	97,6	95,6	100,0	97,6	100,0	93,5	88,5	88,2	88,6	92,7	
ALTRI INTERVENTI	ANGIOPLASTICA (PTCA)	N° ricoveri	3	7	5	5	7	3	2	5	.	6	3	7	5	58
		% entro la classe	100,0	71,4	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	.	100,0	100,0	100,0	80,0	94,8
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	N° ricoveri	4	3	6	2	3	6	3	.	.	4	1	1	1	34
		% entro la classe	75,0	66,7	100,0	50,0	66,7	83,3	66,7	.	.	75,0	0,0	100,0	100,0	76,5
	EMORROIDECTOMIA	N° ricoveri	14	13	21	8	11	13	20	7	.	20	18	23	8	176
		% entro la classe	57,1	69,2	71,4	62,5	54,5	53,8	45,0	57,1	.	60,0	55,6	82,6	37,5	60,8
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	N° ricoveri	54	27	56	33	72	49	54	51	.	38	44	59	54	591
		% entro la classe	87,0	85,2	82,1	75,8	70,8	63,3	53,7	72,5	.	65,8	84,1	64,4	57,4	71,1
	Totale gruppo		N° ricoveri	75	50	88	48	93	71	79	63	68	66	90	68	859
			% entro la classe	81,3	78,0	81,8	75,0	71,0	64,8	53,2	73,0	67,6	75,8	72,2	57,4	70,8
Totale interventi		N° ricoveri	106	89	126	98	144	119	130	86	105	127	152	109	1.391	
		% entro la classe	82,1	83,1	83,3	86,7	79,2	79,0	70,0	79,1	74,3	80,3	78,3	68,8	78,5	

Dati tempi di attesa "AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA"-anno 2018



Tabella 2 - Azienda 909 - AOSPU FERRARA			Gennaio 2018	Febbraio 2018	Marzo 2018	Aprile 2018	Maggio 2018	Giugno 2018	Luglio 2018	Agosto 2018	Settembre 2018	Ottobre 2018	Novembre 2018	Dicembre 2018	Anno 2018 (NC)	
TUMORI	INTERVENTO TUMORE MAMMELLA	N° ricoveri	33	19	34	21	26	31	39	40	33	27	25	27	355	
		% entro la classe	90,9	84,2	88,2	76,2	84,6	74,2	74,4	82,5	78,8	85,2	96,0	88,9	83,4	
	INTERVENTO TUMORE PROSTATA	N° ricoveri	1		1	2	1	4	2	2	4		1	5	23	
		% entro la classe	100,0		100,0	50,0	0,0	75,0	50,0	50,0	50,0		100,0	100,0	69,6	
	INTERVENTO TUMORE COLON RETTO	N° ricoveri	10	10	17	11	15	11	10	14		15	7	8	8	136
		% entro la classe	80,0	70,0	88,2	100,0	83,3	100,0	90,0	84,3		80,0	85,7	87,5	100,0	86,0
	INTERVENTO TUMORE UTERO	N° ricoveri	6	2	3			4	4	3		3	3	2	1	31
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0			100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	INTERVENTO TUMORE POLMONE	N° ricoveri	6	7	6	6	9	8	5	4		5	3	14	8	81
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		80,0	100,0	85,7	100,0	96,3
Totale gruppo		N° ricoveri	56	38	61	40	51	58	60	63	60	40	50	49	626	
		% entro la classe	91,1	84,2	90,2	85,0	88,2	84,5	80,0	79,4	78,3	87,5	92,0	93,9	85,9	
PROTESI D'ANCA	PROTESI D'ANCA	N° ricoveri	1	6	4	3	5	6	5		5	4	5	4	48	
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	75,0	97,9	
	Totale gruppo		N° ricoveri	1	6	4	3	5	6	5		5	4	5	4	48
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	75,0	97,9	
ALTRI INTERVENTI	ANGIOPLASTICA (PTCA)	N° ricoveri	7	3	10	13	9	11	8	9	8	10	5	6	99	
		% entro la classe	42,9	33,3	80,0	92,3	77,8	81,8	75,0	86,7	75,0	100,0	100,0	100,0	79,8	
	ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	N° ricoveri	7	13	14	14	14	14	13	10		6	6	11	133	
		% entro la classe	71,4	92,3	71,4	64,3	78,6	85,7	92,3	90,0	100,0	100,0	100,0	100,0	85,7	
	TONSILLECTOMIA	N° ricoveri	17	18	24	16	14	18	14	10		19	27	27	11	215
		% entro la classe	82,4	94,4	70,8	75,0	85,7	94,4	85,7	80,0		89,5	92,8	74,1	100,0	84,7
	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	N° ricoveri	1	2	2	2	4	2	3	3		1	2		2	24
		% entro la classe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0		100,0	100,0
	EMORROIDECTOMIA	N° ricoveri	3	5	4	3	7	5	4	5		4	7	8	3	58
		% entro la classe	33,3	60,0	25,0	0,0	28,6	80,0	50,0	100,0		50,0	14,3	62,5	33,3	46,6
	RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	N° ricoveri	26	18	17	15	26	24	12	6		24	23	21	24	236
		% entro la classe	42,3	44,4	64,7	40,0	38,5	33,3	41,7	50,0		33,3	39,1	33,3	37,5	40,3
	Totale gruppo		N° ricoveri	61	59	71	63	74	74	54	43	62	75	72	57	765
			% entro la classe	57,4	72,9	69,0	65,1	62,2	70,3	74,1	79,1	64,5	70,7	66,7	70,2	88,1
	Totale interventi		N° ricoveri	118	103	136	106	130	138	119	106	127	119	127	110	1.439
			% entro la classe	73,7	78,6	79,4	73,6	73,8	77,5	78,2	79,2	72,4	77,3	78,0	80,9	76,9

I dati soprariportati evidenziano una particolare criticità dei tempi di attesa per interventi chirurgici quali l'ernia inguinale e le emorroidectomie. I tempi critici per interventi di ca prostatico sono stati ricondotti entro i tempi per priorità nel secondo semestre.

## Azioni adottate a seguito della DGR 272/2017 e Circolare 7/2017 presso l'AUSL e l'AOSP di Ferrara.

Nel corso del 2017 in ordine alla DRG 272/2017 e alla successiva Circolare 7 sono state attuati i seguenti atti:

I. a seguito della DGR 1003/2016 e della DGR 272/2017 è stata identificata e nominata la figura di responsabile unico interaziendale (RUA) e una figura di Referente per l'AUSL allo scopo di agevolare un efficace coordinamento delle azioni tra le strutture erogatrici del territorio, II. le funzioni assegnate sono le seguenti:

a.garantire uniformità di criteri di formazione delle liste, all'interno delle strutture erogatrici e tra Unità operative di pari disciplina delle diverse strutture; assicurare equità di accesso ai cittadini, indipendentemente dai canali attraverso cui si è proceduto alla programmazione dell'intervento; adempiere agli obblighi di trasparenza e pubblicazione introdotti dall'art. 41 del D. Lgs.33/2013 e ss.mm.ii.;

b.promuovere percorsi organizzativi volti all'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, anche coordinando, congiuntamente al medico Referente dell'AUSL di Ferrara le modalità organizzative e gestionali in grado di mettere in relazione le strutture ospedaliere del territorio per migliorare il sistema di produzione, contribuendo, coerentemente alle esigenze delle due aziende sanitarie, a declinare la committenza verso le strutture private accreditate di interventi chirurgici programmabili a bassa complessità;

c.presidiare al fine di assicurare la dotazione ed il corretto utilizzo di un sistema informatizzato centralizzato di gestione delle agende di prenotazione; verificarne quindi la corretta immissione ed il mantenimento per l'AOSP e in collaborazione con il medico Referente, per l'AUSL;

d.esercitare le attività di verifica e controllo sulla relazione tra volumi erogati in regime istituzionale e volumi erogati in regime di libera professione, e comunicare alla Direzione aziendale di riferimento l'eventuale sussistenza delle condizioni per la sospensione della libera professione;

e.monitorare il numero di rinvii degli interventi programmati secondo le modalità previste dal documento tecnico per la gestione delle liste che sarà elaborato a cura del Servizio Assistenza

Ospedaliera RER in ottemperanza alla D.G.R. 272/2017;

f.monitorare l'andamento dei tempi di attesa e proporre alle Direzioni sanitarie le soluzioni organizzative ritenute adeguate a risolvere situazioni di particolare criticità;

g.progettare in collaborazione con il Servizio interaziendale Formazione e Aggiornamento momenti formativi per tutto il personale interessato al fine di sensibilizzarlo sulle fasi di accoglienza e comunicazione ai cittadini delle modalità di messa in lista e relativa permanenza III. E' stato redatto un Regolamento a valenza interaziendale per la gestione delle liste di attesa (P-084-INTER). Il regolamento redatto in conformità con le linee di indirizzo descritte nella circolare 7/2017, viene a definire criteri uniformi per la gestione dell'accesso alle liste di attesa per ricovero programmato chirurgico nella provincia di Ferrara.

Nel documento sono esplicitate:

a.Le modalità di accesso alle liste di attesa secondo criteri uniformi e trasparenti in tutte le sedi ospedaliere distrettuali provinciali.

- b. Identifica le modalità di gestione delle liste (inserimenti, sospensioni e cancellazioni ed eventuali trasferimenti tra presidi)
  - c. Identificate criteri di assegnazione alle classi di priorità secondo le indicazioni esplicitate nella DGR 272/2017. e antecedenti.
  - d. Modalità di ricovero e di programmazione della lista operatoria con metodi uniformi e trasparenti in linea con i principi di assegnazione alla classe di priorità e anzianità di inserimento in lista (priority score)
  - e. Modalità di comunicazione e informazione al paziente in corso di permanenza in lista di attesa
  - f. Linee di intesa per l'offerta al paziente di trasferimento dei pazienti verso punti erogativi territoriali alternativi con tempo di attesa più favorevole alla priorità assegnata per un determinato intervento chirurgico (solo per le tipologie di interventi con più sedi erogative a livello provinciale).
- IV. e' stato allineato il registro informatizzato delle liste d'attesa per l'alimentazione di un flusso regionale SIGLA che raccoglie tutte le informazioni relative alle liste d'attesa per le discipline comprese nel Nomenclatore regionale permettendo un monitoraggio prospettico in tempo reale
- V. è stato predisposto un modulo informativo consegnato a tutti i pazienti inseriti in lista d'attesa nel rispetto dei principi di equità e trasparenza previsti dalla normativa.

## LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA DEI RICOVERI CHIRURGICI PER IL TRIENNIO 2019-2021

Il Programma Attuativo Aziendale per il governo delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati prevede e consolida le seguenti azioni:

1. Identificare i Responsabili Unici per l'accesso (RUA) e costituire i tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa

2. Definire modalità di accesso anche mediante l'offerta di sedi alternative in caso di prestazioni con attesa prevista oltre i tempi massimi previsti dalla classe di priorità
3. Adottare sinergie i rete con le strutture private accreditate per la garanzia dei tempi di attesa
4. Ampliare il monitoraggio rispetto alle prestazioni introdotte dal presente Piano Regionale
5. Implementare criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica
6. Implementare i percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria unificando i punti di accesso
7. Procedere all'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche
8. Definire le attività di programmazione delle sale operatorie sulla base della consistenza/criticità delle liste di attesa
9. Definire modalità per l'impiego ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni
10. Regolamentare i rinvii di interventi già programmati entro 48 ore
11. Monitorare la coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia
12. Garantire la correttezza e la completezza dei flussi informativi utili al monitoraggio restrospectivo (SDO) e prospettico (SIGLA)
13. Definire il piano della comunicazione e modalità della sua implementazione

1 -Identificare i Responsabili Unici per l'accesso (RUA) e costituire i tavoli a valenza territoriale per la pianificazione di interventi volti al contenimento dei tempi di attesa.

Le aziende hanno nominato nel 2017 i RUA aziendali. La criticità dei tempi di attesa per gli interventi a livello provinciale, la presenza di più sedi erogative con diversa valenza e specificità, la complessità organizzativa prevede attualmente tavoli aziendali per la valutazione delle azioni interne fra i diversi Stabilimenti atte al miglioramento dei tempi di attesa. L'obiettivo provinciale di monitorare e pianificare gli interventi strategici volti sia al contenimento dei tempi di attesa maggiormente critici sia alla distribuzione provinciale degli interventi secondo le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera ferrarese" (2017) secondo gli standard previsti dal D.M. 70/2015 necessita dell'istituzione di un tavolo interaziendale che vede coinvolti i RUA aziendali e le Direzioni Sanitarie aziendali di prossima formalizzazione ed istituzione.

Obiettivo	Data di attivazione	Responsabilità
Identificazione dei Responsabili unici per l'accesso	2017	DD.GG
Formalizzazione Tavolo Interaziendale	Entro Luglio 2019	DD.SS., RUA

2- Definire modalità di accesso anche mediante l'offerta di sedi alternative in caso di prestazioni con attesa prevista oltre i tempi massimi previsti dalla classe di priorità.

A seguito della criticità dei tempi di attesa evidenziata per gli interventi chirurgici di proctologia ed ernie, chirurgia a bassa complessità con sede erogativa presso lo Stabilimento di Argenta secondo le Linee di indirizzo provinciali del 2017, è stato elaborato un progetto interaziendale ad hoc per il contenimento delle liste d'attesa con l'attivazione dal 2018 di sedute operatorie dedicate a pazienti in lista d'attesa dell'Azienda Ospedaliera con tempo di attesa oltre il tempo massimo.

Allo scopo di dare attuazione alle Linee di indirizzo provinciale garantendo ai cittadini il migliore tempo di attesa per tipologie di interventi chirurgici erogate in più sedi erogative provinciali è stato elaborato un cruscotto dei tempi di attesa per interventi chirurgici nei diversi Presidi Ospedalieri della Provincia.

Qualora il tempo di attesa previsto presso la struttura di primo contatto (Stabilimento in cui il paziente è inserito in lista) superi quello per priorità assegnata, viene proposta una sede di intervento alternativa con il tempo di attesa più favorevole. La proposta di "trasferimento" nella lista di un altro Stabilimento viene fatta al paziente al momento dell'inserimento in lista o, durante la permanenza in lista, quando il tempo di attesa previsto non possa essere più garantito. Per la gestione del "trasferimento" il progetto provinciale prevede sia individuata una funzione di CUP chirurgico che, a seguito della segnalazione da parte del chirurgo contatta il paziente interrogando real time il cruscotto dei tempi di attesa e, una volta raccolto il consenso al trasferimento, opera la procedura informatica sul sistema. Questi pazienti che rimangono "fedeli alla struttura" accettano il tempo di attesa previsto ed escono dal monitoraggio dei tempi di attesa. La scelta dei pazienti che non accettano il trasferimento di lista viene tracciata nel sistema. Il progetto prevede inoltre che non ci sia una presa in carico del paziente trasferito da parte di un unico operatore CUP chirurgico che completa l'operazione "amministrativa" su tutte le liste di Stabilimento ma ci sia un CUP chirurgico di Stabilimento che "trasferisce" e un CUP chirurgico di Stabilimento che "riceve" ed inserisce il paziente nella propria lista d'attesa.

Questa modalità, in conformità a quanto previsto nella DGR 272/2017, Circolare 7/2017 e nel Regolamento per la gestione delle liste d'attesa interaziendale, è tracciata dagli applicativi liste d'attesa di entrambe le Aziende e nel flusso informativo SIGLA.

Le azioni di offerta all'utente di una sede alternativa di erogazione della prestazione per una maggiore garanzia del tempo di attesa vengono gestite nell'ambito di progetti unici coordinati dai RUA aziendali.

Propedeutico al percorso di trasferimento di pazienti nelle liste dello Stabilimento con tempi di attesa più favorevoli di lista è la condivisione interaziendale fra professionisti di:

criteri di assegnazione delle classi di priorità per gli interventi chirurgici erogati nelle diverse sedi provinciali, nel rispetto del principio di appropriatezza clinica;

profili preoperatori prescritti al paziente inserito in lista d'attesa e poi "trasferito"; requisiti per il corretto inserimento in lista d'attesa (tempistica corretta).

Attualmente il Dipartimento Chirurgico interaziendale ha condiviso i criteri di assegnazione delle priorità cliniche in un Documento interaziendale per gli interventi di ernia ed emorroidi ed ha recepito il Documento regionale per gli interventi di CA prostata. Entro il 2019/2020 è programmata l'elaborazione di Documenti condivisi anche per altre procedure chirurgiche quali gli interventi di colecistectomia laparoscopica (VLC) e specifici interventi delle discipline di Urologia, Ortopedia e Ginecologia.

Obiettivo	Data di attivazione	Responsabilità
Documento VLC	Entro Ottobre 2019	RUA, Direttore Dipartimento Chirurgico Interaziendale, DD.UU.OO di Chirurgia Generale
Documento Urologia	Entro Dicembre 2019	Rua, Direttore Dipartimento Chirurgico Interaziendale, Direttore UO Urologia Provinciale
Documento Ginecologia	Entro Gennaio 2020	RUA, Direttore Dipartimento Materno-Infantile Interaziendale, Direttori UU.OO.Ginecologia ed Ostetricia
Documento Ortopedia	Entro Novembre 2019	RUA, Direttore Dipartimento Interaziendale Emergenza Urgenza , Direttori UU.OO. Ortopedia e traumatologia.

3- Adottare sinergie di rete con le Strutture Private Accreditate per la garanzia dei tempi di attesa

Azioni di committenza- Qualora le azioni aziendali ed interaziendali non siano in grado di fare fronte all'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, l'Azienda USL attiva piani di committenza con il privato accreditato per specifiche tipologie di chirurgia con particolare criticità, prevedibili (in base alla valutazione di produzione interna) o in essere (attuale).

Obiettivo	Data di attivazione	Responsabilità
Attivazione committenza con Privato Accreditato per il rispetto dei tempi di attesa nelle	Entro luglio 2019	RUA, Direttore Sanitario AUSL, Direttore UO Controllo di Gestione e Committenza



criticità relative a  
interventi monitorati  
(patologia di parte e  
proctologia)

#### 4- Ampliare il monitoraggio rispetto alle prestazioni introdotte dal presente Piano Regionale

Alla luce del PNGLA per il triennio 2019-2021, il PRGLA ha recepito il nuovo elenco delle prestazioni chirurgiche in regime di ricovero ed i relativi criteri di selezione integrando l'attuale elenco di nuovi codici ICD9CM per la selezione della casistica monitorata.

Il nuovo catalogo delle prestazioni oggetto di monitoraggio dal 2019 è il seguente:

<b>Numer o</b>	<b>Prestazione</b>		<b>Codici intervento ICD-9-CM</b>	<b>Codici diagnosi ICD-9-CM</b>
1	Interventi chirurgici maligno mammella	tumore	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35; 85.36; 85.4x	174.x;198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici maligno prostata	tumore	60.21; 60.29; 60.3; 60.4; 60.5; 60.61; 60.62; 60.69; 60.96;	185; 198.82

			60.97	
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 tumore del polmone		32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
7	<b>Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide</b>		<b>06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6</b>	<b>193</b>
8	<b>Interventi chirurgici per melanoma</b>		<b>86.4</b>	<b>172.x</b>
9	Intervento protesi d'anca		00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
10	By pass aortocoronarico		36.1x	
11	Endoarteriectomia carotidea		38.12	
12	Coronarografia		88.55 - 88.56 - 88.57	
13	Angioplastica Coronarica (PTCA)		00.66; 36.06; 36.07	
14	<b>Colecistectomia laparoscopica</b>		<b>51.23</b>	<b>574.x; 575.x</b>
15	Biopsia percutanea del fegato		50.11	
16	Emorroidectomia		49.46 - 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale		53.0x- 53.1x	
18	Tonsillectomia		28.2x, 28.3x	

Fonte dati: Flusso Informativo Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO)

In conformità a questo nuovo elenco il servizio comune ICT interaziendale recepirà il nuovo nomenclatore SIGLA regionale elaborato alla luce delle modifiche ed integrazioni nelle prestazioni monitorate elencate nel PNGLA.

Obiettivo	Data di attivazione	Responsabilità
Implementazione nuovo Nomenclatore ampliato	Entro Settembre 2019 (?)	RER, RUA, ICT Interaziendale, Referenti Software Gestione Liste Attesa (SAP, Ormaweb)

#### 5- Implementare criteri condivisi di appropriatezza organizzativa e clinica

In continuità con i contenuti della DGR 2040/2015, DGR 1003/2016, DGR 272/2017 le Aziende hanno standardizzato ed uniformato il percorso del paziente chirurgico per garantire un'equità di accesso alle prestazioni di ricovero applicando criteri espliciti per l'inserimento e la permanenza in lista d'attesa. Fra questi criteri è obbligatoria l'assegnazione della classe di priorità clinica che definisce i tempi massimi di attesa. A livello provinciale, fra Unità Operative della stessa disciplina, è già iniziato un lavoro di condivisione di criteri espliciti per la valutazione di fattori che consentano l'individuazione della classe di priorità per le stesse tipologie di interventi, prioritariamente quelli con più sedi erogative e quindi oggetto di "trasferimento" di lista.

Vedi Tempogramma punto 2

#### 6- Implementare i percorsi preoperatori e di gestione perioperatoria , unificando i punti di accesso

A livello di ogni singolo Stabilimento ospedaliero è presenti punti unici di accesso di tutti i pazienti in lista d'attesa chirurgica dove viene programmato il percorso preoperatorio.

Presso l'Azienda Ospedaliera il percorso preoperatorio è stato uniformato a livello aziendale dal 2012 ed è prescrivibile al momento dell'inserimento in lista d'attesa del paziente sull'applicativo informatico.

E' stato costituito un gruppo di lavoro interaziendale multiprofessionale per uniformare il percorso preoperatorio nelle due aziende, in conformità con il documento regionale di standardizzazione dei profili preoperatori, è garanzia di qualità ed efficienza nell'accesso del paziente. I profili preoperatori delle due aziende dovranno recepire completamente le modifiche/integrazioni previste nel documento regionale. L'uniformità dei profili presso le due aziende è requisito indispensabile per un corretto trasferimento dei pazienti nell'ambito della rete integrata dei blocchi operatori provinciali.

#### 7- Procedere all'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle attività chirurgiche

L'integrazione delle procedure di prenotazione con quelle di programmazione delle sale operatorie risponde al criterio di trasparenza nella gestione degli accessi alla prestazione. Quest'obiettivo permette una migliore e precisa gestione della finalizzazione degli spazi operatori e delle potenzialità produttive per il superamento delle criticità delle liste di attesa.

L'assegnazione degli slot operatori, il pieno ed appropriato utilizzo è gestito e monitorato come previsto dal Regolamento aziendale Blocchi operatori (DOC 6599 del 24/7/2017: Regolamento AUSL Blocchi Operatori, DOC 210 AZ: Regolamento gestione della piastra operatoria , 2017, AOSP) da nuclei organizzativi multidisciplinari aziendali. Questi ultimi, fra i cui componenti sono previsti i RUA aziendali, attuano periodiche valutazioni di efficienza, appropriatezza dell'attività e della programmazione. La presenza dei RUA permette un lavoro di coordinamento fra la programmazione operatoria e l'assegnazione degli spazi operatori per rispondere alle criticità delle liste d'attesa in termini di rispetto dei tempi di attesa e numerosità di pazienti in lista. La flessibilità dell'assegnazione degli slot operatori e, qualora necessario, la nuova attivazione, risponde all'integrazione fra prenotazione e programmazione delle attività operatorie basata sulla rilevazione e gestione delle criticità dei tempi di attesa.

#### 8- Definire le attività di programmazione delle sale operatorie sulla base della consistenza/criticità delle liste di attesa

I RUA aziendali, nel corso del costante monitoraggio delle liste operatorie e dei tempi di attesa, dopo la valutazione dello stato della domanda di prestazioni (numero dei pazienti in lista), e della programmazione e della capacità produttiva delle rispettive piastre operatorie aziendali, promuovono e coordinano azioni correttive aziendali, interaziendali e di committenza per il rientro nei parametri richiesti.

Azioni aziendali- I RUA, per fare fronte alle tipologie di interventi con maggiori scostamenti rispetto ai parametri richiesti promuovono riassegnazioni degli spazi operatori (a parità di risorse) e/o l'aumento della capacità produttiva con aumento delle sedute o con interventi ad hoc sulla disponibilità di estensione dell'attività operatoria su sei giorni o sul prolungamento "programmato" delle sedute operatorie giornaliere (possibilità di aumento delle risorse) monitorando l'uso efficiente e finalizzato delle risorse.

Azioni interaziendali- I RUA aziendali, dopo avere condiviso lo stato di criticità delle liste d'attesa, l'utilizzo ottimale delle piattaforme logistiche provinciali, le capacità produttive degli Stabilimenti e le rispettive finalità produttive in base alle Linee di riordino ospedaliero provinciale (2017), redigono progetti interaziendali per una corretta redistribuzione dei pazienti (domanda) presso altre sedi erogative provinciali/regionali con capacità produttive maggiori e/o tempi di attesa più performanti. In quest'ottica è stato elaborato e attuato il Progetto per la riduzione dei tempi di attesa per chirurgia a bassa complessità con attivazione di sedute operatorie presso lo Stabilimento di Argenta.

Azioni di committenza- Qualora le azioni aziendali ed interaziendali non siano in grado di fare fronte all'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, l'Azienda USL attiva piani di committenza con il privato accreditato per specifiche tipologie di chirurgia con particolare criticità, prevedibili (in base alla valutazione di produzione interna) o in essere (attuale).

#### 9- Definire modalità per l'impegno ottimale delle piattaforme logistiche con utilizzo su sei giorni

Il RUA aziendale nell'ambito della valutazione del pieno ed appropriato utilizzo delle sale operatorie, in presenza di criticità di lista d'attesa, quando possibile, può valutare e promuovere sedute operatorie finalizzate nella giornata del sabato per l'attività programmata.

Presso l'Azienda Ospedaliera questa soluzione è stata adottata per fare fronte all'obiettivo di interventi di chirurgia della frattura di femore entro le 48 ore dal ricovero, quindi per una specifica tipologia di chirurgia tempo- dipendente.

La soluzione non è attualmente adottata come modalità per altre tipologie di chirurgia in quanto la Piastra operatoria ha molte disponibilità logistiche per l'attivazione di nuove sedute operatorie su cinque giorni . Questa modalità può essere proposta e attivata routinariamente o con interventi ad hoc quando altre azioni sulla programmazione operatoria non sono attuabili o non sono state risolutive.

#### 10- Regolamentare i rinvii di interventi già programmati entro 48 ore

I Regolamenti aziendali delle Piastre operatorie ed il Regolamento interaziendale per la gestione delle liste d'attesa normano la gestione dei ricoveri per interventi chirurgici rinviati per motivi clinici o organizzativi mediante la riprogrammazione il giorno successivo nell'ambito del medesimo ricovero o comunque la riprogrammazione entro 48 ore.

I RUA sono impegnati ad un monitoraggio delle cause organizzative di rinvio (mancanza di posto letto ordinario o intensivo, over-time di seduta operatoria, sospensione della seduta operatoria, incompletezza della preparazione del paziente).

#### 11- Monitorare la coerenza fra volumi erogati in regime istituzionale e liste di attesa e svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia

Come previsto dal Regolamento Aziendale AOSP per la libera professione della dirigenza sanitaria (medica e non)- Delibera 146/2002 e la Procedura P.271 AZ “Debiti -costi- Attività libero professionale”, la Direzione Medica coadiuvata dal Servizio Gestione Comune del Personale attua il monitoraggio del corretto rapporto fra volumi di attività chirurgica programmata erogata in libera professione e volumi per le medesime tipologie di prestazioni in istituzionale.

L'attività ALP monitorata in Azienda Ospedaliera risulta nel 2018 circa l'0,8% dell'attività chirurgica.

Per l' AUSL il regolamento Aziendale per l'ALP è pubblicato nella DL 38 dell'11/02/2015 “Approvazione aggiornamento atto aziendale per la regolamentazione dell'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria”. con la DL 370 del 24/12/2017 “Attivazione osservatorio aziendale permanente per il monitoraggio e la valutazione degli spazi individuati in azienda per l'esercizio della attività libero professionale intramuraria - D.G.R. 131/2013- Nomina Responsabile.” viene costituito l'Osservatorio Permanente (in forma di Commissione Paritetica Bilaterale) che ha tra i suoi compiti “il monitoraggio e la valutazione degli impatti delle decisioni assunte nell'individuazione degli spazi per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, nonché la rilevazione dei volumi di attività svolta ed il rapporto tra l'ALPi e l'attività istituzionale”.

Il monitoraggio dei tempi di attesa deve prevedere, in caso di criticità per specifiche tipologie di interventi chirurgici erogati in regime istituzionale, che i tempi di attesa non possono essere superiori rispetto ai tempi per i medesimi erogati in ALP.

Nei casi di irregolarità previste dalla normativa la Direzione Medica dovrà prevedere il blocco dell'attività libero professionale.

#### 12- Garantire la correttezza e la completezza dei flussi informativi utili al monitoraggio retrospettivo (SDO) e prospettico (SIGLA)

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa per l'attività di ricovero vengono utilizzati flussi di dati SDO (monitoraggio retrospettivo) e SIGLA (monitoraggio prospettico liste). L'allineamento dei dati relativi ai due flussi è importanza strategica per una corretta valutazione e programmazione degli interventi correttivi. La rilevazione di difformità fra i due flussi informativi ha attivato le seguenti azioni:

- vincolo per ogni professionista ad utilizzare solo codici presenti nel nomenclatore SIGLA per ogni inserimento in lista (verificare AUSL).
- verifica e confronto per risoluzione dei problemi tecnici di transcodifica fra applicativi di lista e SIGLA
- governo della correttezza di gestione delle liste d'attesa (sospensioni, rinvii, chiusura per ricovero)

### 13- Definire il piano della comunicazione e modalità della sua implementazione

Alla luce della DGR 272/2017 e Circ. 7/2017 è stata attivata una nuova modalità di gestione della comunicazione ed informazione al paziente in forma verbale e scritta relativamente (vedi modulo informativo) a:

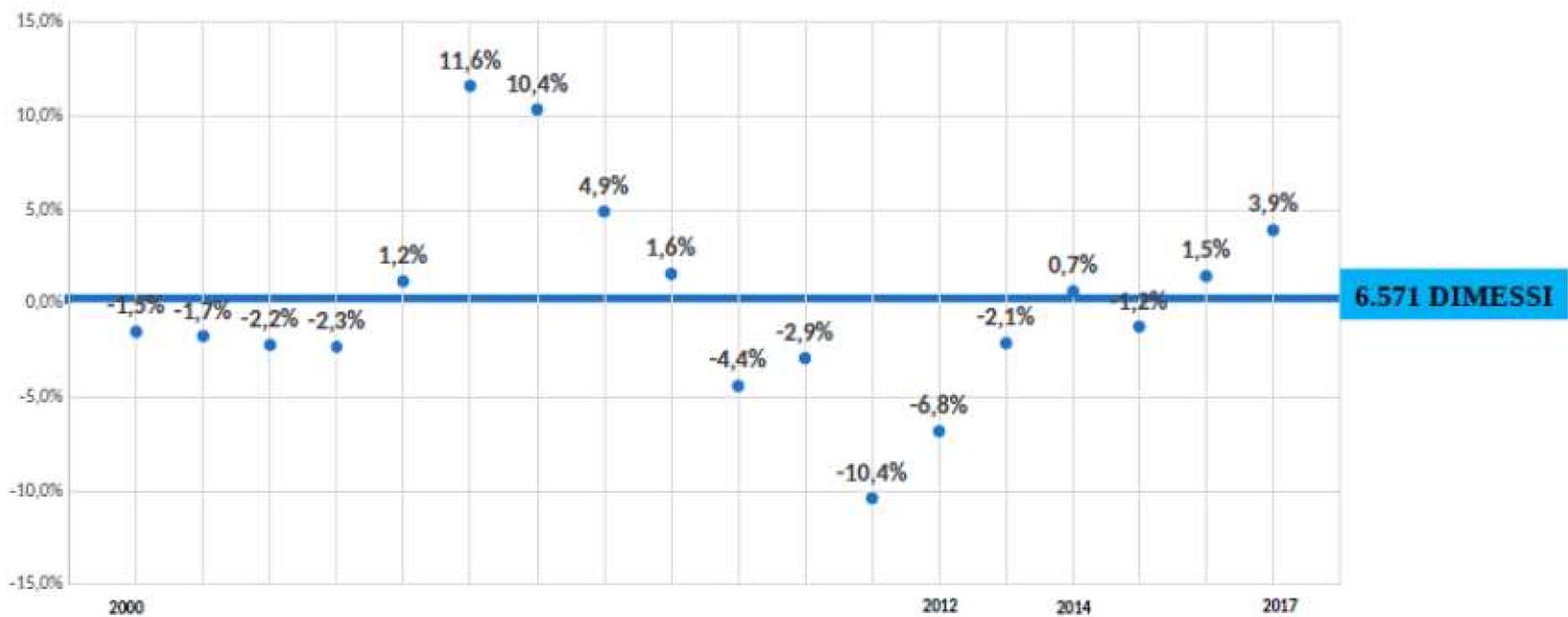
1. Inserimento in lista di attesa,
2. Tipologia e sede di esecuzione della procedura chirurgica prenotata;
3. Classe di priorità assegnata dal clinico con comunicazione scritta del periodo presunto di ricovero;
4. Recapiti ufficiali dei punti di contatto per necessità informative relative al periodo di permanenza in lista;
5. Rilascio dell'informativa relativa alle regole di permanenza in lista con diritti e doveri del paziente e delle aziende. Le informazioni sono presenti su un modulo che viene stampato e consegnato al paziente al momento dell'inserimento in lista;
6. Integrazione FSE e lista di attesa;
7. Comunicazione all'utenza nel sito trasparenza dell'azienda relativamente alle modalità di gestione delle liste di attesa per ricovero programmato ed il report sulla situazione dei tempi di attesa per interventi chirurgici oggetto di monitoraggio.

Allegato 4: "Mobilità passiva interregionale DRG Chirurgici" Conferenza Socio- Sanitaria, 9/5/2019 (redatto da Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara)

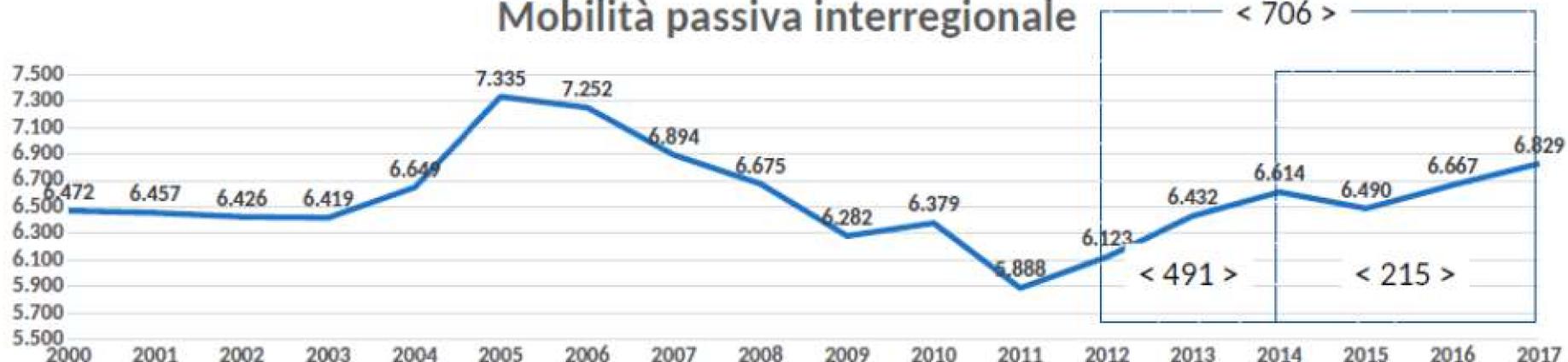
# Mobilità passiva interregionale DRG chirurgici

Contesto
SDO - Ricoveri
Fonte dati
Banca dati SDO, Regione Emilia-Romagna
Data Elaborazione
14/04/2019

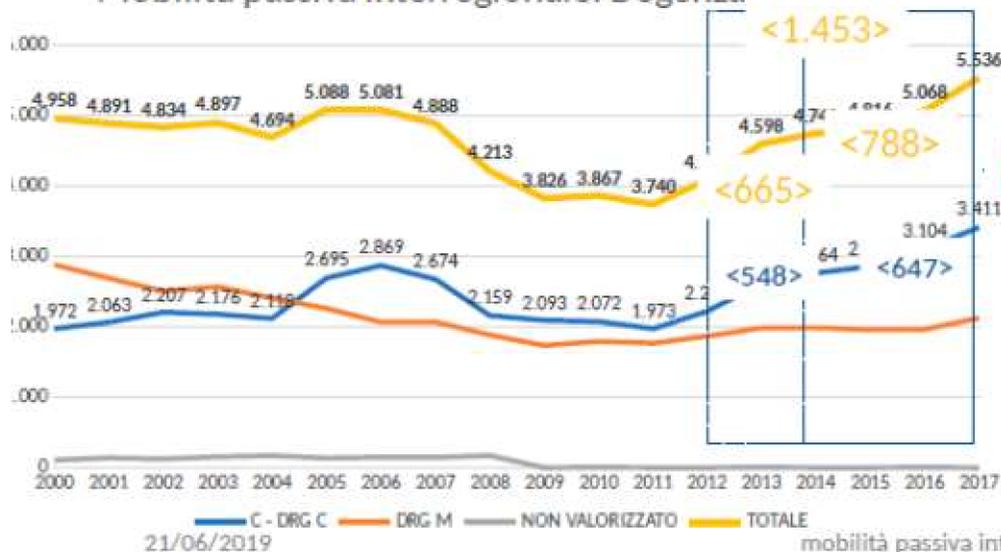
**MOBILITA' PASSIVA INTER-REGIONALE PERIODO 2000-2018**  
**SCOSTAMENTO % DALLA MEDIA DI PERIODO**



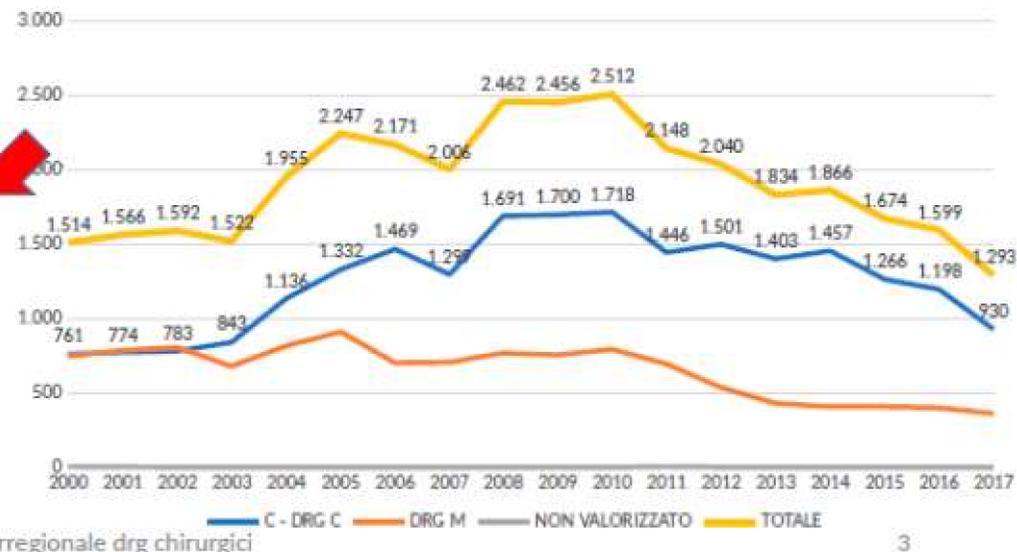
### Mobilità passiva interregionale



### Mobilità passiva interregionale. Degenza Ordinaria



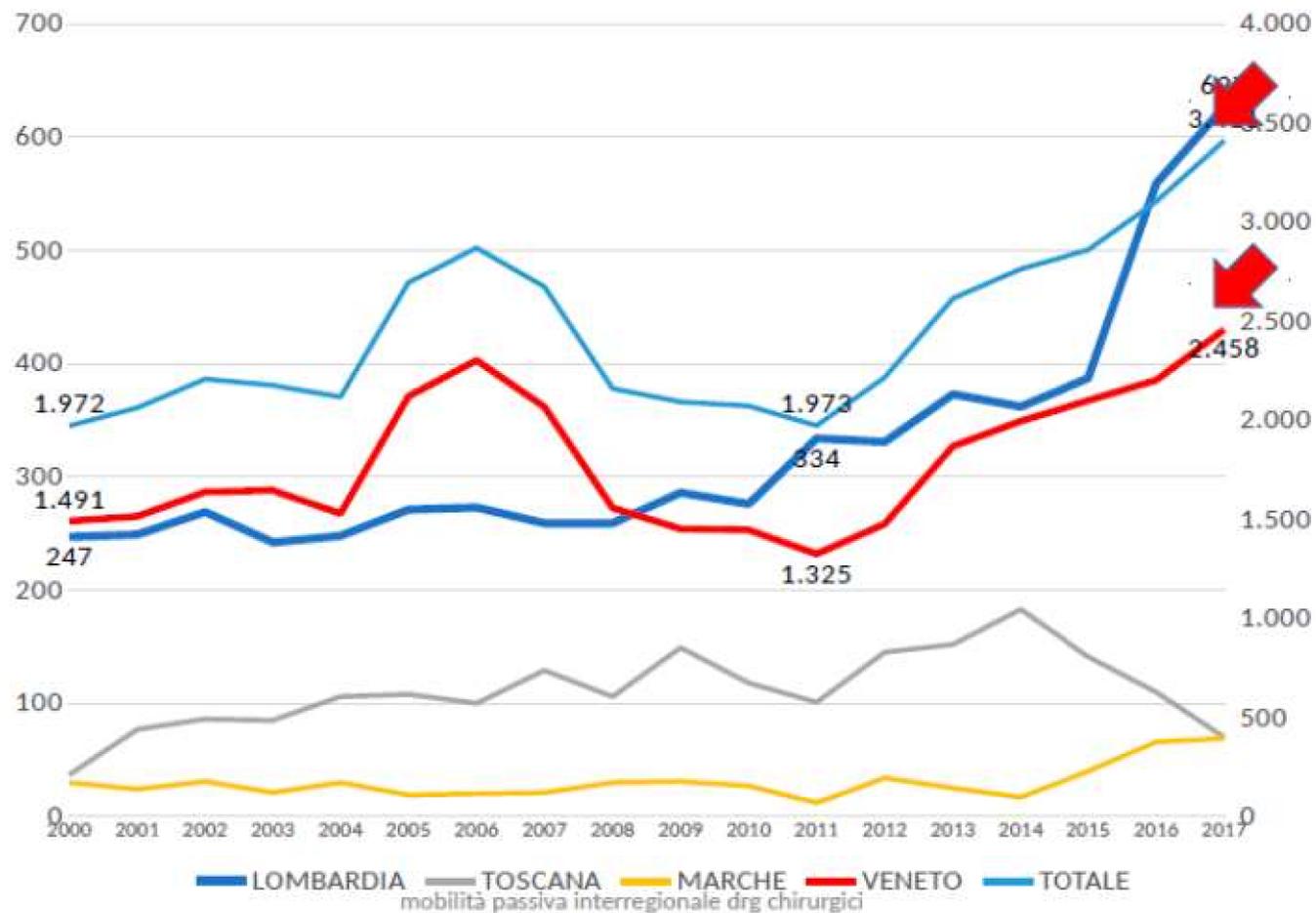
### Mobilità passiva interregionale. Day Hospital



## Mobilità passiva AUSL FE di ricoveri per DRG chirurgici. Regime di ricovero ordinario

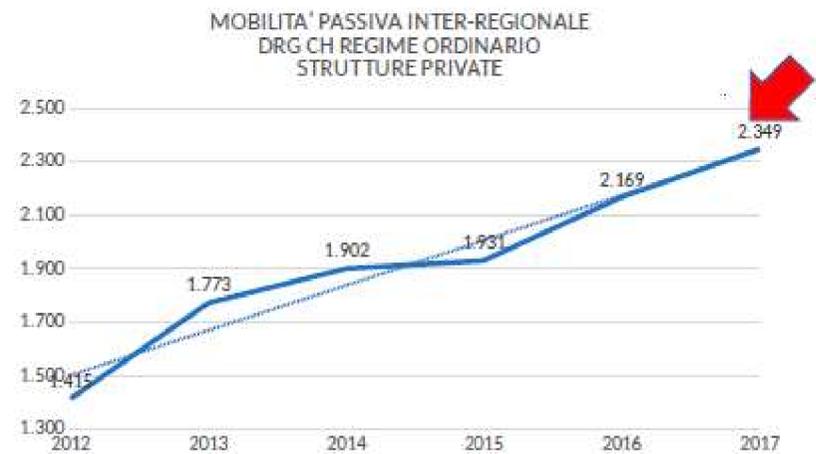
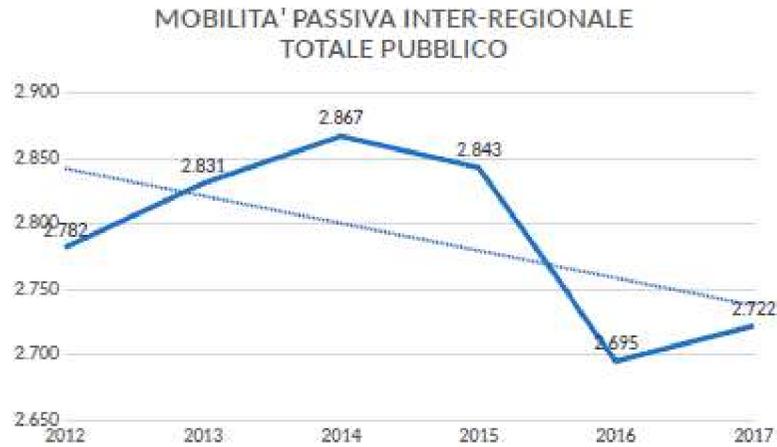


## Mobilità passiva interregionale dei residenti nella Provincia di Ferrara per ricovero chirurgico regime ordinario. Strutture pubbliche e private



21/06/2019



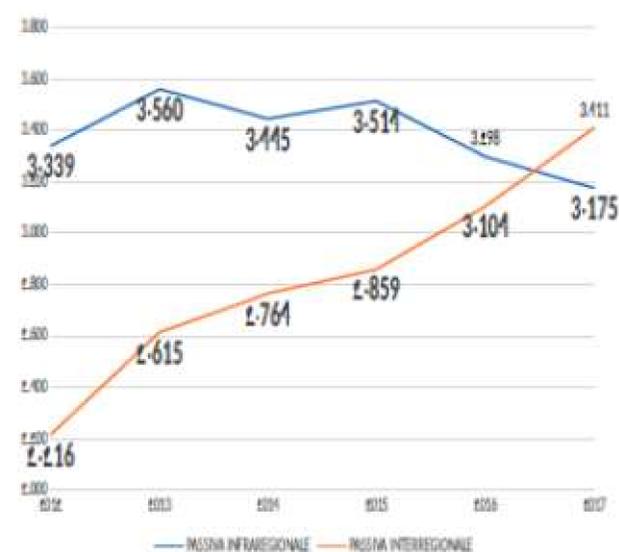
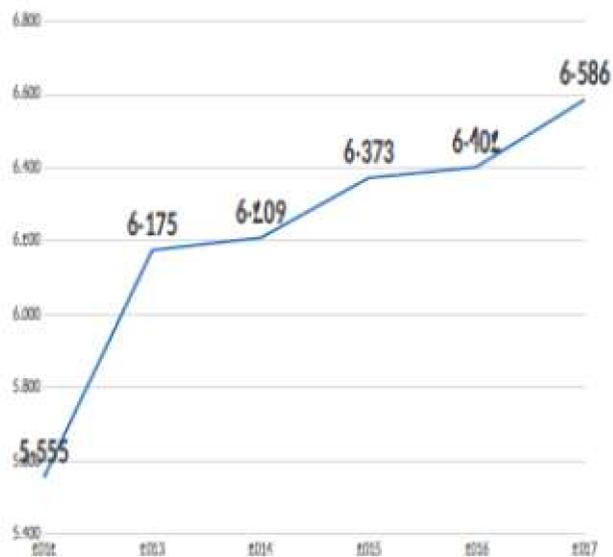


21/06/2019

mobilità passiva interregionale drg chirurgici

6

MOBILITA' PASSIVA TOTALE DEI RESIDENTI IN PROVINCIA DI FERRARA PER DRG CH TRATTATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO MOBILITA' PASSIVA INTRA E INTER REGIONALE DEI RESIDENTI IN PROVINCIA DI FERRARA PER DRG CH TRATTATI IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO



21/06/2019

mobilità passiva interregionale drg chirurgici

7

## Composizione della mobilità passiva per DRG ch e RO

### Totale mobilità passiva

ANNO 2017	DIMESSI	%SU TOTALE
08-APP. MUSCOLOSCO-LETR., TESS. CONNETTIVO	2.240	34%
05-APP. CARDIOCOROLATORIO	881	13%
11-RENE E VIE URINARIE	420	6%
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	393	6%
01-SISTEMA NERVOSO	370	6%
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	338	5%
06-APP. DIGERENTE	322	5%
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	302	5%
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	289	4%
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	258	4%
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	173	3%
02-OCCHIO	137	2%
14-GRavidANZA, PARTO E PUERPERIO	132	2%
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	74	1%
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICO FARMACI	65	1%
23-FATT. INFLUENZA/SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANTARI	49	1%
FRE MDC	46	1%
04-APP. RESPIRATORIO	40	1%
MDC NON ASSEGNABILE	22	0%
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	12	0%
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	11	0%
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	9	0%
22-USTIONI	2	0%
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	1	0%
	<b>6.586</b>	<b>100%</b>



### Mobilità passiva interregionale

ANNO 2017	DIMESSI	%SU TOTALE
08-APP. MUSCOLOSCO-LETR., TESS. CONNETTIVO	1.125	33%
05-APP. CARDIOCOROLATORIO	307	9%
01-SISTEMA NERVOSO	280	8%
11-RENE E VIE URINARIE	231	7%
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA	214	6%
12-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	207	6%
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	204	6%
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI	202	6%
06-APP. DIGERENTE	163	5%
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA	122	4%
07-FEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	103	3%
14-GRavidANZA, PARTO E PUERPERIO	57	2%
02-OCCHIO	43	1%
23-FATT. INFLUENZA/SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANTARI	37	1%
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE	35	1%
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICO FARMACI	21	1%
04-APP. RESPIRATORIO	20	1%
FRE MDC	13	0%
MDC NON ASSEGNABILE	11	0%
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO	7	0%
18-MAL. INFETTIVE E PARASSITARIE	5	0%
24-TRAUMATISMI MULTIPLI	3	0%
19-MALATTIE E DISTURBI MENTALI	1	0%
22-USTIONI		0%
	<b>3.411</b>	<b>100%</b>

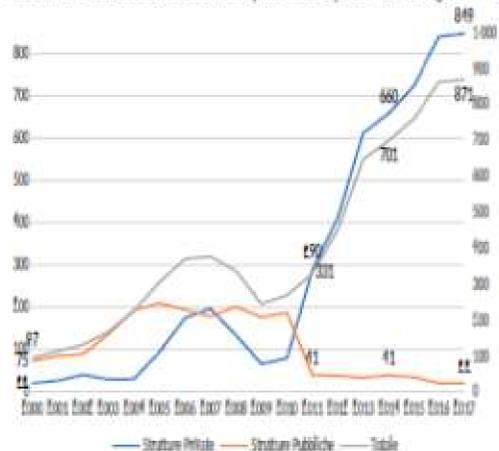




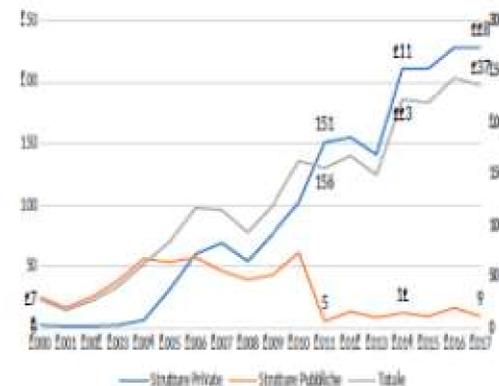
MOBILITA' PASSIVA DEI RESIDENTI NELL'AUSL DI FERRARA VERSO LE STRUTTURE DELLA REGIONE VENETO PER DRG CHIRURGICI. ANDAMENTO MDC PRINCIPALMENTE INTERESSATE DALLA MOBILITA' PASSIVA. REGIME DI RICOVERO ORDINARIO

08-APP. MUSCOLOSCHLETR., TESS. CONNETTIVO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anno di dimissione	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture Private	22	28	42	31	32	96	176	198	136	68	81	290	413	614	660	726	842	849
Strutture Pubbliche	75	86	91	138	195	211	196	180	203	178	189	41	40	35	41	36	22	22
Totale	97	114	133	169	227	307	372	378	339	246	270	331	453	649	701	762	864	871
01-SISTEMA NERVOSO	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture Private	2	1	1	2	6	31	60	69	54	77	102	151	155	141	211	211	228	228
Strutture Pubbliche	25	16	25	38	56	53	57	46	39	43	61	5	13	8	12	9	16	9
Totale	27	17	26	40	62	84	117	115	93	120	163	156	168	149	223	220	244	237
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture Private	5	9	111	197	53	73	113	121	17	37	29	91	53	62	64	42	36	44
Strutture Pubbliche	29	45	39	50	53	51	103	110	99	98	119	107	108	89	120	115	134	92
Totale	34	54	150	247	106	124	216	231	116	135	148	198	161	151	184	157	170	136
11-RENE E VIE URINARIE	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Strutture Private	14	23	21	10	13	77	55	80	85	56	36	25	23	45	57	76	70	109
Strutture Pubbliche	27	15	47	46	81	88	84	46	45	38	34	31	53	45	49	48	35	19
Totale	41	38	68	56	94	165	139	126	130	94	70	56	76	90	106	124	105	128

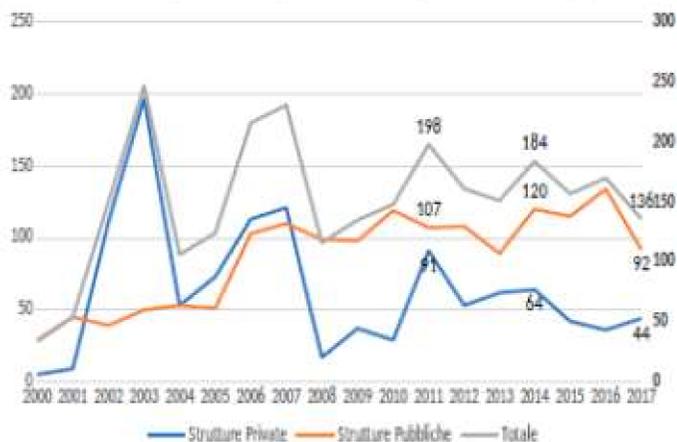
MDC 08 - Muscoloscheletrico, tessuto connettivo. DRG chirurgico  
 Mobilità passiva dei residenti nella Provincia di Ferrara verso strutture pubbliche e private della Regione Veneto. Regime di ricovero ordinario



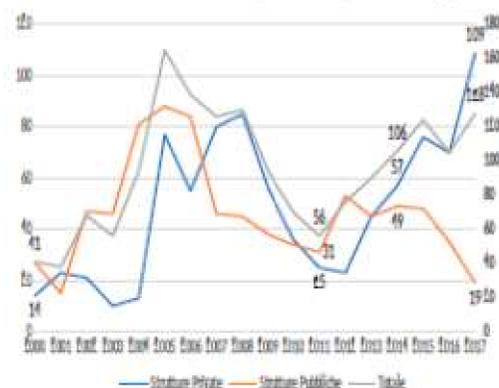
MDC 01 - Sistema nervoso. DRG chirurgico  
 Mobilità passiva dei residenti nella provincia di Ferrara verso strutture pubbliche e private della Regione Veneto. Regime di ricovero ordinario



MDC 13 - App. Riproduttivo Femminile. DRG chirurgico  
 Mobilità passiva verso strutture pubbliche e private della Regione Veneto. Regime di ricovero ordinario



MDC 11 - Rene e vie urinarie. DRG chirurgico  
 Mobilità passiva dei residenti nella Provincia di Ferrara verso strutture pubbliche e private della Regione Veneto. Regime di ricovero ordinario



21/06/2019

mobilità passiva interregionale drg chirurgici

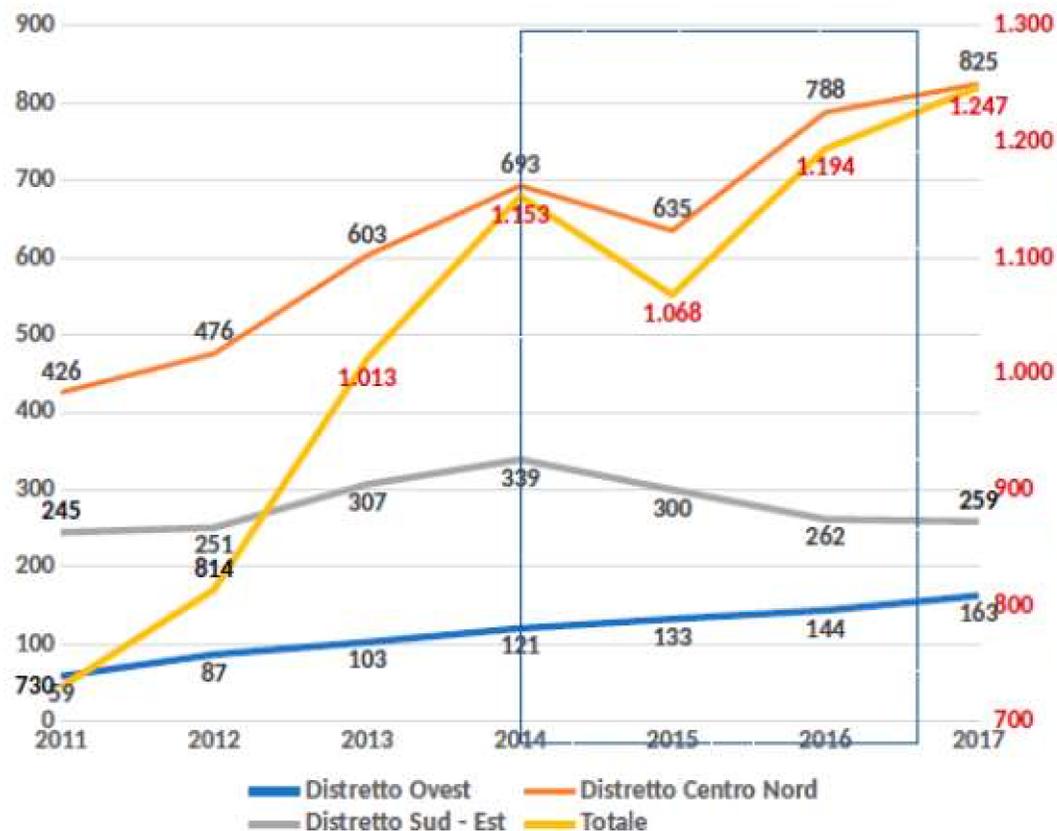
10

## MOBILITA' PASSIVA DEI RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI FERRARA PER DRG CHIRURGICI VERSO LE STRUTTURE PRIVATE DELLA REGIONE VENETO. ANNO 2017

Regime di ricovero: 001 - DEGRANZA ORDINARIA																		
Stabilimento	OSPEDALE GIASCRATO SACROCUORE- DON	CASA DI CURA RIVIERA PEEP DOTT. PERRI	C.D.C. SAN FRANCESCO	CASA DI CURA BETTINA	CASA DI CURA VILLA BECCA	ISTITUTO COSENZA - BUTI CORTINA	C.C. GIOVANNI BENE	OSPEDALE VIGAS ALICE	CASA DI CURA S. MARCO	CASA DI CURA S. ENOCY ANNA BESOLA S.P.A.	CAZ S. L. CASA DI CURA RIVATA	CASA DI CURA TREVISI	CASA DI CURA AGNOSTINI	C.D.C. S.M. MADRIGNA	CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE			
MDC																		
01-SISTEMA NERVOSO														221	7			228
02-OCCHIO	6																	6
03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA												5						5
05-APP. CARDIOCIRCOLATORIO		2								1			16		50			69
06-APP. DIGERENTE	3	1									1		10	26	22			63
07-PEGATO, VIE BILIARI E PANCREAS	2	1		1									1	38	20			63
08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO	9	3	4		3	1	58	1	1		8		105	344	110			849
09-PELLE, TESSUTO SOTTOCUTANEO, MAMMELLA			11										1	32				44
10-ENDOCRINI METABOLICI NUTRIZIONALI		2		1	3								8	2	63			79
11-RENI E VIE URINARIE	2	7											36	64				109
17-APP. RIPRODUTTIVO MASCHILE	3	4									3		59	52				123
13-APP. RIPRODUTTIVO FEMMINILE	11												4	29				44
14-GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	1	1											1					3
16-SANGUE E ORGANI EMATOPOIET. SIST. IMMUNITARIO														4	1			5
17-MIELOPROLIFER. E NEOPLASIE SCARSAM. DIFFERENZIATE														7				7
21-TRAUMATISMI, AVVELEN. ED EFF. TOSSICI FARMACI	1	2												3	1			7
23-PATT. INFLUENZ. SALUTE ED IL RICORSO AI S.SANITARI														4				4
MDC NON ASSEGNABILE														3				3
<b>totale</b>	<b>40</b>	<b>25</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>341</b>	<b>1081</b>	<b>274</b>			<b>1715</b>

Azienda USL di residenza 109 - FERRARA MDC 08-APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO  
Regione di ricovero VENETO

MDC 08. Mobilità passiva verso la Regione Veneto per DRG chirurgici e Distretto di residenza



DRG M e DRG Ch	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MDC 08							
Distretto Ovest	82	110	134	156	201	216	248
Distretto Centro Nord	593	680	843	934	907	1.147	1.168
Distretto Sud - Est	349	341	396	439	401	349	358
Totale	1.024	1.131	1.373	1.529	1.509	1.712	1.774
DRG Ch							
Distretto Ovest	59	87	103	121	133	144	163
Distretto Centro Nord	426	476	603	693	635	788	825
Distretto Sud - Est	245	251	307	339	300	262	259
Totale	730	814	1.013	1.153	1.068	1.194	1.247



Dove si sono ricoverati i cittadini residenti nel  
 Distretto Sud-Est.  
**RICOVERI DRG CHIRURGICI**

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	ACSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	3.428	1.761	1.437	943	7.569	2.380
2013	3.281	1.938	1.553	1.069	7.841	2.622
2014	3.100	2.298	1.495	1.122	8.015	2.617
2015	2.855	2.331	1.440	1.069	7.695	2.509
2016	2.660	2.398	1.404	1.096	7.558	2.500
2017	2.551	2.334	1.359	1.093	7.337	2.452
2018 (*)	2.353	2.461	1.417		6.231	1.417

**Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA E 002 - DAY-HOSPITAL**

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	ACSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	2.361	1.333	1.158	612	5.464	1.770
2013	2.177	1.500	1.238	724	5.639	1.962
2014	2.028	1.743	1.185	770	5.726	1.955
2015	1.786	1.800	1.159	728	5.473	1.887
2016	1.683	1.888	1.152	784	5.507	1.936
2017	1.706	1.747	1.095	857	5.405	1.952
2018 (*)	1.499	1.778	1.145		4.422	1.145

**Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA**

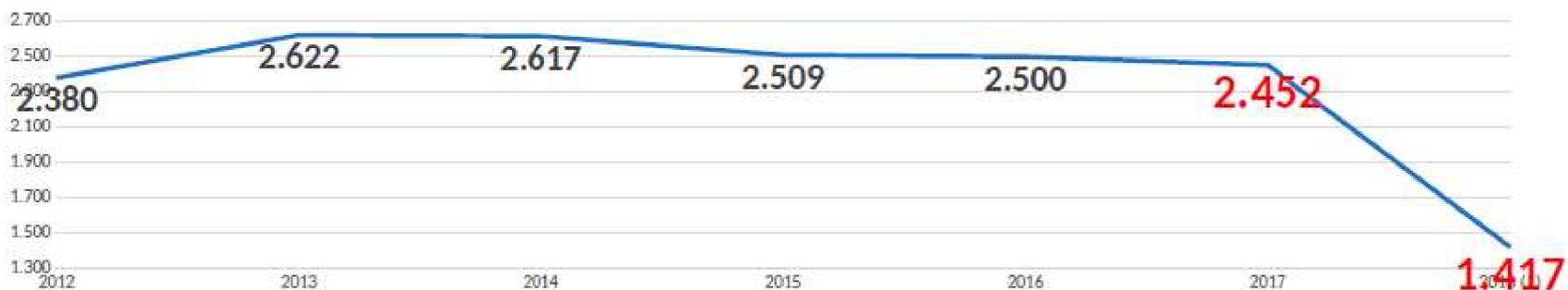
	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	ACSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	1.067	428	279	331	2.105	610
2013	1.104	438	315	345	2.202	660
2014	1.072	555	310	352	2.289	662
2015	1.069	531	281	341	2.222	622
2016	977	510	252	312	2.051	564
2017	845	587	264	236	1.932	500
2018 (*)	854	683	272		1.809	272

**Regime di ricovero: 002 - DAY-HOSPITAL**

### DISTRETTO SUD-EST ANDAMENTO DEI RICOVERI RESIDENTI PER AZIENDA DI RICOVERO. DRG CH

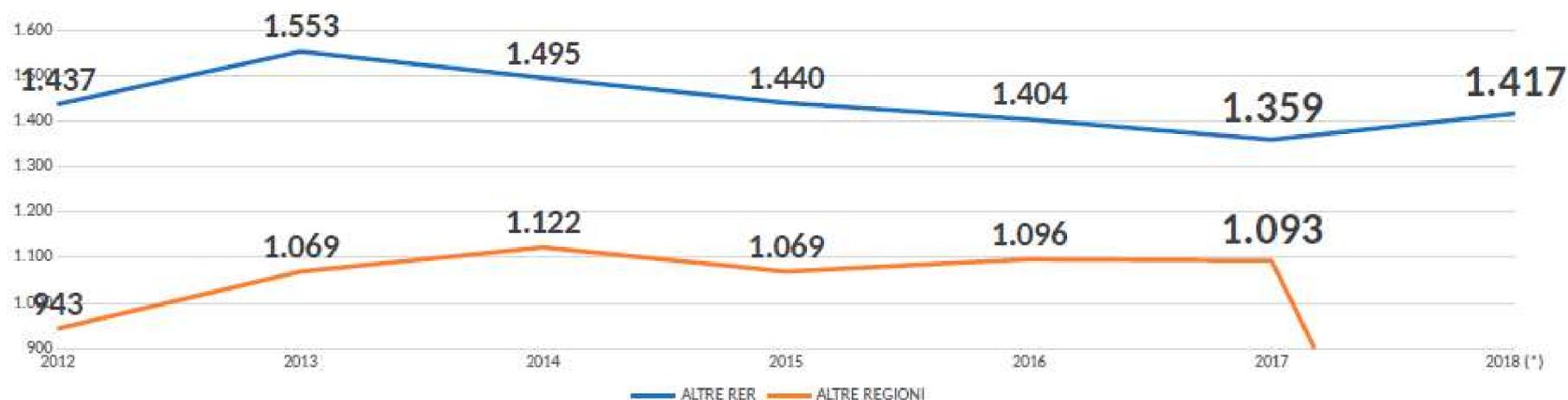


### DISTRETTO SUD-EST ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA. DRG CH



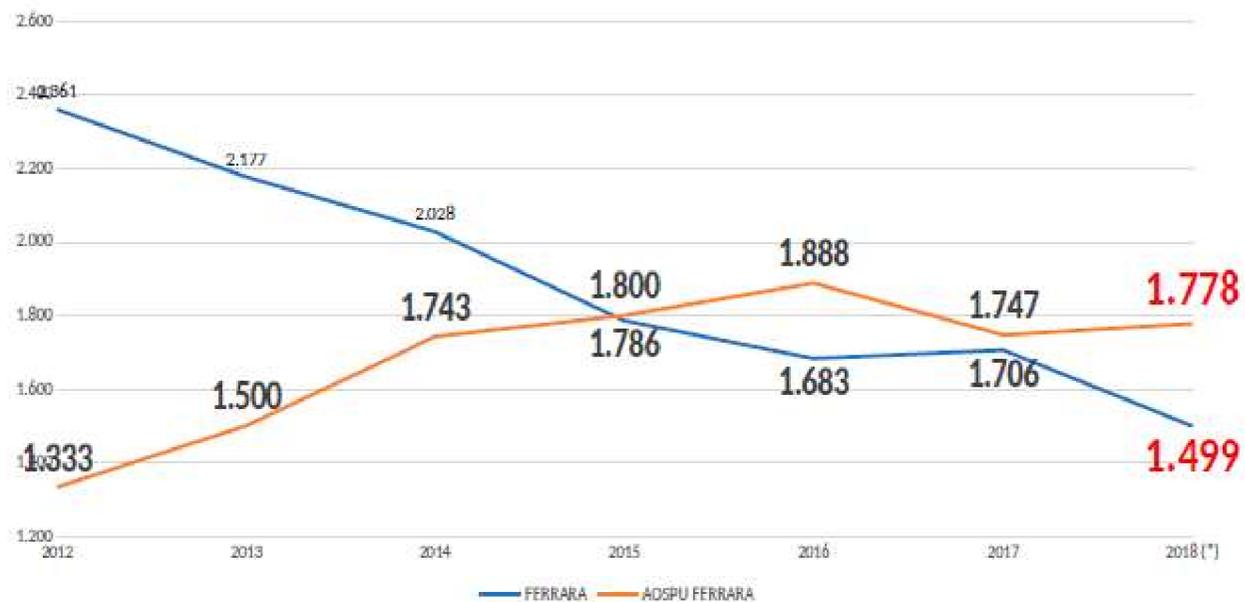
## DISTRETTO SUD-EST

### ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA INFRA E INTER REGIONALE. DRG CH

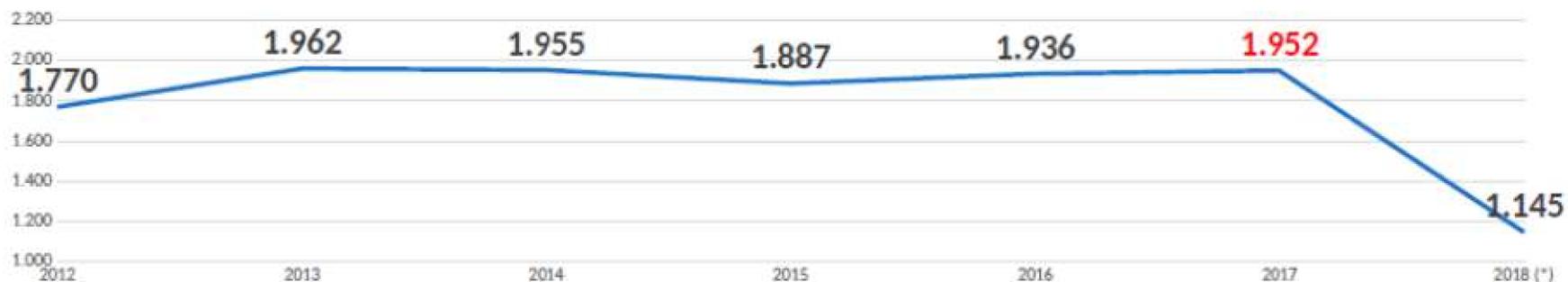


## DISTRETTO SUD-EST

### ANDAMENTO DEI RICOVERI RESIDENTI PER AZIENDA DI RICOVERO. DRG CH R.ORDINARIO



## DISTRETTO SUD-EST ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA. DRG CH



## DISTRETTO SUD-EST ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA INFRA E INTER REGIONALE (\*) DRG CH R.ORDINARIO



21/06/2019

mobilità passiva interregionale drg chirurgici

17

Dove si sono ricoverati i cittadini residenti  
 nel Distretto Centro-Nord  
**RICOVERI DRG CHIRURGICI**

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	AOSFU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	2.369	7.522	1.499	2.202	13.592	3.701
2013	2.231	7.470	1.557	2.344	13.602	3.901
2014	2.115	7.758	1.609	2.471	13.953	4.080
2015	1.913	7.599	1.626	2.421	13.559	4.047
2016	1.826	7.693	1.493	2.477	13.489	3.970
2017	1.752	7.414	1.450	2.574	13.190	4.024
2018 (*)	1.694	7.558	1.475		10.727	1.475

**Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA E 002 - DAY-HOSPITAL**

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	AOSFU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	1.423	5.391	1.230	1.238	9.282	2.468
2013	1.239	5.311	1.274	1.449	9.273	2.723
2014	1.219	5.458	1.270	1.556	9.503	2.826
2015	1.128	5.388	1.322	1.665	9.503	2.987
2016	1.054	5.451	1.185	1.774	9.464	2.959
2017	997	5.246	1.177	2.017	9.437	3.194
2018 (*)	948	5.465	1.165		7.578	1.165

**Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA**

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITA' PASSIVA
	FERRARA	AOSFU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	946	2.131	269	964	4.310	1.233
2013	992	2.159	283	895	4.329	1.178
2014	896	2.300	339	915	4.450	1.254
2015	785	2.211	304	756	4.056	1.060
2016	772	2.242	308	703	4.025	1.011
2017	755	2.168	273	557	3.753	830
2018 (*)	746	2.093	310		3.149	310

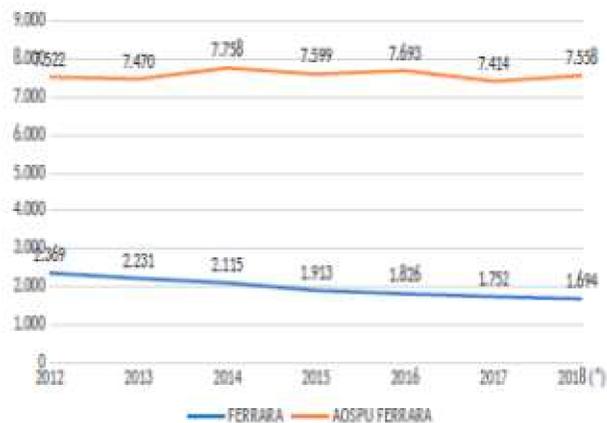
**Regime di ricovero: 002 - DAY-HOSPITAL**

21/06/2019

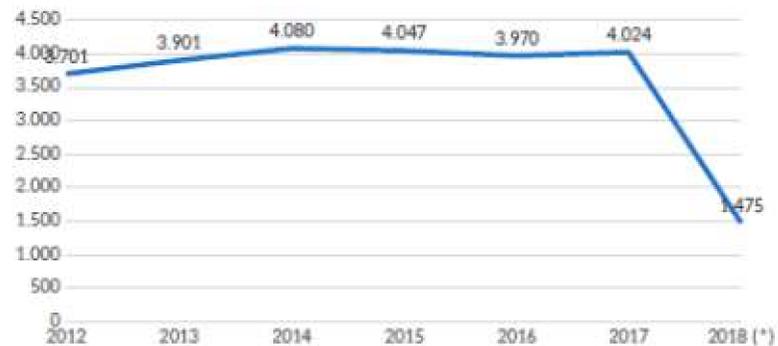
mobilità passiva interregionale drg chirurgici

18

**DISTRETTO CENTRO - NORD**  
**ANDAMENTO DEI RICOVERI RESIDENTI PER AZIENDA DI RICOVERO, DRG CH**



**DISTRETTO CENTRO NORD**  
**ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA, DRG CH**

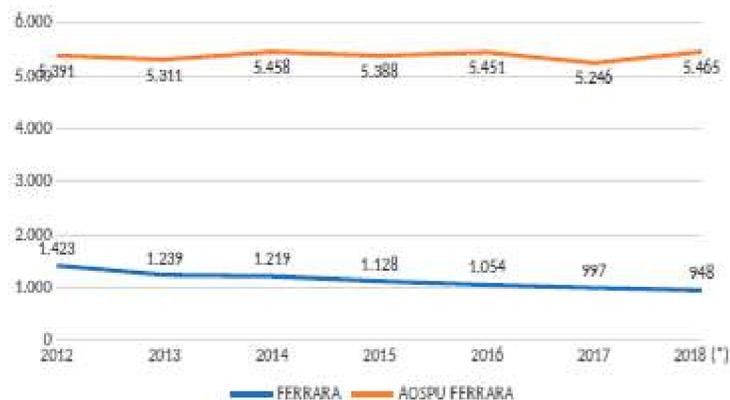


**DISTRETTO CENTRO NORD**  
**ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA INFRA E INTER REGIONALE, DRG CH**

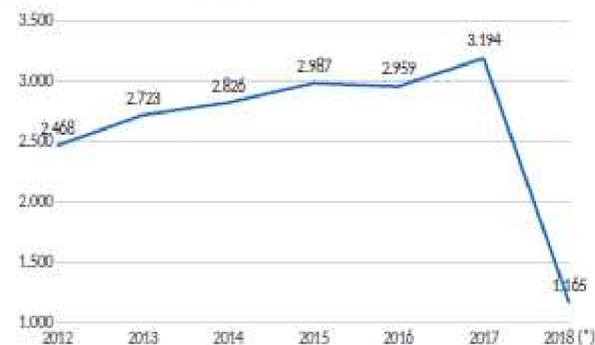




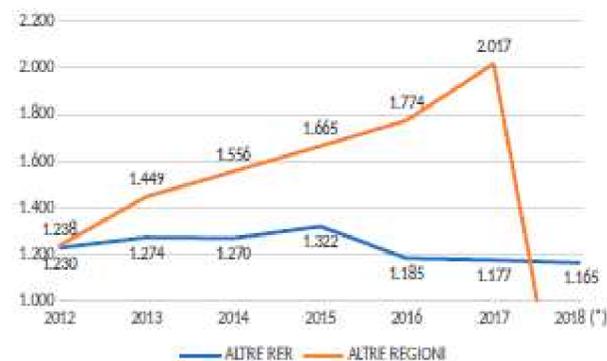
### DISTRETTO CENTRO - NORD ANDAMENTO DEI RICOVERI RESIDENTI PER AZIENDA DI RICOVERO. DRG CH DEGENZA ORDINARIA



### DISTRETTO CENTRO NORD ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA. DRG CH DEGENZA ORDINARIA



### DISTRETTO CENTRO NORD ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA INFRA E INTER REGIONALE. DRG CH DEGENZA ORDINARIA



Dove si sono ricoverati i cittadini residenti nel  
 Distretto Ovest  
 DRG CHIRURGICI

	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITÀ PASSIVA
	FERRARA	AOSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	2.072	1.678	1.295	572	5.617	1.867
2013	2.094	1.794	1.389	605	5.882	1.994
2014	1.964	1.814	1.299	628	5.705	1.927
2015	1.836	1.794	1.367	635	5.632	2.002
2016	1.745	1.870	1.275	729	5.619	2.004
2017	1.746	1.797	1.189	674	5.406	1.863
2018 (*)	1.772	1.833	1.205		4.810	1.205

Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA E 002 - DAY-HOSPITAL

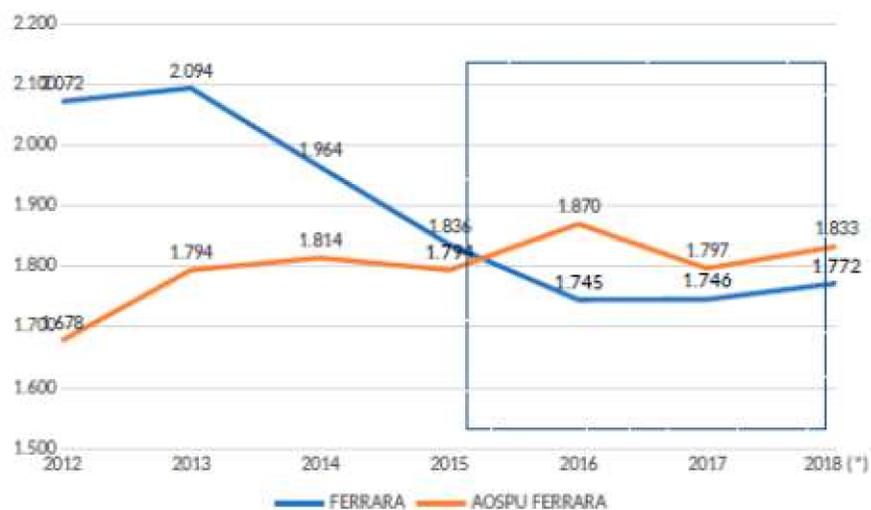
	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITÀ PASSIVA
	FERRARA	AOSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	1.374	1.237	951	366	3.928	1.317
2013	1.386	1.331	1.048	442	4.207	1.490
2014	1.328	1.400	990	438	4.156	1.428
2015	1.260	1.385	1.033	466	4.144	1.499
2016	1.116	1.428	961	546	4.051	1.507
2017	1.118	1.354	903	537	3.912	1.440
2018 (*)	1.138	1.354	919		3.411	919

Regime di ricovero: 001 - DEGENZA ORDINARIA

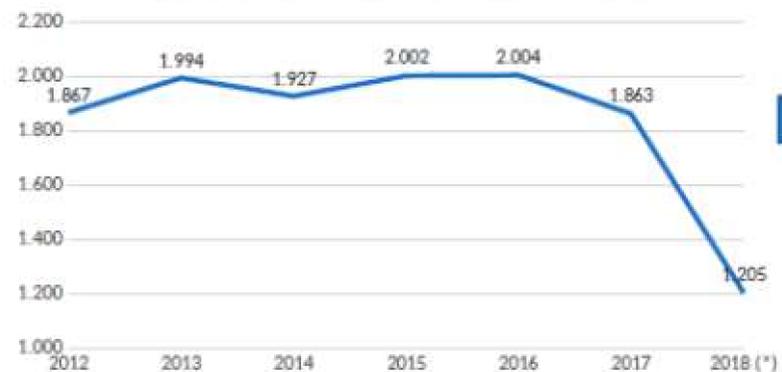
	AZIENDA DI RICOVERO					MOBILITÀ PASSIVA
	FERRARA	AOSPU FERRARA	ALTRE RER	ALTRE REGIONI	TOTALE	
2012	698	441	344	206	1.689	550
2013	708	463	341	163	1.675	504
2014	636	414	309	190	1.549	499
2015	576	409	334	169	1.488	503
2016	629	442	314	183	1.568	497
2017	628	443	286	137	1.494	423
2018 (*)	634	479	286		1.399	286

Regime di ricovero: 002 - DAY-HOSPITAL

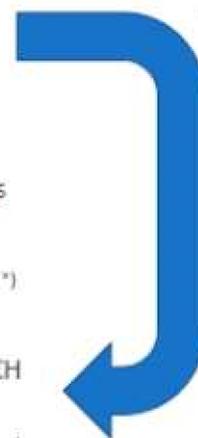
**DISTRETTO OVEST**  
**ANDAMENTO DEI RICOVERI RESIDENTI PER AZIENDA DI RICOVERO. DRG CH**

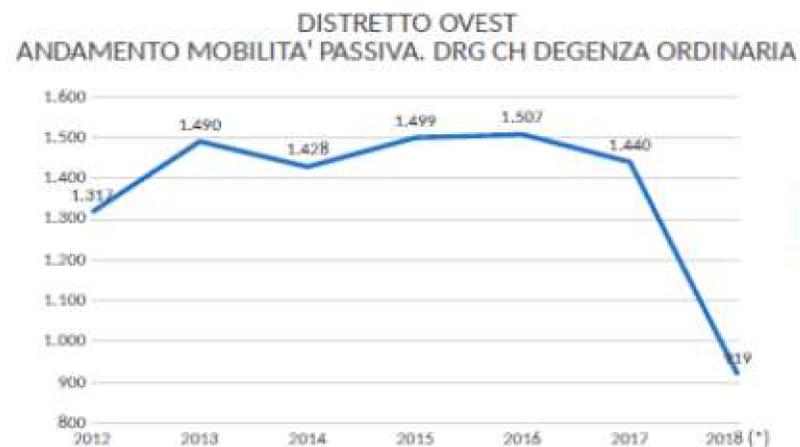


**DISTRETTO OVEST**  
**ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA. DRG CH**



**DISTRETTO OVEST**  
**ANDAMENTO MOBILITA' PASSIVA INFRA E INTER REGIONALE. DRG CH**



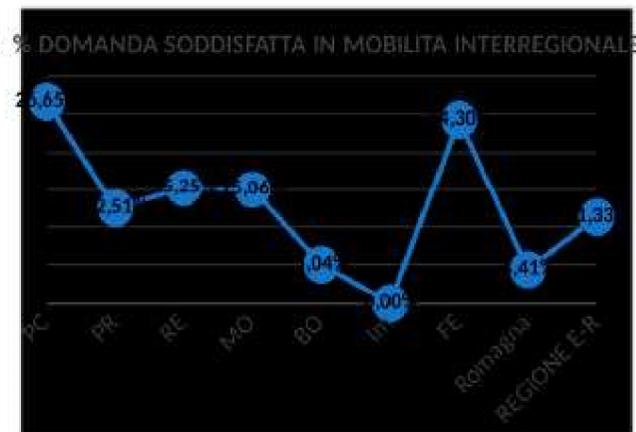




## DRG chirurgici, regime ordinario e diurno. Domanda soddisfatta per Provincia/Azienda di residenza, luogo di ricovero e contributo del privato accreditato provinciale/aziendale alla copertura della domanda

DRG medico o chirurgico  
C - DRG CHIRURGICO

MDC 08-APP. MUSCOLOSCHELETR., TESS. CONNETTIVO	FC	PR	RE	MO	BO	Im	FE	Romagna	REGIONE E.R.
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	4.630	7.376	8.811	11.474	13.904	2.439	5.980	19.060	73.674
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	2.860	5.683	5.955	8.228	11.480	981	3.125	16.385	54.697
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITÀ PASSIVA INFRAREG	536	770	1.512	1.518	1.696	1.363	1.402	1.834	10.631
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITÀ PASSIVA INTERREG	1.234	923	1.344	1.728	728	95	1.453	841	8.346
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	4.302	8.157	8.400	13.386	32.551	1.244	4.311	28.517	100.868
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	1.212	3.344	3.852	3.188	15.179		585	15.968	43.328
DOMANDA/1000 ABITANTI	16,14	16,38	16,54	16,35	16,16		17,23	16,97	16,55
PRODUZIONE/ DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,93	1,11	0,95	1,17	2,07		0,72	1,50	1,37
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	28,17%	41,00%	45,86%	23,82%	44,91%		13,57%	55,99%	42,96%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITÀ INTERREGIONALE	26,65%	12,51%	15,25%	15,06%	5,04%		24,30%	4,41%	11,33%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITÀ INFRAREGIONALE	11,58%	10,44%	17,16%	13,23%	18,72%		23,44%	9,62%	14,43%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/ PROVINCIALI	61,77%	77,05%	67,59%	71,71%	76,25%		52,26%	85,97%	74,24%



21/06/2019

mobilità passiva interregionale drg chirurgici

24

ANNO 2017 DGR CHIRURGICO									
<b>MDC: 01-SISTEMA NERVOSO</b>	PC	PR	RE	MO	BO	Im	FE	Romagna	REGIONE E-R
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	460	656	838	1.121	1.630	276	882	1.937	7.800
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	179	498	474	858	1.295	60	481	1.438	5.283
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	160	45	205	122	204	197	102	196	1.231
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	121	113	159	141	131	19	299	303	1.286
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	438	1.032	634	1.288	2.119	94	665	2.390	8.660
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	246	33	95	308	301		74	1.011	2.068
DOMANDA/1000 ABITANTI	1,60	1,46	1,57	1,60	1,88		2,54	1,73	1,75
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,95	1,57	0,76	1,15	1,16		0,75	1,23	1,11
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	56,16%	3,20%	14,98%	23,91%	13,60%		11,13%	42,30%	23,88%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	26,30%	17,23%	18,97%	12,58%	7,87%		33,90%	15,64%	16,49%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	34,78%	6,86%	24,46%	10,88%	21,04%		11,56%	10,12%	15,78%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	38,91%	75,91%	56,56%	76,54%	71,09%		54,54%	74,24%	67,73%
<b>MDC: 02-OCCHIO</b>	PC	PR	RE	MO	BO	Im	FE	Romagna	REGIONE E-R
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	575	1.080	1.238	1.344	2.585	319	800	2.486	10.427
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	121	788	968	732	2.170	133	422	2.103	7.437
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	157	128	176	438	290	162	216	172	1.739
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	297	164	94	174	125	24	162	211	1.251
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	156	1.403	1.753	1.031	2.999	280	634	3.766	12.022
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	16	110	200	111	536		86	1.735	2.794
DOMANDA/1000 ABITANTI	2,01	2,40	2,32	1,91	2,87		2,31	2,21	2,34
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,27	1,30	1,42	0,77	1,13		0,79	1,51	1,15
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	10,26%	7,84%	11,41%	10,77%	16,35%		13,56%	46,07%	23,24%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	51,65%	15,19%	7,59%	12,95%	5,13%		20,25%	8,49%	12,00%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	27,30%	11,85%	14,22%	32,59%	15,56%		27,00%	6,92%	16,68%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	21,04%	72,96%	78,19%	54,46%	79,30%		52,75%	84,59%	71,32%



<b>MDC: 03-ORECCHIO NASO BOCCA E GOLA</b>	PC	PR	RE	MO	BO	Im	FE	Romagna	REGIONE E-R
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	1.071	2.077	1.613	2.825	3.135	672	1.424	4.954	17.771
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	651	1.827	750	2.443	2.738	318	989	4.429	14.145
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	110	52	737	184	277	279	193	317	2.149
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	310	198	126	198	120	75	242	208	1.477
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	2.342	2.235	818	3.601	4.297	547	1.216	6.285	21.341
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	1.363	1.241	28	202	980		4	2.389	6.207
DOMANDA/1000 ABITANTI	3,73	4,61	3,03	4,02	3,76		4,10	4,41	3,99
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	2,19	1,08	0,51	1,27	1,27		0,85	1,27	1,20
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	58,20%	55,53%	3,42%	5,61%	20,23%		0,33%	38,01%	29,08%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	28,94%	9,53%	7,81%	7,01%	5,12%		16,99%	4,20%	8,31%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	10,27%	2,50%	45,69%	6,51%	14,60%		13,55%	6,40%	12,09%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	60,78%	87,96%	46,50%	86,48%	80,27%		69,45%	89,40%	79,60%
<b>MDC: 06-APP. DIGERENTE</b>									
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	2.057	3.026	4.014	4.700	6.330	861	2.750	8.379	32.117
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	1.505	2.763	3.495	4.122	5.811	192	2.308	7.866	28.062
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	189	115	376	368	310	654	206	274	2.492
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	363	148	143	210	209	15	236	239	1.563
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	1.763	3.442	3.978	4.643	8.226	241	2.738	9.270	34.301
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	36	647	452	51	1.248		292	3.245	5.971
DOMANDA/1000 ABITANTI	7,17	6,72	7,54	6,70	7,11		7,93	7,46	7,21
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,86	1,14	0,99	0,99	1,18		1,00	1,11	1,07
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	2,04%	18,80%	11,36%	1,10%	14,74%		10,66%	35,01%	17,41%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	17,65%	4,89%	3,56%	4,47%	3,12%		8,58%	2,85%	4,87%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	9,19%	3,80%	9,37%	7,83%	13,41%		7,49%	3,27%	7,76%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	73,16%	91,31%	87,07%	87,70%	83,48%		83,93%	93,88%	87,37%

<b>MDC: 08-APP. MUSCOLOSCHIELETR., TESS. CONNETTIVO</b>	<b>PC</b>	<b>PR</b>	<b>RE</b>	<b>MO</b>	<b>BO</b>	<b>Im</b>	<b>FE</b>	<b>Romagna</b>	<b>REGIONE E-R</b>
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	4.630	7.376	8.811	11.474	13.904	2.439	5.980	19.060	73.674
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	2.860	5.683	5.955	8.228	11.480	981	3.125	16.385	54.697
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	536	770	1.512	1.518	1.696	1.363	1.402	1.834	10.631
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	1.234	923	1.344	1.728	728	95	1.453	841	8.346
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	4.302	8.157	8.400	13.386	32.551	1.244	4.311	28.517	100.868
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	1.212	3.344	3.852	3.188	15.179		585	15.968	43.328
DOMANDA/1000 ABITANTI	16,14	16,38	16,54	16,35	16,16		17,23	16,97	16,55
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,93	1,11	0,95	1,17	2,07		0,72	1,50	1,37
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	28,17%	41,00%	45,86%	23,82%	44,91%		13,57%	55,99%	42,96%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	26,65%	12,51%	15,25%	15,06%	5,04%		24,30%	4,41%	11,33%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	11,58%	10,44%	17,16%	13,23%	18,72%		23,44%	9,62%	14,43%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	61,77%	77,05%	67,59%	71,71%	76,25%		52,26%	85,97%	74,24%
<b>MDC: 11-RENE E VIE URINARIE</b>									
	<b>PC</b>	<b>PR</b>	<b>RE</b>	<b>MO</b>	<b>BO</b>	<b>Im</b>	<b>FE</b>	<b>Romagna</b>	<b>REGIONE E-R</b>
POPOLAZIONE	286.781	450.256	532.575	701.896	1.011.291		346.975	1.122.855	4.452.629
DOMANDA RESIDENTE TOTALE	1.071	1.342	1.677	2.154	2.898	518	1.726	3.562	14.948
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA NEI CONFINI PROVINCIALI/AZIENDALE	617	1.213	1.381	1.841	2.685	359	1.273	2.977	12.346
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INFRAREG	148	70	197	134	104	139	192	343	1.327
DOMANDA RESIDENTE SODDISFATTA IN MOBILITA PASSIVA INTERREG	306	59	99	179	109	20	261	242	1.275
PRODUZIONE TOTALE PROVINCIALE/AZIENDALE	759	1.651	1.671	2.288	3.771	475	1.423	3.260	15.298
PRODUZIONE PRIVATA PROVINCIALE/AZIENDALE	103	206	122	269	663		84	266	1.713
DOMANDA/1000 ABITANTI	3,73	2,98	3,15	3,07	3,38		4,97	3,17	3,36
PRODUZIONE/DOMANDA RESIDENTE TOTALE	0,71	1,23	1,00	1,06	1,24		0,82	0,92	1,02
CONTRIBUTO % PRODUZIONE PRIVATA ALLA PRODUZIONE TOTALE	13,57%	12,48%	7,30%	11,76%	15,61%		5,90%	8,16%	11,20%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INTERREGIONALE	28,57%	4,40%	5,90%	8,31%	3,78%		15,12%	6,79%	8,53%
% DOMANDA SODDISFATTA IN MOBILITA INFRAREGIONALE	13,82%	5,22%	11,75%	6,22%	7,11%		11,12%	9,63%	8,88%
% DOMANDA SODDISFATTA NEI CONFINI AZIENDALI/PROVINCIALI	57,61%	90,39%	82,35%	85,47%	89,11%		73,75%	83,58%	82,59%



HANNO CONTRIBUITO ALLA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO AZIENDALE

Dott. Sandro Guerra Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie

Dott.ssa Monica Cavicchioli - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Dott.ssa Agatina Fadda - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Dott.ssa M. Caterina Pareschi - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Dott.ssa Valentina Semeraro - Dirigente Medico del Dipartimento Cure Primarie AUSL Ferrara

Sig.ra Paola Dianati – Respnsabile agende dell'AUSL di Ferrara

Dott.ssa Federica Camurri – Responsabile dell'Accesso dell'AUSL di Ferrara

Dott. Michele Greco - Dirigente Amministrativo dell'AUSL di Ferrara

Dott.ssa Agostina Aimola – Dirigente Amministrativo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara Dott.

Giuseppe Franchino – Dirigente medico della Direzione Medica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Dott. Marco Cruciani - Responsabile Sportello Unico - Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Dott.ssa Simonetta Beccari Responsabile ufficio Stampa dell'AUSL di Ferrara

Dott.ssa Sara Castellari Responsabile URP AUSL di Ferrara

Dott. Tiziano carradori, Direttore Generale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

Dott.ssa Maria Lucia Giorgetti, RUA provinciale per i tempi di attesa chirurgici, direzione medica Azienda ospedaliero-Universitaria

Dott. Mirco Santini, RUA provinciale per i tempi di attesa chirurgici referente per Azienda USL di Ferrara, dirigente medico STAFF Direzione Sanitaria AUSL Fe

Dott.ssa Nicoletta Natalini Direttrice Sanitaria Azienda USL di Ferrara

Dott. Eugenio di Ruscio, Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara

