



ASL 2 ABRUZZO - LANCIANO VASTO CHIETI

**PIANO INDUSTRIALE
AZIENDALE PER LA RIDUZIONE
DELLE LISTE D'ATTESA E
RECUPERO MOBILITA' PASSIVA
2023-2024-2025**

Sommario

PIANO PER IL RECUPERO MOBILITA' PASSIVA 2023-2025	3
PREMESSA	3
I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA): ESITO MONITORAGGIO, AUDIT, REVISIONI E LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE	5
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO: POTENZIAMENTO DELLE QUATTRO LINEE DI PRODUZIONE:	15
INVESTIMENTI FUNZIONALI ALL'AUMENTO DELLA PRODUZIONE DELLE QUATTRO LINEE INDIVIDUATE – COLLEGAMENTO TRA PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2022 E 2023- 2025 E PIANO INDUSTRIALE RECUPERO PRODUZIONE SULLE QUATTRO LINEE INDIVIDUATE	53
RIORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE.....	88
LA TELEMEDICINA NEI PDTA SVILUPPO APPLICAZIONE	103

PIANO PER IL RECUPERO MOBILITA' PASSIVA 2023-2025

Il presente documento è stato approvato dal Collegio di Direzione della ASL 02 Lanciano Vasto Chieti, tenutosi il 02 febbraio 2023 e dalla Commissione Paritetica riunitasi il 06 febbraio 2023.

PREMESSA

La mobilità sanitaria passiva rappresenta, purtroppo, per la Regione Abruzzo, un importante fenomeno da governare ma richiede specifiche analisi volte ad evitare la banale semplificazione che attribuisce le relative cause a sintomi di completa inadeguatezza dell'offerta.

Anche gli ultimi dati sulla mobilità passiva riferiti all'anno 2021 evidenziano come sia necessario intraprendere delle azioni che vadano nella direzione di una maggiore efficacia delle azioni di promozione della salute e di prevenzione, nonché del miglioramento e di una maggiore appropriatezza delle modalità di presa in carico dei bisogni di salute, con una particolare attenzione all'assistenza territoriale e all'integrazione fra ospedali e territorio, proprio per favorire l'equità di tutti i cittadini nell'accesso ai servizi sanitari e la presa in carico del paziente. Altri fattori sono dovuti alla mobilità di prossimità per la quale l'utente sceglie la struttura sanitaria più vicina, anche se dislocata in una regione in cui non risiede (Marche, Molise, Lazio), alla mobilità di competenza, per quei pazienti che ricevono prestazioni di complessità e specificità decisamente elevate erogate da poche strutture qualificate, alla mobilità di necessità che è quella per carenza d'offerta sul proprio territorio, sia quantitativa sia qualitativa.

Tra i principali obiettivi occorre porre maggiore evidenza a:

- **Integrazione fra ospedale e territorio, assistenza territoriale, cure primarie:** particolare attenzione sarà dedicata ai malati cronici, anche attraverso la definizione di specifici percorsi alla implementazione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale previsti nel DM 77.
- **Miglioramento dei percorsi clinico-assistenziali dei pazienti:** in riferimento ai percorsi di Ortopedia, Cardiologia e Cardiochirurgia, Cancro del Colon e Mammella andrà in particolare migliorato, anche in un'ottica di recupero della mobilità passiva, il processo di presa in carico del paziente chirurgico, riducendo i tempi di attesa dell'iter diagnostico e del successivo intervento, nonché attraverso l'incremento degli interventi di robotica; andrà poi implementato in tutti gli ambiti provinciali il percorso fast track che prevede la dimissione precoce del paziente operato per protesi d'anca o ginocchio e il miglioramento della presa in carico dei pazienti oncologici, attraverso sia la valorizzazione dell'Unità di oncologia medica che la previsione del referente medico unico per la totalità dei pazienti oncologici.
- **Riduzione delle liste d'attesa per evitare fughe per bisogni primari/specialistica ambulatoriale:** si pone l'attenzione sulla riorganizzazione degli orari di attività ambulatoriale cercando di estendere l'orario di apertura e chiusura degli ambulatori all'interno della giornata lavorativa, sulla redistribuzione dell'offerta ambulatoriale su tutto il territorio Aziendale garantendo equità di accesso alle cure e trasparenza. Altro obiettivo è quello di revisionare le agende ambulatoriali proponendo un incremento di offerta al Cup di 1° livello delle prestazioni traccianti che mostrano maggiori criticità anche redistribuendo le attività di Cup 2° livello.
- **Sviluppo della sanità digitale** Obiettivo primario è il miglioramento dell'outcome diagnostico-terapeutico nei pazienti cronici seguiti a livello territoriale, la loro integrazione funzionale con i setting di assistenza ospedalieri e indirettamente la riduzione degli accessi inappropriati ai servizi di Emergenza Urgenza dei presidi ospedalieri. Il Progetto è inserito nell'ambito della missione 6 del PNRR e costituisce uno strumento attraverso il quale la ASL2 Abruzzo intende rispondere al bisogno di salute e benessere dei cittadini.
- **Sviluppo delle strutture** idonee per fornire risposta ai bisogni di natura a rilevanza sanitaria e

sociosanitaria non urgenti attraverso la riorganizzazione dell'intera rete territoriale (Case di Comunità, COT, Centrale 116 117...)

È evidente poi come occorra migliorare la fase del processo di presa in carico del paziente potenziando la comunicazione infatti occorre che non solo il paziente utente, ma anche il cittadino percepisca la reale qualità dell'offerta sanitaria del territorio.

L'accordo tra Regioni sembra essere lo strumento migliore al fine di programmare, su vasta scala, l'offerta dei servizi evitando uno spreco di risorse a discapito di strutture pubbliche capaci di erogare le prestazioni richieste, ma gli accordi di confine non sono mai stati portati a termine. È necessario quindi adottare le decisioni migliori per correggere eventuali deviazioni nell'erogazione della prestazione dei servizi sanitari, che non possono trovare nella limitazione alla mobilità lo strumento per protrarre condizioni di inefficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La soluzione a questo fenomeno di fuga è quella di intervenire soprattutto migliorando l'erogazione dei servizi e lavorando sulle patologie tempo dipendenti, creando una rete fra i professionisti dei presidi ospedalieri aziendali, concentrando e differenziando le attività in base alla complessità e alle competenze anche con l'aiuto del privato accreditato.

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva del valore della mobilità passiva extraregionale per l'anno 2021

DISCIPLINA	MOBILITA' 2021
ORTOPEDIA	8.220.754,78
CH GEN	5.395.187,85
CARDIOLOGIA e CARDIOCHIRURGIA	6.327.794,48
UROLOGIA	1.043.869,03

suddivisa nelle singole discipline sulle quali si pone maggior attenzione in un'ottica di recupero del saldo di mobilità.

I residenti nella provincia di Chieti si muovono principalmente per DRG nelle discipline di Cardiologia, Ortopedia e Chirurgia. Le Principali regioni di destinazione della mobilità passiva dei cittadini della provincia di Chieti sono le regioni Marche, Emilia Romagna, Lombardia e Lazio.

Nell'anno 2021 la mobilità passiva ha riguardato circa 8.000 ricoveri di cui circa 4800 DRG chirurgici e circa 2200 DRG medici, con un valore economico superiore a 30 milioni di euro.

La tabella che segue, evidenzia i primi 10 DRG per i quali si registra un importante fenomeno di mobilità relativi all'anno 2021.

DRG	DESC DRG	VALORE	NUMERO
544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	3.180.895,82 €	361
104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	2.513.642,25 €	98
498	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	1.145.151,28 €	92
496	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	1.045.854,00 €	54
105	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	1.024.553,07 €	44
481	Trapianto di midollo osseo	938.191,25 €	14
541	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica = 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	676.504,57 €	12
480	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	664.714,24 €	7
012	Malattie degenerative del sistema nervoso	485.013,38 €	102
359	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	479.750,03 €	227

Propedeutica alla fase di individuazione delle azioni da porre in essere per il raggiungimento degli obiettivi strategici sopra richiamati, è la ricognizione del lavoro svolto da anni, per le medesime finalità, da questa ASL 02.

Una particolare attenzione è stata posta ai PDTA definiti, in ciascun momento storico, in conformità al grado di implementazione degli atti di organizzazione dell'Azienda, nel rispetto delle linee guida nazionali, con una particolare attenzione alla fase di presa in carico del paziente.

I PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA): ESITO MONITORAGGIO, AUDIT, REVISIONI E LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico volti a definire, sulla base delle migliori evidenze scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione nel contesto applicativo locale, l'insieme ottimale degli interventi riferiti ad una patologia o problema clinico.

Al fine di garantire un miglioramento dei processi clinico assistenziali l'Azienda ASL 2 Abruzzo ha definito dei percorsi clinici ed organizzativi per la presa in carico dell'assistito, l'integrazione e la continuità di cura di tutti i momenti di cura e la continuità del cittadino sul territorio.

I percorsi clinici consentono la revisione dei processi decisionali di diagnosi e cura nell'ottica della medicina basata sull'evidenze, la riprogettazione dei macroepisodi organizzativi di ricovero, la razionalizzazione delle risorse aziendali, l'individuazione per ciascun percorso dei criteri utilizzabili per la costruzione di

indicatori di processo e di esito confrontabili al livello nazionale.

Per la effettiva attuazione dei PDTA, è necessario garantire:

- l'utilizzo della medicina basata sull'evidenza EBM e EBN;
- l'implementazione di linee guida e la definizione di percorsi diagnostico terapeutici/clinico organizzativi;
- la valutazione e il miglioramento continuo delle attività cliniche (misurazione delle performance cliniche e degli esiti, audit clinici, etc);
- l'informazione e partecipazione del cittadino/paziente;
- la formazione continua del personale.

L'organizzazione dell'assistenza per percorsi clinico assistenziali è una delle leve più formidabili per perseguire le logiche di governance clinica nelle organizzazioni sanitarie frutto di un patto tra clinici/manager e pazienti e concentra al proprio interno strumenti, tecniche a sostegno del miglioramento continuo dei processi e quindi della qualità assistenziale. Ogni PDTA dovrebbe favorire l'interazione ottimale della persona assistita con le equipe assistenziali, per una presa in carico condivisa, continua, efficiente ed appropriata. In tal modo è possibile aumentare il livello qualitativo dell'assistenza, riducendo la variabilità dei comportamenti, promuovendo accountability e consapevolezza sulla qualità dell'assistenza, favorendo un forte commitment aziendale, il coinvolgimento multidisciplinare dei professionisti sia nel disegno che nella gestione del percorso, attraverso gli audit e il continuo feedback sugli impatti dei PDTA nella qualità dell'assistenza.

Nella ASL Lanciano-Vasto-Chieti i primi PCO (Percorsi clinico organizzativi) sono stati elaborati nell'anno 2010, e ad oggi risultano attivi i seguenti percorsi:

Percorsi Oncologici:

- Trattamento del carcinoma della mammella
- Trattamento del carcinoma del colon-retto
- Trattamento del carcinoma del polmone
- Diagnosi e trattamento del melanoma cutaneo

Percorsi per la gestione delle patologie Tempo Dipendenti:

- Gestione del paziente sottoposto a emodinamica
- Gestione dei pazienti affetti da ictus cerebrale
- Gestione del paziente con politrauma
- Frattura di femore

Percorsi per la gestione delle malattie croniche:

- Malattie infiammatorie cronico intestinali
- Malattia renale cronica
- Demenze
- Malattie Reumatiche infiammatorie e autoimmuni
- Fibrillazione atriale e Terapia Anticoagulante Orale
- Sclerosi multipla
- Broncopneumopatia cronica ostruttiva
- Diagnosi e trattamento ipertensione polmonare
- Gestione della chetoacidosi in età pediatrica
- Diabete dell'adulto

– Cirrosi Epatica

Inoltre, in ottemperanza alla DGR n. 24 del 25 gennaio 2022 e alla Deliberazione del Direttore Generale della ASL Lanciano – Vasto - Chieti n. 1596 dell'11 novembre 2022 di recepimento, sono in fase di elaborazione il diabete gestazionale e il Percorso Clinico Organizzativo per la gestione integrata del diabete in età pediatrica.

I PDTA vengono revisionati periodicamente dai Gruppi di lavoro alla luce delle più recenti Linee Guida e successivamente ad eventuali modifiche dei setting assistenziali di riferimento.

Il GICO (Gruppo Interdisciplinare di cure oncologiche) e la presa in carico del paziente

L'attivazione del GICO (Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche) nei percorsi clinico organizzativi aziendali a carattere oncologico attivi in azienda costituisce il fulcro della riprogettazione organizzativa, è elemento di eccellenza e modello di riferimento per il futuro sviluppo del trattamento delle patologie oncologiche di elevata complessità.

Durante il GICO vengono stabilite le terapie più adeguate per i pazienti con diagnosi di tumore, il gruppo si riunisce una volta alla settimana per la discussione pre e post operatoria dei casi o per i meeting interdisciplinari di aggiornamento (Audit clinico).

In azienda inoltre sono presenti per ciascun Percorso clinico organizzativo oncologico i Case Manager di percorso, il cui ruolo è quello di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, basata sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia, agendo come facilitatori di percorso al fine di ottenere benefici per il paziente (outcomes).

Monitoraggio PDTA

L'Azienda provvede inoltre ad effettuare annualmente audit clinici per valutare la qualità dell'assistenza attraverso il monitoraggio dei dati di attività e degli indicatori definiti nei percorsi.

Nell'anno 2022 sono stati effettuati 2 audit clinico organizzativi sui percorsi oncologici del colon retto e della mammella che hanno evidenziato i dati di attività riportati di seguito.

Per il percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma del colon retto di seguito è riportato il grafico che evidenzia il numero di pazienti presi in carico dal gruppo interdisciplinare di cure oncologiche GICO dal 2014 al 2022. Per l'anno 2019 e 2020, a causa dell'emergenza covid non sono stati condotti audit di monitoraggio.

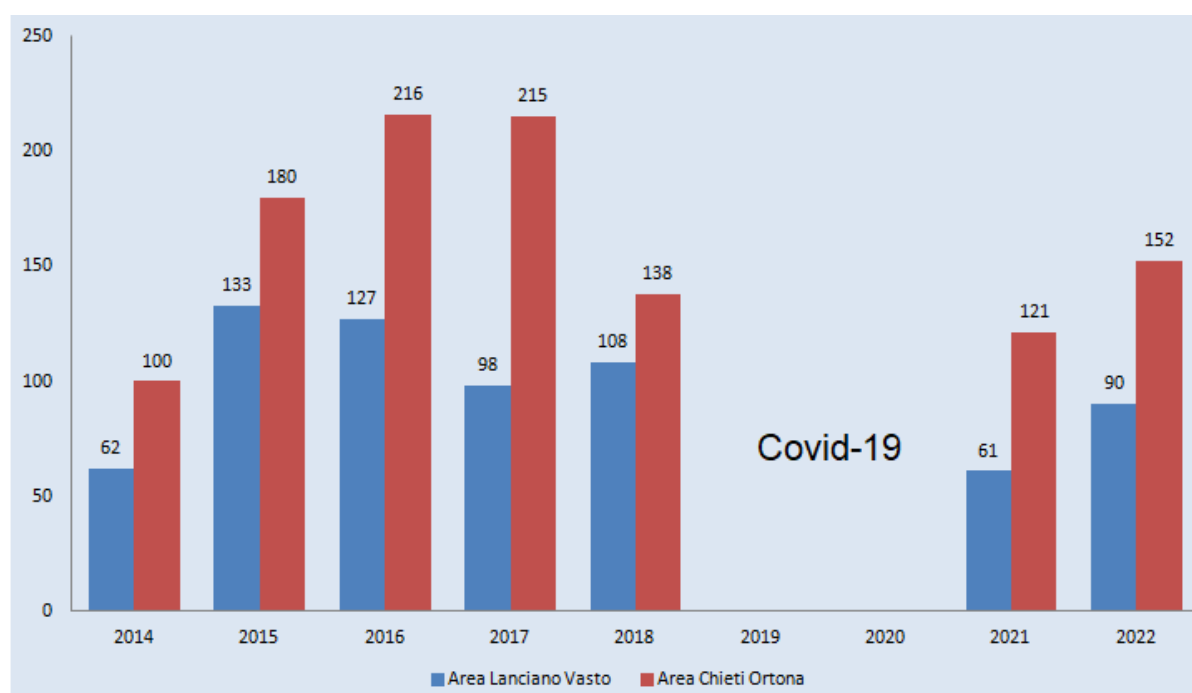


Grafico 1 - Pazienti presi in carico dal GICO colon retto anni 2014-2022

(Fonte dati: Database Casemanager GICO)

Per il percorso clinico organizzativo per il trattamento del tumore della mammella di seguito è riportato il grafico che evidenzia il numero di pazienti presi in carico dal gruppo interdisciplinare di cure oncologiche GICO dal 2013 al 2022.

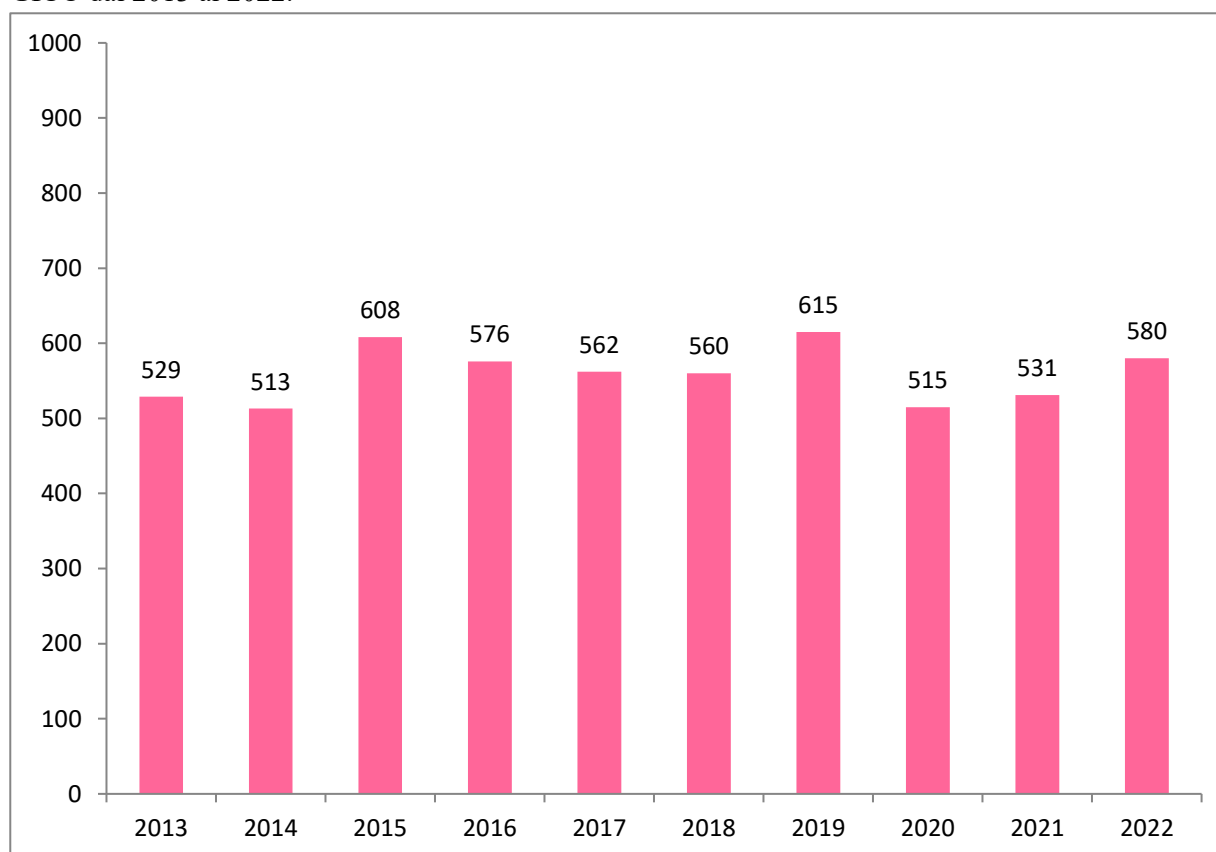


Grafico 1 – Numero di nuovi casi di tumore della mammella diagnosticati presso il Centro Senologico Specialistico della ASL Lanciano Vasto Chieti e discussi al GICO.

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati relativi al volume di ricoveri per intervento tumore del colon (Fonte Dati 2020: PNE e Fonte Dati 2021: SDO ASL 2 Abruzzo) suddivisi per Struttura di ricovero.

Volume di ricoveri per intervento tumore del colon ASL 2 ABRUZZO – Dati 2020 (PNE)			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	34
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	28
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	22
Totale			84

Volume di ricoveri per intervento tumore del colon in laparoscopia ASL 2 ABRUZZO – Dati 2020 (PNE)			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	8
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	3
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	6
Totale			17

Dati 2020 (PNE)

Volume di ricoveri per intervento tumore del colon ASL 2 ABRUZZO – Dati 2021			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	21
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	18
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	26
Totale			65

Volume di ricoveri per intervento tumore del colon in laparoscopia ASL 2 ABRUZZO – Dati 2021			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	9
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	4
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	9
Totale			22

Dati 2021 (SDO)

Tabella 1- volume di ricoveri per intervento tumore del colon

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati relativi al volume di ricoveri per intervento tumore del retto (Fonte Dati 2020: PNE e Fonte Dati 2021: SDO ASL 2 Abruzzo) suddivisi per Struttura di ricovero.

Volume di ricoveri per intervento tumore del retto ASL 2 ABRUZZO – Dati 2020 (PNE)			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	3
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	5
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	5
Totale			13

Dati 2020 (PNE)

Volume di ricoveri per intervento tumore del retto in laparoscopia ASL 2 ABRUZZO – Dati 2020 (PNE)			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	1
Totale			1

Volume di ricoveri per intervento tumore del retto ASL 2 ABRUZZO – Dati 2021			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	2
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	5
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	7
Totale			14

Dati 2021 (SDO)

Volume di ricoveri per intervento tumore del retto in laparoscopia ASL 2 ABRUZZO – Dati 2021			
STRUTTURA	PROVINCIA	REGIONE	N
P.O. Clinicizz. 'Ss. Annunziata' - Chieti	CH	Abruzzo	1
P.O. Lanciano 'Renzetti' - Lanciano	CH	Abruzzo	0
P.O. Vasto 'S. Pio Da Pietralcina' - Vasto	CH	Abruzzo	4
Totale			5

Tabella 2- volume di ricoveri per intervento tumore del retto

Nelle tabelle che seguono vengono riportati i dati della mobilità extra ed intra regionale in termini di volumi e valori, con il dettaglio della tipologia di intervento e destinazione del paziente.

Da un'analisi dei volumi degli interventi le Regioni maggiormente interessate dalla mobilità extraregionale risultano essere il Lazio e l'Emilia Romagna, rispettivamente per gli interventi riguardanti *"intestino crasso e tenue senza CC"* e interventi su *"intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore"*.

Appare invece più consistente il numero degli interventi eseguiti con mobilità intraregionale con un totale di 153 interventi con prevalenza nella Asl 203 per un numero di 134 interventi maggiormente rivolti presso erogatori privati.

Mobilità extraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Chirurgia generale	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	CAMPANIA	4	22.619
			EMILIA ROMAGNA	7	60.756
			LAZIO	21	158.335
			LOMBARDIA	9	60.674
			MARCHE	4	28.950
			MOLISE	2	14.226
			PUGLIA	1	7.113
			VENETO	1	7.113
	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	EMILIA ROMAGNA	1	9.198
	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	CAMPANIA	1	13.793
			EMILIA ROMAGNA	11	157.516
			LAZIO	1	14.759
			MOLISE	1	13.793
			PROV. AUTON. BOLZANO	1	25.793
Totale				65	594.637

Mobilità intraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Volumi	Valore
Chirurgia generale	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	201	10	71.130
				1	7.611
			203	27	192.051
				83	590.379
				15	106.695
	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	203	1	8.596
			204	1	8.596
	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	201	1	14.759
				1	13.793
			203	6	82.758
				7	96.551
	Totale				153

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Tipologia struttura	Struttura	Volumi	Valore
Chirurgia generale	149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	201	privato	Casa di Cura Privata L'Immacolata	10	71.130
				pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	7.611
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	27	192.051
					CASA di CURA VILLA SERENA	83	590.379
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	15	106.695
	197	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune	203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	1	8.596
			204	pubblico	OSPEDALE MARIA S.S. DELLO SPLENDORE	1	8.596
	569	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	201	pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	14.759
					PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	1	13.793
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	6	82.758
					CASA di CURA VILLA SERENA	7	96.551
Totale						153	1.192.918

Per quanto concerne le discipline con forte mobilità passiva si evidenzia che le stesse quotano complessivamente circa 8.000 ricoveri.

Certificazione Eusoma del Centro Senologico Specialistico ASL Lanciano Vasto Chieti

Nella Asl2Abruzzo il percorso clinico organizzativo per il trattamento del carcinoma mammario nasce dall'esigenza di garantire la maggiore attenzione possibile in termini di diagnosi e offrire un trattamento adeguato ed omogeneo su tutto il territorio della ASL. La definizione del percorso clinico ha consentito di riprogettare l'approccio diagnostico-terapeutico al problema di salute secondo le più recenti evidenze scientifiche e fornite da più settori disciplinari in un'ottica di miglioramento continuo. Nelle ex Asl di Chieti ed in quella di Lanciano-Vasto esisteva già un percorso clinico non organizzato incentrato sulla senologia di Ortona, la Radioterapia di Chieti e le oncologie delle due ex Asl. In seguito alla costituzione della Asl2Abruzzo Lanciano-Vasto-Chieti si è venuta a creare una realtà più complessa con maggiori possibilità organizzative, dovuta alla presenza sul territorio di ben sei ospedali dotati di diagnostica clinica, quattro ambulatori oncologici ed una radioterapia che ha portato alla realizzazione del Centro Senologico Specialistico della Asl 2 Abruzzo, ad oggi certificato secondo le Linee Guida *Eusoma*.

Il percorso prevede una diagnostica radiologica di primo livello negli ospedali dotati di mammografi, e approfondimenti di secondo livello e terapia chirurgica nella chirurgia senologica e nella diagnostica senologica del presidio di Ortona. L'attivazione del GICO (Gruppo Interdisciplinare Cure Oncologiche) del carcinoma della mammella costituisce il fulcro della riprogettazione organizzativa, è elemento di eccellenza e modello di riferimento per il futuro sviluppo del trattamento delle patologie oncologiche di elevata complessità. Durante il GICO vengono stabilite le terapie più adeguate per le pazienti con diagnosi di tumore, le quali, dopo intervento chirurgico, possono essere avviate alle varie oncologie del territorio. Questo schema organizzativo è la base essenziale per il riconoscimento EUSOMA ma soprattutto per poter offrire una sempre migliore risposta alle esigenze della nostra utenza.

Nel programma di screening della Asl 2 Lanciano-Vasto-Chieti sono inserite tutte le UU. OO. di Radiologia dotate di attrezzature idonee per mammografia ed ecografia. Tutti i centri di screening che partecipano al programma sono accreditati sulla base dei controlli di qualità effettuati periodicamente sulle attrezzature mammografiche dalla U.O. di Fisica Sanitaria della ASL. Il centro di riferimento per la Chirurgia del programma di screening della Asl2 è stato identificato nella U. O. di Senologia di Ortona.

I centri di diagnostica di primo livello della ASL sono i servizi di Radiologia che hanno le potenzialità per effettuare la mammografia clinica e ecografia della mammella, prenotabili mediante il CUP, mentre i centri di diagnostica di secondo livello sono i servizi di Radiologia in grado di effettuare i prelievi istologici e l'interventistica mammaria. Le Pazienti accedono all'ambulatorio di senologia o attraverso prenotazione con CUP aziendale o per il tramite del MMG o direttamente all'ambulatorio con modalità d'accesso diversificate. Punto di forza è la presenza dell'Infermiere Case Manager che garantisce un'assistenza appropriata e personalizzata del paziente, valutandone i bisogni di natura bio-psico-sociale. Pianifica gli interventi autorizzati dalle varie figure professionali coinvolte in relazione alla valutazione dei bisogni delle pazienti. Comunica gli appuntamenti per gli accessi in chirurgia ed in oncologia/radioterapia.

Il GICO si riunisce una volta alla settimana per la discussione pre e post operatoria dei casi o per i meeting interdisciplinari di aggiornamento del percorso (Audit clinico). Esamina la documentazione contenuta nella cartella senologica relativa ai casi da esaminare. Redige il piano clinico-terapeutico (referto collegiale). Il compito di coordinare il GICO, di convocare le riunioni, di stendere un verbale delle stesse e di curare la refertazione dei singoli casi esaminati è affidato al Direttore clinico del centro coadiuvato dall'infermiere case manager. Lo stesso si fa promotore dell'approccio multidisciplinare e del pieno coinvolgimento dei partecipanti agli incontri multidisciplinari.

Parallelamente all'attività clinica, presso il Centro Senologico viene svolta attività di Data Management ossia analisi dei dati di attività e clinici, analisi dei dati relativi ai casi trattati, controllo del rispetto degli indicatori di qualità della diagnosi e del trattamento, per il monitoraggio della qualità degli interventi nella fase diagnostico-terapeutica e permettere così, al core team, di agire tempestivamente su eventuali criticità a garanzia di un elevato standard qualitativo delle cure. Tali risultati vengono quindi resi disponibili durante gli audit in cui vengono inoltre valutati aspetti relativi a strutture e risorse (es. personale sanitario, logistica, apparecchiature, dispositivi) processi (es. documentazione clinica, appropriatezza ed applicazione delle procedure clinico-assistenziali, organizzazione dei processi clinici, tempi di attesa e modalità di accesso), esiti (es. recidive, mortalità, soddisfazione dei pazienti, riammissioni in ospedale non programmate).

Il volume di attività del centro senologico risulta essere ben al di sopra del target richiesto sia da PDTA Regionale che da Linee Guida Europee (150 nuovi casi/anno).

Nella tabella seguente vengono riassunti i dati riferiti all'attività di sala operatoria della UOC di Chirurgia Senologica del PO di Ortona e, più nel dettaglio vengono riportati i dati relativi al numero di interventi effettuati su pazienti con diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM: 174.X, 198.81, 233.0) e i dati relativi al numero di interventi principali o secondari di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM: 85.2, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4X).

Monitoraggio volumi di sala operatoria			
Anno	Attività totale di sala operatoria	Diagnosi principale o secondaria di tumore maligno della mammella (ICD-9-CM: 174.X, 198.81, 233.0)	Interventi principali o secondari di quadrantectomia della mammella o mastectomia (ICD-9-CM: 85.2, 85.33, 85.34, 85.35, 85.36, 85.4X)
	N° interventi	N° interventi	N° interventi
2018	780	542	607
2019	1018	570	650
2020	951	484	614
2021	958	508	654
2022	976	514	681

Tabella 1 - Monitoraggio volumi di sala operatoria (fonte: Registro di sala operatoria)

I dati di mobilità di seguito rappresentati evidenziano l'efficienza della linea di attività della senologia e la qualità del servizio erogato.

Infatti tale eccellenza potrà migliorare il saldo di mobilità non tanto nel miglioramento della mobilità passiva, ma con l'incremento della mobilità attiva.

Mobilità extraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Chirurgia generale	257	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	CAMPANIA	1	3.948
			LAZIO	1	4.224
			MARCHE	2	5.995
			VENETO	1	4.224
	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	CAMPANIA	1	3.709
			EMILIA ROMAGNA	1	-
			LAZIO	1	3.969
			LOMBARDIA	2	7.418
			MARCHE	8	3.709
	Totale complessivo			18	37.197

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	tipologia	struttura	Volumi	Valore
Chirurgia generale	261	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	201	privato	CASA DI CURA DI LORENZO	1	3.709
					CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	2	7.418
				pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	3.969
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	1	3.709
					CASA di CURA VILLA SERENA	2	7.418
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	1	1.960
Totale						8	28.183

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO: POTENZIAMENTO DELLE QUATTRO LINEE DI PRODUZIONE:

Dall'analisi condotta emerge la necessità di supportare un nuovo modello di servizio sanitario, basato sui pilastri della *continuità assistenziale*, del *care management*, della *deospedalizzazione* e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute mediante *soluzioni ICT* (Information and Communication Technologies).

Appare evidente come applicazioni informatiche dedicate e integrate con tutta la documentazione clinica e con la cartella clinica elettronica possano non solo evitare la duplicazione dei dati, con un conseguente incremento nella qualità della documentazione, ma anche facilitare e aumentare il rispetto dei percorsi assistenziali stessi, perseguendo uno degli obiettivi principali derivanti dall'applicazione dei PDTA, ovvero la riduzione della variabilità indesiderata, contribuendo così a migliorare l'appropriatezza e le performance cliniche. Sebbene i PDTA non presuppongano necessariamente l'utilizzo dell'ICT, molti dei processi presenti nelle cure integrate possono sussistere solo con il supporto di soluzioni informatizzate, che permettano un effettivo monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso adeguati strumenti di misura, consentendo sia di individuare prontamente possibili ritardi, sia di effettuare azioni sostenibili nella gestione del processo (es. effettuare correzioni sul percorso). Gli strumenti ICT, inoltre, facilitando la comunicazione e l'informazione tra gli operatori sanitari, permettono di raggiungere continuità e coordinamento della cura per la gestione della malattia, nonché l'eliminazione di test e procedure duplicate. In quest'ottica, l'ICT gioca un duplice ruolo:

- a) supporto economico-organizzativo per la corretta ed efficiente allocazione delle risorse, valutando la sostenibilità del percorso;
- b) supporto clinico per l'identificazione di variazioni dal percorso obiettivo, per decidere se implementare eventuali correzioni e per la valutazione degli esiti.

Di seguito si riportano alcune proposte di intervento necessarie per migliorare la presa in carico e il percorso di cura del paziente che affrisce alla Asl Lanciano Vasto Chieti.

Sviluppo di una guida/app informatica per il paziente oncologico

Al fine di migliorare il percorso dei pazienti oncologici che accedono a servizi della ASL Lanciano Vasto Chieti (percorso carcinoma colon retto e carcinoma mammella) si propone lo sviluppo di una guida interattiva/app che aiuti il paziente ad affrontare al meglio il percorso di cura all'interno dell'ospedale, l'intervento chirurgico e il rientro a domicilio. È importante giungere alle terapie mediche/intervento chirurgico nel migliore dei modi, sia dal punto di vista fisico che psicologico: le cure mediche associate ad una corretta alimentazione, all'attività fisica e il mantenimento delle attività culturali/ricreative contribuiscono a preservare il benessere e l'equilibrio della persona e quindi ad affrontare al meglio il percorso della malattia in tutte le sue fasi. Le informazioni contenute all'interno della guida/app contribuiranno a migliorare la gestione del percorso di cura dei pazienti e dei loro familiari per consigli e chiarimenti che verranno fornite dall'equipe medica e dal casemanager di percorso.

La guida/app servirà dunque ad indicare:

- tutti i dettagli relativi al percorso preoperatorio, ovvero accertamenti pre-operatori (dove e quando verranno eseguiti);
- organizzazione del reparto con le informazioni principali per il migliore svolgimento delle attività
- informazioni sul ricovero ospedaliero
- informazioni sul rientro a domicilio
- mappa dell'ospedale con indicazioni per raggiungere Ambulatori e Servizi

Potenziamento della presa in carico del paziente oncologico mediante condivisione con supporto informatico del percorso di cura da parte del gruppo interdisciplinare di cure oncologiche

Relativamente al percorso per il trattamento del carcinoma mammario, è attiva una piattaforma informatica per la presa in carico degli assistiti a gestione del casemanager. Più dettagliatamente attraverso il sistema informativo, l'infermiere casemanager può inserire a sistema tutti i pazienti che accedono al percorso GICO aziendale.

La piattaforma prevede:

- una sezione dedicata alla Gestione Assistito (profilo, anamnesi-esame obiettivo, anamnesi patologia remota, allergie e intolleranze, accertamenti, percorso di cura, schede sanitarie etc)
- una sezione dedicata alle valutazioni multidisciplinari per la condivisione delle indicazioni terapeutiche e la redazione del verbale di condivisione degli incontri multidisciplinari.

Per il 2023 l'obiettivo è quello di incrementare il sistema mediante l'attivazione anche della gestione pre-valutazione interdisciplinare e quindi consentire la gestione degli interventi diagnostico terapeutici pre intervento, nonché sviluppare la stessa piattaforma anche per la gestione del percorso del Colonretto.

Certificazione Eusoma

A luglio 2023 il centro riceverà la visita di Re-Audit per il rinnovo del certificato Eusoma. Tuttavia ad oggi sussistono delle criticità che, se non risolte, determinerebbero il non soddisfacimento di requisiti richiesti dalle Linee Guida Eusoma e costituirebbero il mancato rinnovo della certificazione. In particolare bisogna garantire il soddisfacimento del seguente requisito mandatorio:

- Casistica minima Radiologi dedicati del Breast Centre: *ciascuno radiologo del Centro Senologico che svolge attività di senologia deve leggere almeno 1000 mammografie/anno e deve dedicare il 50% della propria attività lavorativa esclusivamente alla senologia al fine di attestare il mantenimento dell'expertise.*

Secondo le Linee Guida Eusoma, i Radiologi che svolgono attività di senologia ma non raggiungono il target richiesto (1000 mx/anno) dovrebbero, in ogni caso, essere supervisionati dal radiologo dedicato e dovrebbe essere garantita la doppia refertazione.

Ad oggi, tuttavia, persiste l'importante criticità legata alla presenza di alcuni medici radiologi che svolgono attività di senologia ma non raggiungono il target quantitativo richiesto di esami refertati. E' indispensabile attuare una corretta riorganizzazione dell'attività lavorativa dei radiologi del Breast Centre ai fini di non compromettere il rinnovo della certificazione.

Si riportano inoltre di seguito delle ulteriori criticità presenti nel percorso per il trattamento del carcinoma mammario e che inficiano sul percorso delle pazienti oncologiche che afferiscono al centro senologico aziendale:

- Mammografie di follow-up oncologico: le Radiologie dei PP.OO. aziendali non sono riuscite a garantire le mammografie di follow-up oncologico alle donne operate nel Breast Centre, come previsto nel PCO per i 10 anni successivi all'intervento chirurgico, con ritardi accumulati che spesso hanno costretto le

pazienti a provvedere alla mammografia annuale di follow-up oncologico al di fuori del percorso aziendale.

La rimodulazione dell'offerta diagnostica-terapeutica, obiettivo del presente Piano industriale, mira, mediante l'incremento di esami strumentali di follow up a disposizione delle pazienti che entrano nel percorso aziendale, a migliorare la gestione del percorso di cura.

- **Screening mammografico e liste d'attesa:** In seguito alla riduzione dell'offerta dello screening mammografico nella Asl si è verificato l'inevitabile allungamento delle liste d'attesa aziendali per effettuare mammografia clinica; a questo si aggiunga la riduzione del numero/esami seduta in seguito alla pandemia. Tale situazione ha portato ad un insostenibile incremento della richiesta (impropria) di mammografia clinica con classe di priorità (Breve e Differita) con pesante aumento anche dell'inappropriatezza prescrittiva.

Al fine di potenziare i numeri delle mammografie dedicate allo screening mammografico la Asl sta valutando l'installazione di un nuovo mammografo con tomositensi da destinare al Distretto di San Salvo.

- **Presenza chirurgo plastico:** Tra i requisiti Eusoma vi è la presenza di un Chirurgo Plastico esperto nella chirurgia ricostruttiva della mammella, pertanto al fine di garantire la continuità delle cure recentemente è stata stipulata una convenzione con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese per assicurare presso il Centro Senologico di Ortona la presenza di una specifica figura professionale. Fondamentale è garantire la continuità di servizio e la presenza di tale figura professionale all'interno del gruppo interdisciplinare di cure oncologiche della Asl.

Continuità nella presa in carico del paziente candidabile a terapia chirurgica

Al fine di migliorare la presa in carico del paziente oncologico il nuovo modello organizzativo, ad esempio per il tumore del colon retto, prevede il trasferimento della presa in carico dall'endoscopista al chirurgo direttamente all'esito dell'esame endoscopico mediante comunicazione diretta del nominativo del paziente e della condizione clinica ad esso riconducibile.

Aumentare l'offerta diagnostica per i percorsi clinico organizzativi per il trattamento del tumore del colon retto e del carcinoma mammario.

Al fine di consentire un ampliamento dell'offerta diagnostica per tipologia di prestazioni, è stato valutato il volume di attività relativamente al numero di pazienti presi in carico dai GICO aziendali del colon retto e degli interventi effettuati nel corso dell'anno 2021.

Di seguito si riportano le tipologie di prestazioni previste per il PCO del colon retto a seconda delle diverse fasi dell'iter diagnostico-terapeutico.

FASE DEL PCO	TIPOLOGIA ESAME DIAGNOSTICO	NOTE
EMERGENZA		
Definizione della diagnosi	Radiografia diretta dell'addome TC multidettore addome e pelvi	
POST SCREENING I livello		
Diagnosi	Pancolonsopia Cromoendoscopia tradizionale o virtuale	
PRESA IN CARICO GICO		
	Pancolonsopia + biopsia; TC Colon colonscopia virtuale TC torace-addome-pelvi con mdc	
Stadiazione Colon	PET-TC	per una eventuale variazione della strategia terapeutica, in particolare nei pazienti con lesioni metastatiche potenzialmente operabili. In pazienti con allergia a mdc iodato o insufficienza renale

Stadiazione Retto	RM addome superiore con mdc epatospecifico	esame complementare per sospetti casi di metastasi epatiche
	Pancolonscopia + biopsia	
	Rettoscopia rigida	per definizione della distanza dal margine anale
	TC del Colon con Colonscopia Virtuale	per studiare il colon a monte della neoplasia quando questa non consenta la progressione dell'endoscopia
Risposta Clinica ai trattamenti neoadiuvanti / preoperatori	Ecoendoscopia	accurata nella valutazione dell'infiltrazione degli strati della parete rettale, soprattutto nelle neoplasie cT1-T2
	RM retto	magnete 1.5T o 3T, sequenze morfologiche T2 pesate anche ad alta risoluzione, senza mezzo di contrasto endovenoso
	TC torace-addome-pelvi con mdc	esame complementare in casi dubbi
	PET-TC	esame complementare per sospetti casi di metastasi epatiche
Ristadiazione dopo Radioterapia +/- Chemioterapia neoadiuvante	RM addome superiore con mdc epatospecifico	
	Colonrettoscopia	
	RM	
	TC torace e addome-pelvi con mdc	
Valutazione pre-operatoria Colon	RM retto	Magnete 1.5T o 3T (lo stesso utilizzato per la stadiazione iniziale), sequenze morfologiche T2 pesate anche ad alta risoluzione, senza mezzo di contrasto
	TC Torace, addome e pelvi con mdc	
	TC Colon con colonscopia virtuale	
	RM addome superiore con mdc epatospecifico	In caso di dubbio alla TC
Valutazione pre-operatoria Retto	18F-FDG PET	Per una eventuale variazione della strategia terapeutica, in particolare nei pazienti con lesioni metastatiche potenzialmente operabili.
	TC Torace, addome e pelvi con mdc	In pazienti con allergia a mdc iodato o insufficienza renale
	TC Colon con colonscopia virtuale	
	RM Retto	magnete 1.5T o 3T, sequenze morfologiche T2 pesate anche ad alta risoluzione senza mdc
FOLLOW-UP		
Colon (breve termine)	Colonscopia completa entro 6 mesi dalla dimissione	Se non eseguita prima dell'intervento chirurgico. mentre la colonscopia virtuale rappresenta una alternativa non invasiva alla colonscopia per coloro che presentano una controindicazione alla colonscopia.
	TC del torace-addome-pelvi c/s mdc	Se non effettuata prima dell'intervento chirurgico
	Colonscopia entro 6-12 mesi dall'intervento	Nei pazienti senza uno studio del colon preoperatorio
	Colonscopia a intervalli di 1 e 3 anni dall'intervento e quindi ogni 5 anni	Nei pazienti con clean-colon
Colon (lungo termine)	TC torace-addome-pelvi c/s mdc ogni 6-12 mesi per i primi 2-3 anni dopo la resezione	
	ECO addome completo intermedi rispetto agli esami TC	
	18F-FDG PET	Solo in pazienti con sospetto clinico e/o strumentale di ripresa di malattia
	RM addome superiore con mdc epatospecifico	Opzione di prima scelta ogni 6-12 mesi per i
Retto	TC torace-addome-pelvi con mdc	

		primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio. Nei pazienti sottoposti a metastasectomia può essere indicata ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi fino al quinto anno
RM pelvi con contrasto		Può essere presa in considerazione ogni 6-12 mesi nei primi due anni ed annualmente nei tre anni successivi nei pazienti operati per carcinoma del retto in funzione dell'entità del rischio
Colonscopia		1 anno dopo la resezione (o a circa 3-6 mesi post-resezione se non eseguita prima dell'intervento a causa di una lesione ostruttiva). La ripetizione è in genere raccomandata a 3 anni e successivamente ogni 5 anni
Follow up nella malattia metastatica Non Evidence Disease	TC total body c/s mdc ogni 3-6 mesi	In funzione dell'entità del rischio

Al fine di consentire un incremento dell'attività del 20% rispetto all'ultimo anno preso come riferimento (2021), di seguito si riporta la stima quantitativa di esami da rendere disponibili nelle varie fasi del percorso.

Analizzando il dato 2021 della mobilità passiva del K Colon –Retto, è stato strutturato un incremento di offerta per gli esami propedeutici all'intervento al fine di migliorare la fidelizzazione dell'Assistito; inoltre si è tenuto conto anche del numero dei pazienti in follow-up operati negli ultimi 5 anni. L'ampliamento dell'offerta diagnostica, rispetto alle attività routinarie si renderà fattibile, in parte riconvertendo l'erogazione delle prestazioni ad accesso diretto in attività dedicate di 2° livello ed in parte incrementando il volume degli esami erogati

Stima numero esami per PDTA k colon-retto ANNO 2023								
TIPOLOGIA PRESTAZIONE								
FASI	Colonscopia + Tatuaggio	TC-Colon senza e con MDC	TC Total Body senza e con MDC	RM Addome Completo senza e con MDC	RM Retto senza MDC	RM Pelvi senza e con MDC	Ecografia Addome Superiore	PET-TC
Stadiazione	65	40	130	45			45	0
Approfondimento	0	0	0	35			35	35
Restaging	104	0	130	35			45	0
Follow-up dei pazienti presi in carico negli ultimi 5 anni	650	0	650	180	80	30	180	35
Ricoveri per intervento tumori colon anno 2021 N=87								
Ricoveri per intervento tumori retto anno 2021 N=19								
Totale N=106								
Circa il 20% di incremento di attività del PDTA per tumore colon-retto N=130 (storico+incremento)								
I valori sono stimati ed il numero degli esami sarà revisionato nel corso dell'anno								

Prestazione	Costo Unitario	N. Prestazioni	Costo Totale	Stima Incremento 20%	
				N. Prestazioni	Costo Totale
Colonscopia	86,80 €	819	71.089,20 €	164	14.217,84 €
TC-Colon senza e con MDC	126,90 €	40	5.076,00 €	8	1.015,20 €
TC Total Body senza e con MDC	402,57 €	910	366.338,70 €	182	73.267,74 €
RM Addome Completo senza e con MDC	374,24 €	295	110.400,80 €	59	22.080,16 €
RM Retto senza MDC	120,08 €	80	9.606,40 €	16	1.921,28 €
RM Pelvi senza e con MDC	187,13 €	30	5.613,90 €	6	1.122,78 €
Ecografia Addome Superiore	43,90 €	305	13.389,50 €	61	2.677,90 €
PET-TC	1.071,65 €	70	75.015,50 €	14	15.003,10 €
TOTALE	2.413,27 €	2549	656.530,00 €	510	131.306,00 €

Nell'anno 2023 le prestazioni saranno distribuite equamente tra le varie sedi erogative dei Servizi interessati e gestite con agende di secondo livello dedicate, dai case manager dei PDTA.

In sede di Commissione Paritetica è emersa la necessità di procedere tempestivamente al convenzionamento di Chirurghi universitari in considerazione della disponibilità di 10 posti nella vigente convenzione ASL-Università, e di rafforzare anche l'organico del personale universitario convenzionato con expertise nelle patologie epato-bilio-pancreatiche.

Al fine di consentire un ampliamento dell'offerta diagnostica per tipologia di prestazioni, è stato valutato il volume di attività relativamente al numero di pazienti presi in carico dai GICO aziendali della mammella e degli interventi effettuati nel corso dell'anno 2021.

Di seguito si riportano le tipologie di prestazioni previste per il PCO della mammella a seconda delle diverse fasi dell'iter diagnostico-terapeutico.

FASE DEL PCO	TIPOLOGIA ESAME DIAGNOSTICO	NOTE
INQUADRAMENTO CLINICO ANAMNESTICO E VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE		
	Ecografia	
	Mammografia	<u>Screening mammografico</u> <u>Mammografia clinica</u>
	Esame citologico su agoaspirato (FNA)	
	Esame microistologico (tru- cut o biopsia vuoto assistita)	
STADIAZIONE CLINICA		
	Rx torace ed eco addome superiore dal 2° stadio	
	Scintigrafia ossea	
	TC torace e addome sup. e inf.	su indicazione oncologica
	PET/TC	riservata ai casi nei quali gli altri esami di stadiazione sono risultati equivoci o sospetti
	RM mammaria	Stadiazione locale pre-operatoria in pazienti con neoplasia già accertata e con imaging convenzionale non dirimente, per meglio definire i seguenti parametri: dimensioni,

multifocalità, multicentricità, bilateralità, infiltrazione del complesso areola-capezzolo, del muscolo pettorale e controindicazione a terapia conservativa (su indicazione del chirurgo e condivisa al GICO).

Mammografia con mezzo di contrasto su specifiche indicazioni

STADIAZIONE LOCO-REGIONALE PRE TERAPIA NEOADIUVANTE

esame microistologico
mammografia
ecografia
eventuale RM

FOLLOW-UP

mammografia annuale
mammografia annuale
mammografia annuale
TC, RM, PET

Basso rischio Dal 5° anno
Rischio intermedio Dal 5° anno
Alto rischio Dal 5° anno
Alto rischio Dal 5° anno in base ai sintomi.
Dal 5° al 10° anno il follow-up consiste in un controllo mammografico clinico annuale.

Al fine di consentire un incremento dell'attività del 20% rispetto all'ultimo anno preso come riferimento (2021), di seguito si riporta la stima quantitativa di esami da rendere disponibili nelle varie fasi del percorso.

Stima quantitativa esami per k-mammella ANNO 2023														
TIPOLOGIA PRESTAZIONE														
FASI	RX Mammografia	Ecografia Mammaria	RM Mammaria	Scintigrafia Ossea	RX Torace	Ecografia Addome Superiore	TC Addome Completo senza e con MDC	TC Torace senza e con MDC	TC Encefalo senza e con MDC	RM Encefalo senza e con MDC	TC Total Body senza e con MDC	PET-TC	Ecocardiogramma	Visita Ginecologica + Ecografia
Stadiazione	880	880	450	500	880	880	260	300	130	130	600		400	880
Approfondimento			180									200		
Follow-up	4000	4000	200		440	2500					720	180	2000	2000
I valori sono stimati ed il numero degli esami sarà revisionato nel corso dell'anno														

				Stima Incremento 10%	
Prestazione	Costo Unitario	N. Prestazioni	Costo Totale	N. Prestazioni	Costo Totale
RX Mammografia	34,86 €	4880	170.116,80 €	488	17.011,68 €
Ecografia Mammaria	35,89 €	4880	175.143,20 €	488	17.514,32 €
RM Mammaria	120,08 €	830	99.666,40 €	83	9.966,64 €
Scintigrafia Ossea	113,10 €	500	56.550,00 €	50	5.655,00 €
RX Torace	15,49 €	1320	20.446,80 €	132	2.044,68 €
Ecografia Addome Superiore	43,90 €	3380	148.382,00 €	338	14.838,20 €
TC Addome Completo senza e con MDC	374,24 €	260	97.302,40 €	26	9.730,24 €
TC Torace senza e con MDC	124,11 €	300	37.233,00 €	30	3.723,30 €
TC Encefalo senza e con MDC	120,42 €	130	15.654,60 €	13	1.565,46 €
RM Encefalo senza e con MDC	247,50 €	130	32.175,00 €	13	3.217,50 €
TC Total Body senza e con MDC	402,57 €	1320	531.392,40 €	132	53.139,24 €
PET-TC	1.071,65 €	380	407.227,00 €	38	40.722,70 €
Ecocardiogramma	51,65 €	2400	123.960,00 €	240	12.396,00 €
Visita Ginecologica + Ecografia	51,65 €	2880	148.752,00 €	288	14.875,20 €
MOC	69,30 €	4400	304.920,00 €	440	30.492,00 €
TOTALE	2.876,41 €	27990	2.368.921,60 €	2799	236.892,16 €

Analizzando il dato 2021 della mobilità attiva, relativa agli interventi per K mammella è stato stimato un incremento del 10% ed un ampliamento dell'offerta diagnostica con valorizzazione numerica ed economica degli esami da eseguire

Ai fini di garantire il mantenimento della certificazione EUSOMA, la ASL2 si è già attivata per l'integrazione/acquisto di un nuovo mammografo da attivare entro il 3° trimestre 2023 presso il Distretto di San Salvo. Inoltre nel biennio 2023/2024 si rileva la necessità di sostituire/rinnovare il mammografo ubicato attualmente presso il Presidio di Atesa per un costo presunto di € 150.000,00, in quanto l'attuale apparecchiatura ha una obsolescenza di circa 10 anni e pertanto non rispondente ai requisiti prevista da EUSOMA.

Nell'anno 2023 le prestazioni saranno distribuite equamente tra le varie sedi erogative dei Servizi interessati e gestite con agende di secondo livello dedicate, dai case manager dei PDTA.

POTENZIAMENTO LINEA PRODUTTIVA DI ORTOPEDIA

Gestione della frattura femore nel paziente anziano

Tra i percorsi per le patologie tempo-dipendenti è stata condotta un'analisi dei dati sul percorso per la gestione della frattura femore nel paziente anziano al fine di analizzare in termini di appropriatezza il percorso clinico assistenziale del paziente ultrasessantacinquenne con frattura di femore nella ASL Lanciano Vasto Chieti, mediante calcolo degli indicatori di volume e di esito così come riportati nel PNE e nella griglia di valutazione dei livelli di assistenza ospedaliera della Regione Abruzzo.

Le informazioni sono state raccolte tramite analisi dei dati delle schede di dimissione SDO (File A) della

ASL Lanciano Vasto Chieti. L'analisi è stata effettuata considerando i ricoveri avvenuti negli anni 2015-2021.

Nella tabella che segue (Tabella 4) si riportano i risultati relativamente all'indicatore di esito "Frattura del collo del femore in pz >65 aa: intervento chirurgico entro 2 giorni" suddivisi per Presidio Ospedaliero.

Periodo di riferimento	Intervento effettuato entro 2 giorni (%)		
	P.O. Chieti	PO Renzetti Lanciano	P.O. Vasto
2015	60%	13%	70%
2016	61%	26%	68%
2017	63%	45%	80%
2018	77%	59%	74%
2019			
2020			
2021	40%	20%	40%
2022	27%	27%	46%

Tabella 4 Risultati indicatore "Frattura del collo del femore in pz >65 aa: intervento chirurgico entro 2 giorni"

La chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio permette di intervenire nei casi più avanzati di degenerazione dell'articolazione per i quali sono controindicati o non hanno avuto successo i trattamenti conservativi. Il modello che si vuole implementare ha lo scopo di favorire una buona organizzazione della presa in carico del paziente per ottenere una piena aderenza dello stesso al piano terapeutico e riabilitativo.

Prima dell'intervento viene eseguita e valutata una radiografia per programmare la fase preoperatoria e la scelta della protesi da parte del chirurgo.

L'affermarsi di materiali tecnologicamente sempre più avanzati e procedure chirurgiche innovative hanno considerevolmente migliorato i risultati di questo tipo di intervento.

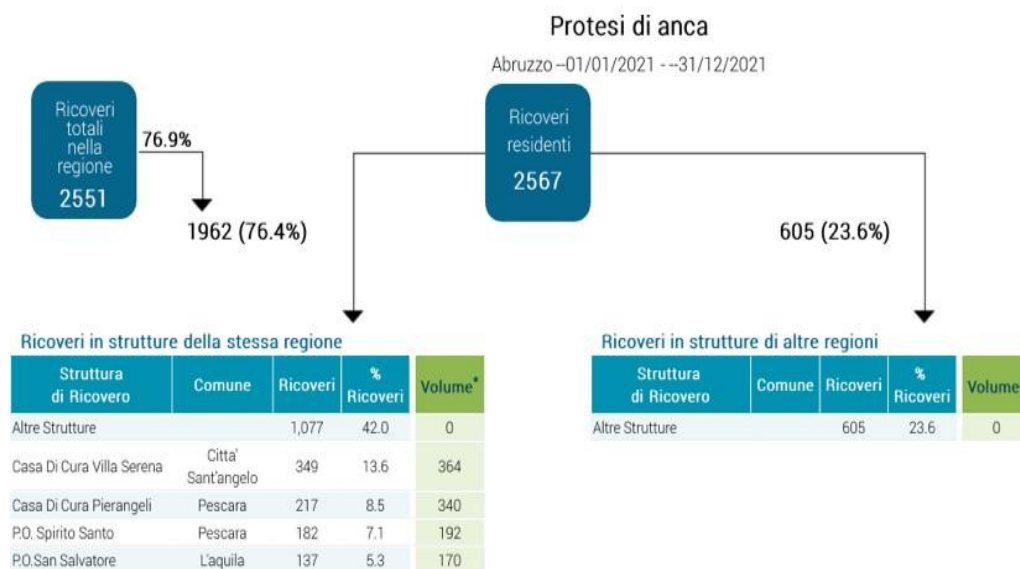
Dopo un intervento chirurgico di protesi, la riabilitazione e gli esercizi di fisioterapia sono una parte fondamentale del processo di cura: permettono infatti di ridurre i tempi di recupero e ritornare ad uno stato di completa autonomia ed indipendenza futura.

Stima numero esami per percorso diagnostico Protesi Anca e/o Ginocchio			
TIPOLOGIA PRESTAZIONE			
FASI	Rx Bacino - RX Anca + RX Ginocchio	RM Anca + RM Ginocchio	TC Bacino - TC Anca + TC Ginocchio
Diagnosi	270	0	0
Approfondimento	0	150	150
Follow-up	270	0	0
Ricoveri per intervento protesi anca e/o ginocchio N=218			
Circa il 20% di incremento di attività del percorso diagnostico per protesi anca e/o ginocchio N=270 (storico+incremento)			
I valori sono stimati ed il numero degli esami sarà revisionato nel corso dell'anno			

				Stima Incremento 20%	
Prestazione	Costo Unitario	N. Prestazioni	Costo Totale	N. Prestazioni	Costo Totale
Rx Bacino	30,21 €	540	16.313,40 €	108	3.262,68 €
RX Anca	17,56 €	540	9.482,40 €	108	1.896,48 €
RX Ginocchio	21,17 €	540	11.431,80 €	108	2.286,36 €
RM Anca	204,15 €	150	30.622,50 €	30	6.124,50 €
RM Ginocchio	204,15 €	150	30.622,50 €	30	6.124,50 €
TC Bacino	77,85 €	150	11.677,50 €	30	2.335,50 €
TC Anca	77,85 €	150	11.677,50 €	30	2.335,50 €
TC Ginocchio	124,11 €	150	18.616,50 €	30	3.723,30 €
TOTALE	757,05 €	2370	140.444,10 €	474	28.088,82 €

Analizzando il dato 2021 della mobilità passiva relativo al Percorso Diagnostico per la protesi d'anca e ginocchio, è stato strutturato un incremento di offerta per gli esami propedeutici all'intervento al fine di migliorare la fidelizzazione dell'Assistito; inoltre si è tenuto conto anche del numero dei pazienti in follow-up operati. L'ampliamento dell'offerta diagnostica, rispetto alle attività routinarie si renderà fattibile, in parte riconvertendo l'erogazione delle prestazioni ad accesso diretto in attività dedicate di 2° livello ed in parte incrementando il volume degli esami erogati

Nell'anno 2023 le prestazioni saranno distribuite equamente tra le varie sedi erogative dei Servizi interessati e gestite con agende di secondo livello dedicate.



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Si rappresentano di seguito i dati di mobilità extra ed intraregionale, con l'individuazione della Regione/ASL erogatrice, riferiti alle principali procedure per le quali si registra una maggiore fuga.

Mobilità extraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Ortopedia e Traumatologia	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	CAMPANIA	1	2.009
			EMILIA ROMAGNA	24	47.685
			LAZIO	13	25.916
			LOMBARDIA	7	13.438
			MARCHE	53	104.066
			PROV. AUTON. TRENTO	1	1.808
			SARDEGNA	1	2.009
			TOSCANA	4	4.018
			UMBRIA	4	8.177
	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	CAMPANIA	4	35.348
			EMILIA ROMAGNA	116	1.016.078
			LAZIO	12	108.518
			LOMBARDIA	42	377.958
			MARCHE	114	1.007.418
			MOLISE	1	8.837
			PIEMONTE	14	123.718
			PROV. AUTON. TRENTO	2	17.674
			PUGLIA	4	35.348
			TOSCANA	9	80.152
			UMBRIA	4	35.967
			VENETO	3	27.748
	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	EMILIA ROMAGNA	10	114.904
			LAZIO	2	23.865
			LOMBARDIA	6	68.473
			MARCHE	12	133.824
			TOSCANA	2	22.304
			VENETO	1	11.152
Totale complessivo				466	3.458.412

Mobilità intraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Volumi	Valore
Ortopedia e Traumatologia	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	201	22	44.890
			203	162	326.136
			204	4	7.835
	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	201	20	177.359
			203	546	4.827.486
			204	11	97.207
	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	203	26	290.735
			204	4	44.608
Totale complessivo				795	5.816.256

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	tipologia	struttura	Volumi	Valore
Ortopedia e Traumatologia	503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	201	privato	CASA DI CURA DI LORENZO	1	2.009
					CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	5	10.045
				pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	14	29.019
					Presidio Ospedaliero Castel Di Sangro	2	3.817
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	62	124.357
					CASA di CURA VILLA SERENA	72	144.045
				pubblico	P.O. S. MASSIMO di PENNE	5	10.045
					P.O. S.S. TRINITA POPOLI	13	25.715
					P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	10	21.974
			204	pubblico	OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA	1	1.808
					OSPEDALE SAN LIBERATORE DI ATRI (TE)	3	6.027
	544	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	201	privato	CASA DI CURA DI LORENZO	1	8.837
					CASA DI CURA PRIVATA VILLA LETIZIA	11	97.207
				pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	9.456
					PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	7	61.859
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	210	1.855.975
					CASA di CURA VILLA SERENA	303	2.672.510
				pubblico	P.O. S. MASSIMO di PENNE	7	61.859
					P.O. S.S. TRINITA POPOLI	10	88.370
					P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	16	148.772
			204	pubblico	OSPEDALE DELLA VAL VIBRATA	2	17.674
					OSPEDALE MAZZINI	1	8.837
					OSPEDALE SAN LIBERATORE DI ATRI (TE)	8	70.696
	545	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	9	100.368
					CASA di CURA VILLA SERENA	13	144.976
			pubblico	P.O. S.S. TRINITA POPOLI	1	11.935	
				P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	3	33.456	
			204	pubblico	OSPEDALE SAN LIBERATORE DI ATRI (TE)	4	44.608
Totale complessivo						795	5.816.256

Anche rispetto alla forte mobilità nella disciplina di ortopedia, di circa €/mln 8, emerge in sede di Commissione Paritetica la necessità di rafforzare l'organico del personale universitario convenzionato con expertise nelle patologie della spalla e dell'anca.

Potenziamento linea produttiva Cuore (Cardiologia-cardiochirurgia)

Il paziente candidato a chirurgia cardiaca in elezione/urgenza necessita di una ampia valutazione preoperatoria, un'esatta stratificazione del rischio e l'ottimizzazione dell'intero percorso chirurgico al fine di garantire la sicurezza ed esiti clinici soddisfacenti degenze e costi contenuti.

Il modello organizzativo più diffuso prevede che i pazienti elettivi vengano valutati in regime di "pre-ricovero" circa 2-4 settimane prima dell'intervento stesso. Questo approccio permette di completare la documentazione laboratoristica e strumentale del paziente prima del suo ricovero e di pianificare eventuali indagini o consulenze aggiuntive.

Al termine dell'inquadramento diagnostico da parte del clinico si formula un orientamento terapeutico multidisciplinare al fine di puntualizzare la stratificazione del rischio mediante calcolatori di più comune impiego. La priorità clinica è definita dalle linee dettate dalla Conferenza Stato-Regione nel PNGLA (Programma Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa) per i pazienti elettivi:

Classe A: intervento da effettuare entro 1 mese

Classe B: intervento da effettuare entro 2 mesi

Classe C: intervento da effettuare entro 6 mesi

Classe D: intervento da effettuare entro 12 mesi

Descrizione dell'attività preoperatoria in elezione/urgenza

Il paziente affetto da valvulopatia cardiaca in elezione esegue una prima visita cardiocirurgica ambulatoriale oppure in seguito a richiesta di consulenza specialistica nel reparto ove ricoverato. A tal punto il paziente viene inserito nella lista d'attesa della UOC di cardiocirurgia mediante il sistema informatizzato "SANITAMICA". Il paziente elettivo inserito in lista d'attesa esegue gli esami preoperatori in regime di pre-ricovero eccetto l'esame coronarografico che richiede il ricovero in ambiente ospedaliero con la preparazione della cartella clinica.

Entro le prime 48 ore dal ricovero in ambiente cardiocirurgico viene effettuata una valutazione anestesiológica previa compilazione di lista operatoria settimanale, oppure nel reparto di degenza ospedaliero dove è stato effettuato il primo ricovero.

Consulenze specialistiche

La valutazione del paziente da parte del medico specialista deve essere effettuata ogni qual volta si evidenzia una patologia precedentemente misconosciuta o quando ci si trovi in fase di scompenso/riacutizzazione di una patologia già nota.

L'esecuzione di tali consulenze è volta non soltanto alla stratificazione del rischio ma soprattutto all'ottimizzazione delle strategie e delle terapie da applicare nel perioperatorio.

Descrizione attività percorso postoperatorio del paziente cardiocirurgico

Al momento dell'intervento programmato o urgente il paziente viene condotto in sala operatoria dove viene sottoposto ad intervento.

Tutti i pazienti sottoposti ad intervento di cardiocirurgia tradizionale dopo l'intervento vengono trasferiti in Terapia Intensiva Cardiocirurgica (TIC) per un T.I.P.O. (trattamento intensivo postoperatorio). La TIC viene gestita dall'equipe anestesiológica cardiocirurgica.

Il paziente sottoposto a trattamento transcateretere viene generalmente trasferito in UTIC (in caso di indisponibilità in Reparto Cardiologia, comunque su letti monitorati).

I pazienti vengono abitualmente trasferiti dalla TIC in degenza ordinaria quando soddisfano diversi "criteri di dimissibilità".

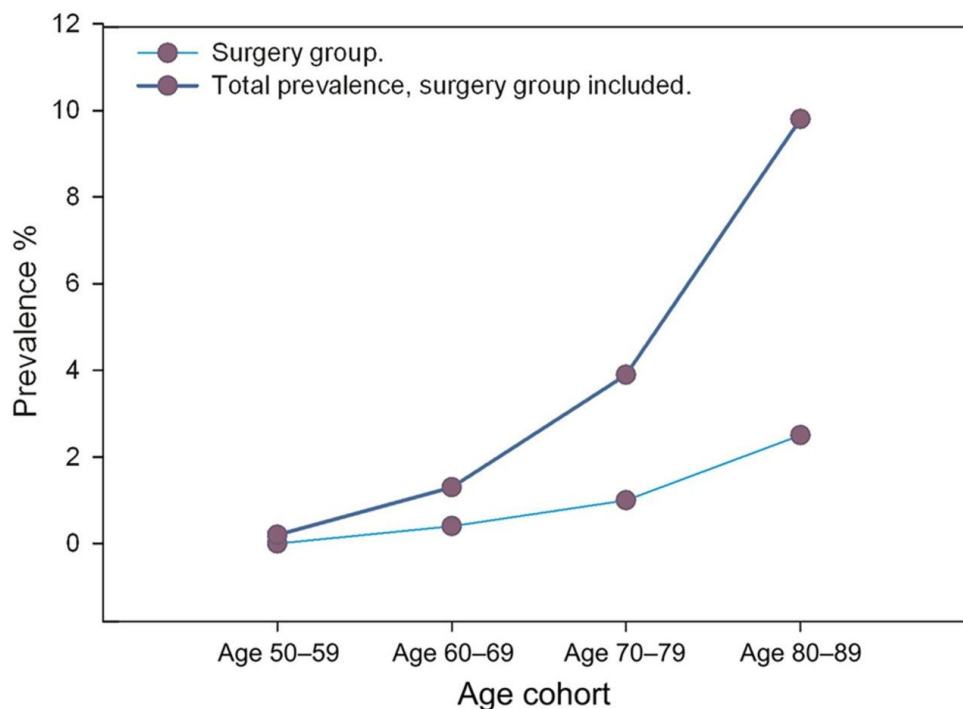
In presenza dei suddetti criteri i pazienti vengono trasferiti in degenza ordinaria o in altro setting ospedaliero o extraospedaliero in funzione del quadro clinico

Le attività sopra descritte sono riportate nel documento aziendale “Percorso del paziente cardochirurgico”.

Nell’ambito del percorso di gestione del paziente cardochirurgico precedentemente descritto

Si introduce un nuovo modello operativo di gestione territoriale della fase di reclutamento del paziente da sottoporre a chirurgia cardiaca. Il Modello operativo, di seguito descritto, trova la sua massima efficacia epidemiologica nell’ambito delle valvulopatie acquisite in quanto:

1. Le valvulopatie ad oggi rappresentano la principale richiesta di intervento cardiovascolare elettivo e semi elettivo e quindi di maggiore impatto per la prevenzione sul territorio. Le valvulopatie sono una delle cause principali di scompenso cardiaco e pertanto di eccesso di spesa sanitaria e di richiesta di risorse umane.
2. Più del 10% della popolazione ottogenaria presenta una valvulopatia.



I PERCORSI ASSISTENZIALI

1. Il trattamento delle valvulopatie è efficace e sicuro solo quando tali patologie vengono diagnosticate in fase precoce prima che il muscolo cardiaco venga danneggiato in modo irreversibile. Tale precoce identificazione permette da un lato l’istituzione di una terapia medica che protegge il cuore e migliora i sintomi (farmaci antiscompenso) e dall’altro permette di identificare il tempo migliore per una procedura correttiva (sia percutanea che chirurgica).
2. Con l’invecchiamento della popolazione generale, sempre più persone anziane vengono indirizzate al trattamento correttivo e la moderna tecnologia fornisce metodiche in grado di eseguire procedure sicure e tollerabili anche in questo segmento della popolazione (tecniche mini-invasive, procedure percutanee da svegli).
3. **L’unicità dei programmi di screening e trattamento delle valvulopatie risiede nel fatto che la diagnosi si basa sul riscontro semeiotico di un soffio cardiaco che può essere riscontrato dal medico di base con il semplice uso del fonendoscopio insieme alla raccolta anamnestica e confermato definitivamente con un semplice ecocardiogramma da eseguire non solo in ambito ospedaliero ma anche e soprattutto in ambito territoriale.**

4. **Bisogna considerare che le valvulopatie possono essere associate ad un rischio di morte improvvisa e comunque ad un elevato rischio di morte nel breve tempo (fino al 50% in un anno nella stenosi aortica). Pertanto, nel sospetto o nel riscontro anamnestico di valvulopatia, l'esecuzione di un ecocardiogramma e l'indirizzo ad un programma terapeutico dovrebbe essere tempestivo.**
5. **Purtroppo, le liste di attesa per ecocardiogramma allo stato attuale non sono diversificate con uno specifico riferimento alle valvulopatie e non esiste una rete consolidata di presa in carico e trattamento dei pazienti con nuova diagnosi di valvulopatia. Tale condizione oltre a incentivare il rischio di mobilità passiva, mette a rischio la vita dei pazienti del nostro territorio.**
6. Un modello efficace di percorso assistenziale sulle valvulopatie pertanto prevede i seguenti step:
 1. Formazione e sensibilizzazione dei medici di medicina generale.
 2. Creazione di un ambulatorio dedicato all'ecografia per valvulopatie che vede la collaborazione del cardiologo e del cardiocirurgo sul territorio.
 3. Istituzione di un sistema di prenotazione per ecocardiogramma basato sull'utilizzo di codici "ICD".
 4. Grazie alla presenza del cardiocirurgo sul territorio, presentazione al momento della diagnosi dell'offerta sanitaria nei casi in cui l'intervento sia richiesto e presa in carico immediata.
 5. Discussione in heart team multidisciplinare dei casi più complessi.
 6. Pre-ospedalizzazione con canale preferenziale per esecuzione esami diagnostici preoperatori (esami ematici, tac con e senza contrasto, coronarografia, spirometria, emogas analisi) e varie consulenze (visita anestesilogica preoperatoria).
 7. Ricovero ed intervento lo stesso giorno o il giorno successivo al fine di ridurre la degenza totale.
 8. Percorso riabilitativo dedicato.

Sono stati attivati presso i Distretti Sanitari Aziendali, ambulatori specialistici di cardiocirurgia che consentono una prima valutazione delle condizioni cliniche di assistiti affetti da valvulopatie. Le prenotazioni sono filtrate grazie all'uso dei codici ICD9 CM che il Medico Prescrittore appone sull'impegnativa permettendo di riservare esclusivamente a questi pazienti le agende dedicate. Fondamentale è la condivisione da parte dei Medici di Medicina Generale di queste finalità per l'uso mirato dei codici ICD9 CM.

SEDE	DSB Vasto	DSB Lanciano	DSB Chieti Centro*	PO Chieti	PTA Casoli
GIORNO	mercoledì	mercoledì	mercoledì	mercoledì	giovedì
ORARIO	14.00 - 18.40	14.00 - 18.40	16.00 - 18.40	15.00 - 18.40	14.00 - 16.40
SLOT PRENOTABILI	14	14	8	11	8

Referenza

Bevan GH, Zidar DA, Josephson RA, Al-Kindi SG. Mortality Due to Aortic Stenosis in the United States, 2008-2017. JAMA. 2019 Jun 11;321(22):2236-2238. doi: 10.1001/jama.2019.6292. PMID: 31184728; PMCID: PMC6563552.

Stima quantitativa esami per Valvulopatia								
TIPOLOGIA PRESTAZIONE								
FASE	Visita Cardiologica+ECG	Ecocardiogramma	Visita Cardiochirurgica	Coronarografia	TC senza e con MDC	Visita Pneumologica +Spirometria	Visita Anestesiologica	RM Cuore
Diagnosi	420	420	420	420	420	200	420	30
Follow-up annuale	420	420	420*					
Ricoveri per interventi cardiocirurgici anno 2021 N=349								
Circa il 20% di incremento di attività del PDTA per interventi cardiocirurgici N=420 (storico+incremento)								
*solo il primo anno a distanza di 6 settimane dall'intervento								
Soggetti >70 anni o con diagnosi di BPCO								
I valori sono stimati ed il numero degli esami sarà revisionato nel corso dell'anno								

Stima Incremento 20%					
Prestazione	Costo Unitario	N. Prestazioni	Costo Totale	N. Prestazioni	Costo Totale
Visita Cardiologica+ECG	32,28 €	840	27.115,20 €	84	2.711,52 €
Ecocardiogramma	51,65 €	840	43.386,00 €	84	4.338,60 €
Visita Cardiochirurgica	20,66 €	840	17.354,40 €	84	1.735,44 €
Coronarografia	400,00 €	420	168.000,00 €	42	16.800,00 €
TC Coronarica senza e con MDC	124,11 €	420	52.126,20 €	42	5.212,62 €
Visita Pneumologica+Spirometria	57,88 €	200	11.576,00 €	20	1.157,60 €
Visita Anestesiologica	20,66 €	420	8.677,20 €	42	867,72 €
RM Cuore	232,80 €	30	6.984,00 €	3	698,40 €
TOTALE	940,04 €	4010	335.219,00 €	401	33.521,90 €

Nell'anno 2023 le prestazioni saranno distribuite equamente tra le varie sedi erogative dei Servizi interessati e gestite con agende di secondo livello dedicate, dai case manager dei PDTA.

Le tabelle di seguito indicate rappresentano la mobilità extra ed intraregionale registrata nell'anno 2021 per le principali procedure per cui è stata registrata una maggiore fuga, per le discipline di cardiocirurgia e cardiologia con l'indicazione della Regione / ASL erogatrice.

Mobilità extraregionale					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Cardiochirurgia	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	EMILIA ROMAGNA	20	496.955
			LAZIO	4	102.155
			LOMBARDIA	31	802.925
			MARCHE	13	343.229
			MOLISE	7	172.725
			PIEMONTE	2	51.077
			PUGLIA	6	148.050
			UMBRIA	1	26.402
	110	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	EMILIA ROMAGNA	2	37.973
			LOMBARDIA	1	14.208
			MOLISE	2	31.952
	111	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	EMILIA ROMAGNA	2	21.000
			LOMBARDIA	2	21.000
Totale complessivo				93	2.269.650

Mobilità extraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Cardiologia	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	CAMPANIA	1	4.239
			EMILIA ROMAGNA	18	98.070
			LAZIO	10	46.237
			LOMBARDIA	37	144.823
			MARCHE	15	63.590
			NULL	2	11.085
			PUGLIA	1	4.797
			TOSCANA	1	4.239
	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	CAMPANIA	1	6.434
			EMILIA ROMAGNA	53	302.720
			LAZIO	3	19.302
			LOMBARDIA	5	30.997
			MOLISE	2	12.868
			PUGLIA	3	19.302
			SICILIA	1	6.434
	577	Inserzione di stent carotideo	EMILIA ROMAGNA	27	149.212
Totale complessivo				180	924.350

Mobilità intraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Volumi	Valore
Cardiochirurgia	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	203	10	246.750
			204	4	98.700
Totale complessivo				14	345.450

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	tipologia	struttura	Volumi	Valore
Cardiochirurgia	104	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	204	pubblico	OSPEDALE MAZZINI	4	98.700
	104		203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	10	246.750
Totale complessivo						14	345.450

Mobilità intraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Volumi	Valore
Cardiologia	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	203	21	82.955
			204	3	11.886
	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	203	57	366.265
			204	2	12.868
Totale complessivo				83	473.974

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	tipologia	struttura	Volumi	Valore
Cardiologia	518	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	13	50.130
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCAR	8	32.825
			204	pubblico	OSPEDALE MAZZINI	3	11.886
	558	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	51	329.178
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCAR	6	37.087
			204	pubblico	OSPEDALE MAZZINI	2	12.868
Totale complessivo					83	473.974	

Dall'analisi delle criticità presenti nelle discipline di Cardiologia, dopo ampia discussione la Commissione Paritetica condivide all'unanimità la proposta ASL di procedere ad una revisione – a stralcio dell'Atto Aziendale- di rimodulazione, all'atto della riconversione della UOC Cardiologia Utic del PO di Chieti da Ospedaliera in Universitaria convenzionata, della UOSD di Aritmologia e della UOSD di Emodinamica in UOS della predetta UOC Cardiologia-Utic.

POTENZIAMENTO LINEA PRODUTTIVA UROLOGIA

Le tabelle di seguito riportate rappresentano la mobilità extra ed intraregionale registrata nell'anno 2021 per le principali procedure per cui è stata registrata una maggiore fuga per le discipline di urologia con l'indicazione della Regione / ASL erogatrice e tipologia di struttura (pubblico/provata).

Mobilità extraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Regione	Volumi	Valore
Urologia	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	EMILIA ROMAGNA	8	60.122
			LAZIO	2	15.289
			LOMBARDIA	4	29.544
			MARCHE	6	44.833
			PIEMONTE	1	7.903
			PUGLIA	1	7.386
			VENETO	1	7.903
	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	CAMPANIA	4	16.716
			EMILIA ROMAGNA	4	25.476
			LAZIO	1	4.953
			MARCHE	4	19.812
			PIEMONTE	1	4.953
	311	Interventi per via transuretrale senza CC	CAMPANIA	2	4.700
			EMILIA ROMAGNA	12	20.027
			LAZIO	7	15.822
			LOMBARDIA	1	2.350
			MARCHE	17	40.279
			MOLISE	1	1.148
			PIEMONTE	2	3.578
			VENETO	2	4.700
	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	EMILIA ROMAGNA	10	61.229
			LAZIO	4	24.408
			LOMBARDIA	4	24.408
			MARCHE	6	29.985
			PUGLIA	1	5.997
			TOSCANA	1	5.997
			VENETO	1	6.417
	337	Prostatectomia transuretrale senza CC	CAMPANIA	7	18.564
			EMILIA ROMAGNA	5	11.519
			LAZIO	16	42.989
			LOMBARDIA	2	5.490
			MARCHE	21	54.102
			PIEMONTE	1	2.652
			VENETO	1	2.838
	573	Interventi maggiori sulla vescica	EMILIA ROMAGNA	1	14.889
			LOMBARDIA	1	14.889
			MARCHE	2	29.778
			TOSCANA	1	15.931
			VENETO	1	14.889
Totale complessivo				167	724.464

Mobilità intraregione 2021					
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	Volumi	Valore
Urologia	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	201	3	23.192
			203	16	118.176
	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	201	1	4.953
			203	13	74.537
			204	3	11.763
	311	Interventi per via transuretrale senza CC	201	27	60.053
			203	69	168.054
			204	3	7.050
	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	201	7	42.399
			203	29	173.913
	573	Interventi maggiori sulla vescica	201	2	30.820
			203	7	104.223

Mobilità intraregione 2021							
Disciplina	drg	Descrizione drg	Asl Abruzzo	tipologia	struttura	Volumi	Valore
Urologia	303	Interventi su rene e uretere per neoplasia	201	pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	2	15.806
					PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	1	7.386
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	13	96.018
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	3	22.158
	305	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	201	pubblico	PO AVEZZANO S. FILIPPO E NICOLA	1	4.953
				privato	CASA DI CURA PIERANGELI	7	34.671
			203	pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	6	39.866
				pubblico	OSPEDALE MAZZINI	3	11.763
	311	Interventi per via transuretrale senza CC	201	privato	Casa di Cura Privata L'Immacolata	3	7.050
				pubblico	PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	24	53.003
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	51	118.648
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	18	49.406
			204	pubblico	OSPEDALE MAZZINI	2	4.700
					OSPEDALE SAN LIBERATORE DI ATRI (TE	1	2.350
	335	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	201	pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	6.417
					PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	6	35.982
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	22	131.934
				pubblico	P.O. SPIRITO SANTO PESCARA	7	41.979
	573	Interventi maggiori sulla vescica	201	pubblico	P.O. SAN SALVATORE L'AQUILA	1	15.931
					PO SULMONA DELL' ANNUNZIATA	1	14.889
			203	privato	CASA DI CURA PIERANGELI	7	104.223
Totale complessivo						180	819.133

POTENZIAMENTO LINEA PRODUTTIVA RADIODIAGNOSTICA

È evidente di come la presa in carico del paziente risenta dell'offerta di esami di diagnostica strumentale RMN/TAC non ancora sufficiente a garantire il fabbisogno della popolazione residente.

Le tabelle di seguito riportate rappresentano la mobilità intra ed extra regionale nell'anno 2021 per gli esami di diagnostica strumentale (RMN e TAC), con il dettaglio della Asl di destinazione o delle Regioni di destinazione.

RMN

ASL ABRUZZO	Volumi	Valori
ASL 1 - Avezzano Sulmona L'Aquila	225	35.120 €
ASL Pescara	5.765	898.720 €
ASL Teramo	98	15.057 €
Totale complessivo	6.088	948.896 €

Regione	Volumi	Valori
BASILICATA	3	622
CALABRIA	5	727
CAMPANIA	168	25.255
EMILIA ROMAGNA	239	39.630
FRIULI VENEZIA GIULIA	7	1.244
LAZIO	345	61.601
LIGURIA	2	374
LOMBARDIA	295	52.246
MARCHE	102	16.802
MOLISE	1.038	216.121
PIEMONTE	28	4.749
PROV. AUTON. TRENTO	4	730
PUGLIA	49	8.868
TOSCANA	57	8.434
UMBRIA	3	622
VENETO	53	10.701
Totale complessivo	2.398	448.725

TC

ASL ABRUZZO	Volumi	Valori
ASL 1 - Avezzano Sulmona L'Aquila	413	39.715
ASL Pescara	5.035	532.003
ASL Teramo	208	19.809
Totale complessivo	5.656	591.527

REGIONE	Volumi	Valori
BASILICATA	4	302
CALABRIA	3	227
CAMPANIA	183	18.138
EMILIA ROMAGNA	409	43.642
FRIULI VENEZIA GIULIA	14	965
LAZIO	462	44.707
LIGURIA	5	559
LOMBARDIA	265	29.716
MARCHE	114	11.436
MOLISE	1.657	174.409
NULL	5	660
PIEMONTE	63	6.348
PROV. AUTON. BOLZANO	1	124
PROV. AUTON. TRENTO	20	1.706
PUGLIA	112	12.576
SARDEGNA	8	645
TOSCANA	121	13.482
UMBRIA	11	1.385
VENETO	80	9.085
Totale complessivo	3.537	370.115

I dati sopra rappresentati evidenziano la forte mobilità passiva di TAC e RMN sia verso la ASL di Pescara che verso ASREM per oltre 10.000 esami complessivi l'anno.

Le Radiologie della ASL2 Abruzzo hanno già intrapreso ed intendono proseguire un percorso di integrazione funzionale delle singole UO che tenga conto delle specifiche competenze dei radiologi e del personale di supporto, delle differenti disponibilità tecnologiche e di quelle che saranno le nuove acquisizioni di apparecchiature ex PNRR. Attualmente le Radiologie di Chieti, Lanciano ed Atesa già condividono dirigenti medici radiologi che prestano il loro servizio nelle tre sedi garantendo l'esecuzione di prestazioni di diagnostica per immagini a maggiore complessità da parte di radiologi con specifiche competenze di metodica e d'organo (TC con mdc ed ANGIO-TC, RM con mdc, Eco-doppler).

L'orientamento dell'attività diagnostica basato sulle competenze specifiche dei Radiologi ha come vantaggi il miglioramento della qualità della risposta/diagnosi che in un circolo virtuoso porterà un numero sempre maggiore di pazienti e specialisti a rivolgersi alle strutture della ASL2 e di certo anche la velocizzazione dell'esame e di conseguenza l'aumento del numero di prestazioni. La creazione di una rete radiologica aziendale garantisce il funzionamento di questo sistema che può contare di un impianto RIS-PACS già in funzione e perfettamente integrato tra tutte le Radiologie con possibilità di refertazione/consultazione anche da remoto rispetto alla sede di esecuzione dell'esame garantendo la costante disponibilità di uno specialista radiologo. La moderna diagnostica per immagini si affida al radiologo clinico che deve avere competenze generali sulla radiologia ma che necessariamente deve acquisire competenze specifiche super-specialistiche possibilmente da ricollegare ad incarichi dirigenziali. Il collegamento funzionale e la mobilità (quando possibile e necessario) dei radiologi all'interno della rete aziendale garantirà il continuo funzionamento dell'intero sistema anche in periodi di difficoltà delle singole UO legati a momentanee carenze di personale, malattie e periodi di ferie.

In quest'ottica di integrazione e specializzazione l'Azienda intende istituire una Neuroradiologia aziendale diagnostica ed interventistica da allocare nel PO SS Annunziata di Chieti ma con unità mediche dislocate anche nelle altre radiologie aziendali che oltre a fare diagnosi di malattie del Sistema Nervoso utilizzando multiple metodiche di immagini quali la TC, RM, l'ecografia, ecodoppler, la Radiologia Tradizionale e l'Angiografia possa intervenire con metodiche minimamente invasive sul rachide e distretto testa-collo (vertebroplastica e cifoplastica, mielografia, infiltrazioni, biopsie percutanee, drenaggio e biopsie per raccolte fluide, ascessi e tumori paravertebrali e del distretto cranio-facciale, inclusa la base cranica) e soprattutto possa trattare per via endovascolare l'ictus ischemico acuto. L'ictus ischemico è una patologia che colpisce ogni anno in Italia circa 200.000 persone e la possibilità di effettuare una diagnosi ed un trattamento precoci ne riduce sensibilmente la mortalità e la disabilità. Negli ultimi anni le indicazioni all'utilizzo della neuroradiologia interventistica per il trattamento dell'ictus ischemico acuto (trombectomia) si stanno sempre più estendendo e si stima che circa il 20% degli ictus, in particolare oltre il 50% degli ictus con occlusione di un grosso vaso (LVO), potranno beneficiare di questo tipo di procedure attribuendo al neuroradiologo interventista lo stesso ruolo che oggi riveste l'emodinamista nel trattamento dell'infarto del miocardio. Considerando che il NNT (numero di pazienti trattati per ottenere un ottimo outcome) nell'infarto cardiaco è ≈ 17 mentre nell'ictus ischemico ≈ 4 la neuroradiologia interventistica assume un ruolo fondamentale all'interno dell'Azienda Sanitaria. Nella ASL2 Abruzzo ogni anno vengono diagnosticati circa 600 ictus cerebrali ≈ 130 dei quali potenzialmente da sottoporre a trattamento endovascolare. Attualmente vengono invece eseguite circa 120 trombolisi sistemiche mentre non si hanno dati certi riguardo i trattamenti endovascolari (eseguiti presso la radiologia interventistica dell'ospedale di Pescara) che comunque non superano i 30 casi l'anno per tutta la ASL. La realizzazione di un servizio di Neuroradiologia aziendale consentirebbe di eseguire un numero significativamente maggiore di trattamenti endovascolari (idealmente tutti quelli per i quali ci fosse indicazione) con evidenti e vitali ricadute sulla prognosi del paziente e garantirebbe un rapido trattamento di complicanze emboliche cerebrali di procedure di cardiologia interventistica e interventi cardiocirurgici. Una neuroradiologia aziendale consentirebbe inoltre di uniformare i protocolli di diagnostica per immagini dell'ictus, centralizzare/automatizzare (mediante software specifici tipo RAPID) l'analisi dei dati provenienti dall'imaging avanzato (Angio-TC e Perfusion-TC) e la refertazione e dare subito indicazioni necessarie alla scelta del trattamento ed eventualmente indirizzare direttamente il paziente al centro ASL che esegue trattamento endovascolare (Chieti).

Grazie all'installazione delle nuove RM previste dal PNRR, si prevederà, per gli esami neuroradiologici, un incremento del numero delle prestazioni: l'interpretazione e la refertazione di questo volume di prestazioni neuroradiologiche potranno essere attribuite a radiologi già presenti nella ASL2 che già possiedono e che acquisiranno sempre maggiori competenze specifiche di neuroradiologia migliorando la qualità delle diagnosi e garantendo la costante presenza di un neuroradiologo in servizio presso le radiologie della ASL anche per la gestione delle urgenze neurologiche e dell'ictus. Per quanto riguarda la neuroradiologia interventistica presso la Radiologia di Chieti sono già in servizio 2 neuroradiologi in grado di eseguire procedure di trombectomia ed in 6 mesi sarà possibile formare altri due radiologi interventisti generali.

La Asl 02 Lanciano Vasto Chieti, per gli anni 2023 e 2024 “metterà in campo” misure per il contenimento delle Liste d’Attesa per le attività ambulatoriali, nonché per le prestazioni di ricovero per interventi chirurgici in elezione.

Il programma prevede azioni per le *prestazioni di specialistica ambulatoriale* per il potenziamento della Medicina Territoriale, secondo le indicazioni del PNRR.

Azioni programmate:

- riorganizzazione degli orari di apertura/chiusura degli ambulatori, in collaborazione con le Unità Operative eroganti Ospedaliere e Distrettuali;
- potenziamento e miglioramento dell’attività di re-call aziendale;
- miglioramento dei percorsi di accesso a visite ed esami per pazienti con Patologie Croniche;
- implementazione e semplificazione dei percorsi per pazienti Oncologici;
- attivazione del Servizio di Telemedicina Aziendale;
- potenziamento dell’offerta e collaborazione con le Strutture Private Accreditate;
- attivazione del sistema di prenotazione da parte dei Medici di Medicina Generale sulle agende del Cup Aziendale.

Per i ricoveri chirurgici programmati

- Prosecuzione degli interventi previsti nel Piano Operativo Aziendale 2022 con priorità di recupero agli interventi inclusi nella classe 1 per le classi di priorità A e B e per la classe 2 in classe di priorità A e B.
- Applicazione di modelli organizzativi per il governo delle Liste d’Attesa per i ricoveri chirurgici programmati promosso dal Ministero della Salute al fine di sviluppare una metodologia di efficientamento del percorso peri-operatorio (Linee d’Indirizzo per il Governo del percorso del paziente chirurgico/programmato, di cui all’accordo Stato/Regioni 09.07.2020);
- Applicazione del “Repository” per la presa in carico del paziente chirurgico/programmato prima dell’inserimento in lista d’attesa da parte di tutte le Unità Operative chirurgiche Aziendali;

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il nuovo Piano, finalizzato al contenimento delle Liste d'Attesa, per gli anni 2023-2024, si pone l'obiettivo di riorganizzare gli orari di attività ambulatoriale cercando, in collaborazione con le UO eroganti, di estendere l'orario di apertura e chiusura degli ambulatori all'interno della giornata lavorativa. La riorganizzazione prevede anche la redistribuzione dell'offerta ambulatoriale su tutto il territorio Aziendale garantendo equità di accesso alle cure e trasparenza. Altro obiettivo è quello di revisionare le agende ambulatoriali proponendo un incremento di offerta al Cup di 1° livello delle prestazioni traccianti che mostrano maggiori criticità anche redistribuendo le attività di Cup 2° livello. L'analisi delle schede di concordanza, per la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, sarà il volano per riattivare Audit tra Specialisti, MMG e PLS, per la verifica ed eventuale revisione delle condizioni cliniche previste dai disciplinari Tecnici Regionali per le classi di priorità.

L'attività di *re-call drop-out* per le prestazioni ambulatoriali istituzionali, ormai strutturata negli anni ed efficace per garantire le liste sempre piene, continuerà a essere lo strumento indispensabile per assicurare l'impegno orario dello Specialista, annullando le disdette per l'Utente che non ne ha più bisogno e sostituendo il posto con richieste in attesa di essere evase.

Il nuovo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che mira al potenziamento della Medicina Territoriale, definisce che il primo presidio della rete sanitaria sul territorio è rappresentato dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta. Sempre nell'ottica dell'investimento previsto dal PNRR, un altro aspetto centrale della medicina territoriale è il ruolo svolto dall'assistenza domiciliare integrata (ADI). Le componenti del PNRR sanità sono due: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale". Il territorio ricompreso nella Asl Lanciano Vasto Chieti, dove sono presenti vaste aree interne e montane, con popolazione (soprattutto nella sua componente più anziana) che soffre le distanze e le mancanze di un sistema sanitario di prossimità, gravato anche dalla pressione subita dalla pandemia, necessita di una riorganizzazione dell'assistenza sul Territorio con l'impegno degli Specialisti territoriali Sumai e/o del Personale ospedaliero dedicato. In considerazione di quanto sopra, la Asl 02 si pone l'obiettivo di incrementare l'attività di specialistica ambulatoriale di 1° livello, continuando a promuovere il principio di prossimità e raggiungibilità di erogazione delle prestazioni, omogeneizzando i comportamenti nelle diverse sedi e garantendo equità all'Utenza.

Altro strumento che nel biennio 2023/2024 dovrà essere utilizzato per decongestionare le prenotazioni, è il Servizio di *Telemedicina* (PNRR).

La Asl Lanciano Vasto Chieti, ha costituito un gruppo di lavoro che coinvolge diverse discipline (Dermatologia, Diabetologia, Neurologia, Oncologia, Reumatologia, Centro di Salute Mentale) con l'intenzione di stilare un documento condiviso relativo al progetto di "Telemedicina Aziendale". Il progetto di Telemedicina applicata alla Specialistica ambulatoriale esterna, nasce dall'esigenza di offrire un'opportunità al cittadino per un servizio medico a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. La telemedicina, che rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo di erogare servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, rappresenta un servizio rivolto ad una categoria di assistiti che presentano patologie croniche. Questa modalità di assistenza consente di "assistere" pazienti con malattie croniche che possono usufruire della consulenza specialistica per i monitoraggi farmacologici e di laboratorio, stando in casa. Per il prossimo biennio, la Telemedicina sarà potenziata per fronteggiare l'attesa per i controlli e snellire le liste dei malati cronici, che con la pandemia si sono ulteriormente allungate.

Al fine di contenere l'attesa, proseguirà la collaborazione con le *Strutture Private Accreditate*, attraverso la definizione del "Piano delle Prestazioni" annuale, per offrire all'Utenza una maggiore offerta di specialistica ambulatoriale. L'offerta privata è disponibile attraverso il sistema del CUP Aziendale: le agende di prenotazione delle strutture private accreditate oltre alle agende pubbliche e della libera professione intramuraria aziendale sono visibili al Cup di 1° livello.

Il Piano di contenimento delle Liste d'Attesa nei prossimi due anni, terrà sempre alta l'attenzione sul monitoraggio delle attività svolte sul *Cup di 2° livello*: gli esami successivi al primo accesso dovranno essere gestiti dal Professionista che ha preso in carico il paziente, evitando allo stesso di tornare dal MMG/PLS o attendere un appuntamento per troppo tempo.

Inoltre, nell'anno 2021, la Asl02 ha attivato più ambulatori "Long-Covid", dedicati ai pazienti che hanno contratto il virus e che hanno bisogno di controlli: si continuerà ad assicurare tale attività cercando d'implementare ulteriormente l'interazione tra i diversi ambulatori che erogano prestazioni di riferimento.

Sarà assicurato il rispetto dell'osservanza del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI

La Asl Lanciano Vasto Chieti proseguirà nel prossimo biennio, nel rispetto delle linee di indirizzo Ministeriali e Regionali, il lavoro attivato con il "Piano Operativo Aziendale 2022" ottimizzando la gestione delle liste d'attesa degli interventi chirurgici in elezione e portando avanti il recupero degli interventi sospesi a causa della pandemia, al fine di promuovere il principio di efficienza del processo organizzativo, mantenendo inalterata la sicurezza per Pazienti ed Operatori a garanzia dell'equità di accesso alle prestazioni e di sostenibilità per il Sistema Sanitario.

Gli interventi che si attueranno nel prossimo biennio sono finalizzati a:

- garantire il rispetto della trasparenza della lista d'attesa;
- implementare l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- migliorare la raccolta dei dati ed il monitoraggio del percorso;
- garantire il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie.

Negli anni 2023/2024, l'impegno sarà volto ad applicare i modelli organizzativi previsti dal progetto di ricerca "**Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati**", promosso dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, in collaborazione con l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, a cui questa ASL sta partecipando, al fine di sviluppare una metodologia di efficientamento del percorso peri-operatorio (Linee d'Indirizzo per il Governo del percorso del paziente chirurgico/programmato, di cui all'accordo Stato/Regioni 09.07.2020). In particolare modo si tratterà di incentivare l'utilizzo del "Repository", già implementato nell'applicativo "Sanità Amica" che consente la presa in carico del paziente chirurgico/programmato, prima dell'inserimento in lista d'attesa.

ANALISI DELLE CRITICITA'

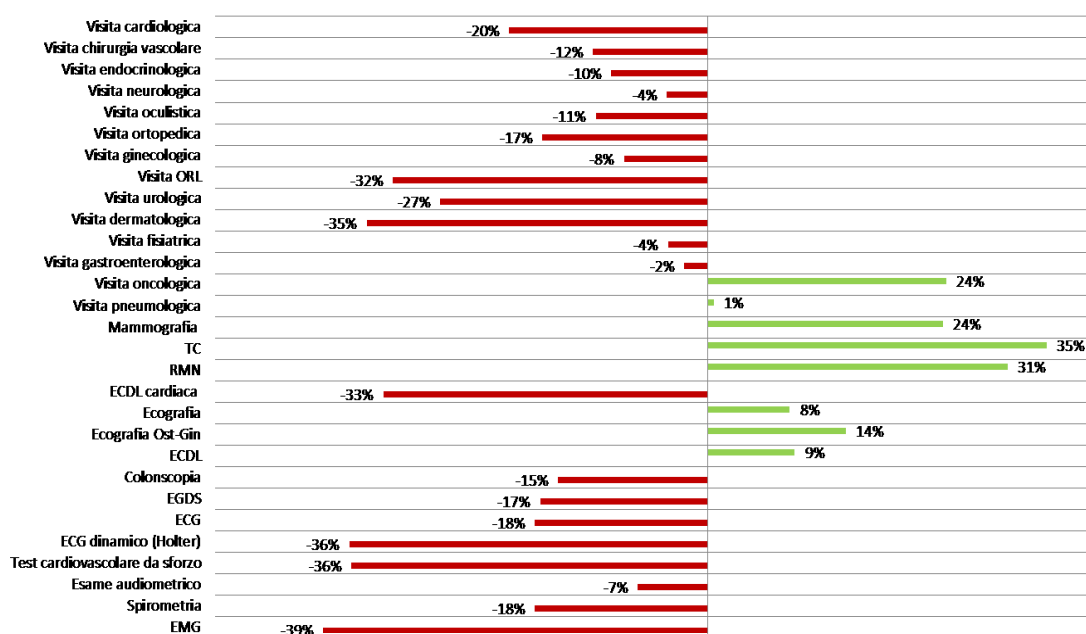
La base dati utilizzata per stilare un'analisi delle criticità per le attività ambulatoriali presso la Asl Lanciano Vasto Chieti, è costituita dai volumi delle 69 prestazioni traccianti assicurati nel corso degli anni (2017/2022). Il modello utilizzato per le estrazioni dei dati è rappresentato dall'allegato 5 della DGR 265/2019.

Il secondo strumento utilizzato per la rilevazione delle criticità nell'assicurare "i tempi di garanzia" a tutti gli assistiti che hanno fatto richiesta di una prenotazione ai nostri sportelli Cup, è stato lo studio delle prestazioni "prese in carico" al momento della richiesta nel corso dell'anno di riferimento nella cosiddetta pre-lista.

Dal confronto dei dati, è emerso che nel corso del tempo, a fronte di una riduzione dei volumi di determinate prestazioni, si è verificato un incremento delle relative prestazioni (prese in carico), in quanto la domanda superava l'offerta. Nel corso dell'anno 2022, fanno eccezione le prestazioni di Risonanza Magnetica e di TAC, in quanto, nonostante l'incremento dei volumi nell'offerta Aziendale (1° semestre), le prestazioni prese in carico sono state ugualmente molto numerose e di difficile collocazione.

2019 e 2022 Modifica dei Volumi

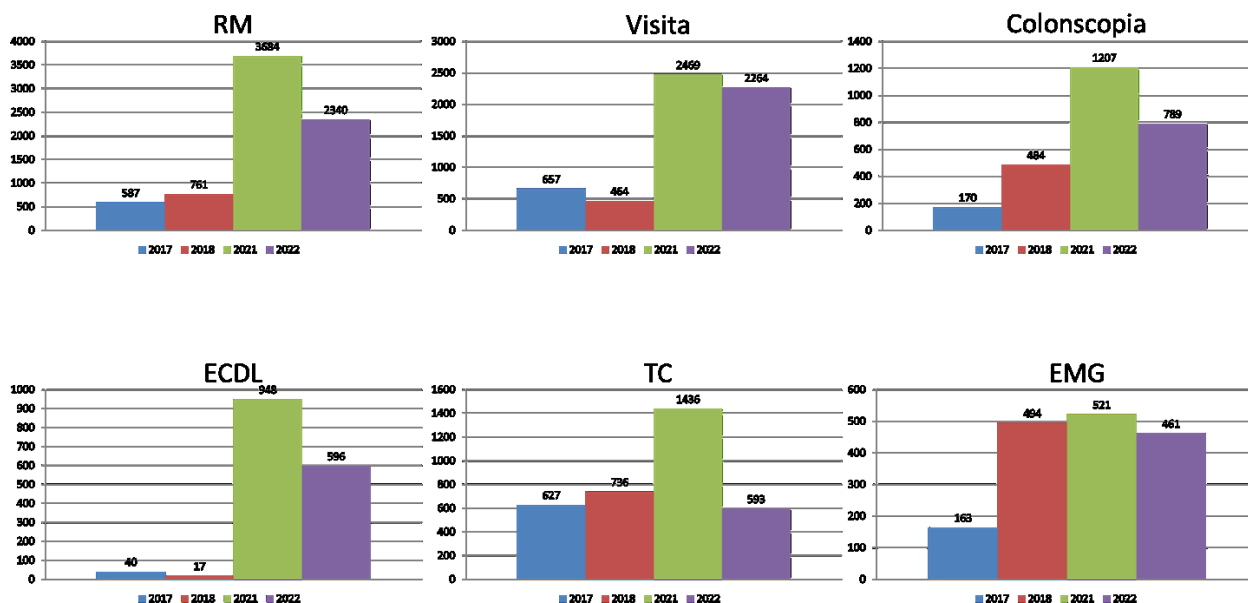
FONTE: ALLEGATO 5 DGR 265/2019-PRESTAZIONI TRACCIANTI



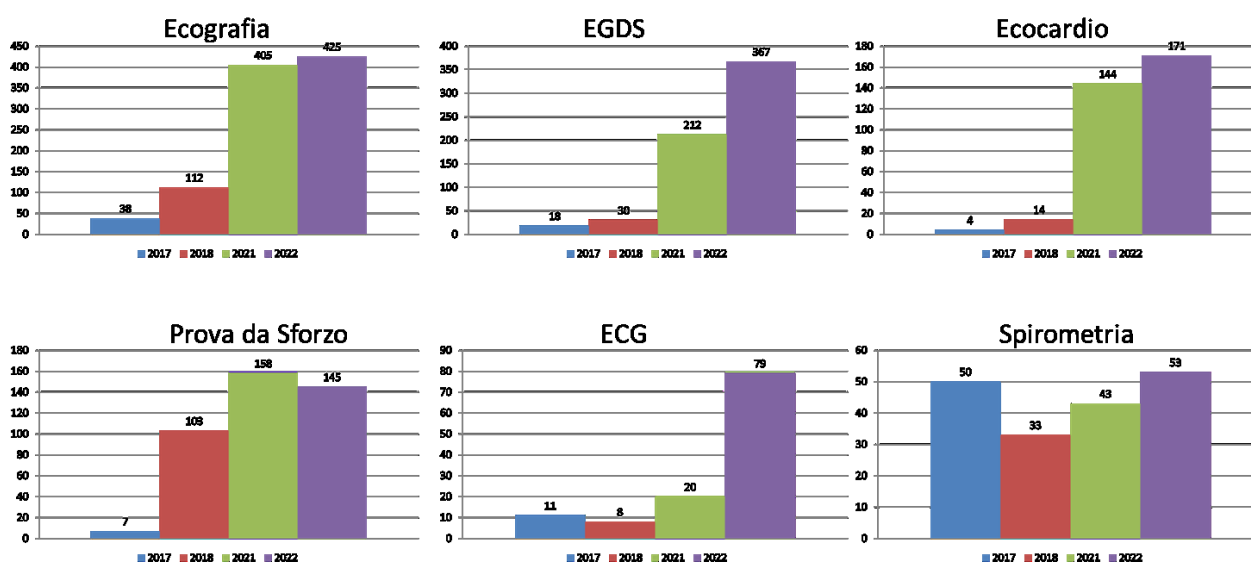
Nota: i volumi per l'anno 2022 sono stati calcolati come proiezione del primo semestre.

Per le Colon e le EGDS, nelle sedi di Lanciano e Ateessa, l'offerta è stata però notevolmente incrementata nel secondo semestre ma non è stata conteggiata per la tipologia di calcolo utilizzata. Nello specifico, per il secondo semestre 2022, nell'ospedale di Ateessa è stata attivata un'offerta per 650 colon e 170 EGDS e nell'ospedale di Lanciano l'offerta per entrambe le prestazioni è raddoppiata.

Prese in Carico 2017-2022



Prese in Carico 2017-2022

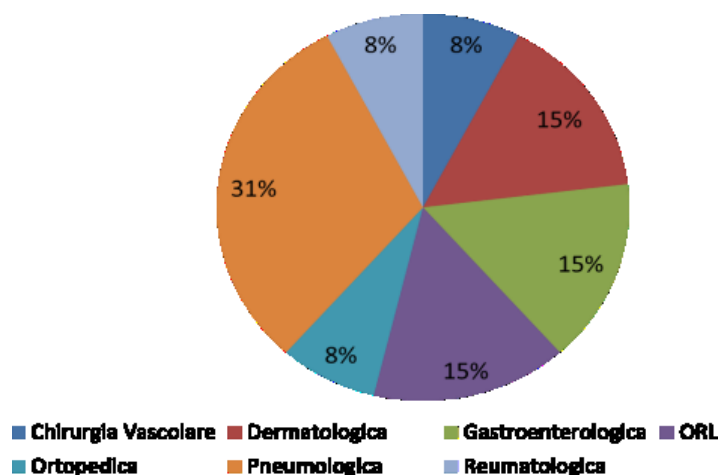


Si evidenzia che per l'anno 2022 è stata sinora assicurata un'offerta prenotabile (pubblica e privata convenzionata) di 4116 esami di RM e di 13464 esami TAC. È emerso che il **24%** degli Assistiti prenotati per Risonanza ed il **18%** degli Assistiti prenotati per TC, è residente fuori dalla Asl02.

La stessa analisi è stata condotta sull'offerta pubblica e privata di esami endoscopici (Colonscopia – Gastroscopia) che nel 1° semestre 2022 è stata di 7012 prenotazioni. Il **7%** dei prenotati per Colonscopia sono Assistiti residenti fuori Asl ed il **10%** di Assistiti che hanno chiesto di eseguire una Gastroscopia nella Asl Lanciano Vasto Chieti, è di fuori Asl.

La Asl 02, seppur dal marzo 2011 ha adottato le classi di priorità, man mano estese a tutte le attività ambulatoriali Aziendali, disciplinando gli accessi in base al grado di priorità richiesto, con un monitoraggio continuo ed un adeguamento costante all'andamento della richiesta, continua a presentare criticità legate al rapporto domanda/offerta. Nel corso degli anni, alcune prestazioni hanno mostrato una costante criticità ad equiparare tale rapporto come di seguito illustrato:

Criticità Visite Ambulatoriali
(2017-2018-2021-2022)



La percentuale maggiore rappresentata dalla Visita Pneumologica indica la persistenza temporale, nel corso degli anni, della criticità nel rapporto domanda/offerta.

Le difficoltà riscontrate sono certamente gravate dai tagli alla spesa operati negli ultimi anni, dalla persistente carenza di Personale (in particolar modo per la Dermatologia e per la Pneumologia), dalla sempre crescente domanda di prestazioni in particolar modo di visite gastroenterologiche legata anche ad una popolazione anziana che nella sola Provincia di Chieti è pari al 7,18% e dalla pressione subita dalla pandemia.

Non vi è dubbio che un'eredità importante lasciata dalla pandemia da Sars-CoV-2 è stata la lunga lista d'attesa alla quale, sia gli Operatori Sanitari che il Servizio Governo Liste d'Attesa, hanno lavorato intensamente al fine di effettuare i recuperi.

In un primo periodo di pandemia le attività ambulatoriali sono state sospese, in seguito ripristinate solo per gli accessi in urgenza e poi man mano ripristinate tutte le tipologie, nel rispetto delle norme previste dalla Legge. I tempi di esecuzione delle prestazioni, pertanto, sono stati adeguati rispettando le regole di sanificazione e di distanziamento sociale. Tutto ciò ha comportato una riorganizzazione che è andata a modificare il piano delle attività ambulatoriali pre-pandemia a cui faticosamente ci stiamo riavvicinando e che dovrà essere ulteriormente potenziato nei prossimi mesi.

FABBISOGNO DI PERSONALE

Con riferimento alle discipline oggetto di processi di ottimizzazione e potenziamento per la riduzione delle liste di attesa e per il recupero della mobilità passiva triennio 2023-2025, si evidenziano di seguito le unità di personale ed il relativo costo unitario/complessivo al lordo degli oneri, da reclutare in conformità con i fabbisogni di personale previsti nel vigente Piano Triennale dei Fabbisogni.

SERVIZI DI SUPPORTO ALLE LINEE DI PRODUZIONE:

ANESTESIA E T.I. - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI (compreso personale Universitario convenzionato)	26	26	26	29	30	30	30
ANESTESIA ORTONA	5	5	5	6	6	6	6
ANESTESIA CARDIOCHIRURGICA	10	10	10	11	11	11	11
LANCIANO	13	15	15	18	18	20	20
VASTO	11	9	9	14	15	18	18
TOTALE	65	65	65	78	80	85	85

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 166.000 sul 2023 e ad € 581.000 sul 2024 e 2025.

TSRM	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI	50	55	63	70	75	80	80
ORTONA	10	10	12	14	18	18	18
LANCIANO	15	16	16	19	25	25	25
VASTO	18	20	20	24	25	25	25
TOTALE	93	101	111	127	143	148	148

*Il personale TSRM è reclutato dalla graduatoria concorsuale di recente approvazione.

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 656.000 sul 2023 e ad € 861.000 sul 2024 e 2025.

RADIOLOGIA - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI (compreso personale Universitario convenzionato)	25	28	29	30	33	35	35
ORTONA (inclusa senologia)	10	11	11	12	15	15	15
LANCIANO	10	10	10	12	13	14	14
VASTO	12	13	13	15	16	16	16
TOTALE	57	62	63	69	77	80	80

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 664.000 sul 2023 e ad € 913.000 sul 2024 e 2025.

RADIOTERAPIA - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI	10	10	10	10	10	10	10

DISCIPLINE RELATIVE ALLE LINEE DI PRODUZIONE:

CARDIOLOGIA - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI/ORTONA (compreso personale Universitario convenzionato)	31	34	29	30	32	32	32
LANCIANO	11	12	15	12	13	13	13
VASTO	10	10	8	10	13	13	13
TOTALE	52	56	52	52	58	58	58

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 498.000 sul 2023, 2024 e 2025.

CARDIOCHIRURGIA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI	11	9	13	12	12	12	12
TOTALE	11	9	13	12	12	12	12

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI/ORTONA (compreso personale Universitario convenzionato)	11	12	13	14	14	14	14
LANCIANO	9	10	9	7	8	8	9
VASTO	7	8	5	4	6	8	9
TOTALE	27	30	27	25	28	30	32

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 149.000 sul 2023 e ad € 415.000 sul 2024 ed € 581.000 sul 2025.

CHIRURGIA GENERALE - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI/ORTONA (compreso personale Universitario convenzionato)	26	26	26	21	25	29	29
CHIRURGIA SENOLOGICA-ORTONA	6	7	6	6	6	6	6
LANCIANO	13	13	13	10	10	10	10
VASTO	11	9	9	7	9	10	10
TOTALE	56	55	54	44	50	55	55

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 498.000 sul 2023 e ad € 913.000 sul 2024 e 2025.

GASTROENTEROLOGI - MEDICI	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
CHIETI/ORTONA (compreso personale Universitario convenzionato)	2	2	2	3	4	5	5
ORTONA	2	4	5	5	5	5	5
LANCIANO	2	2	2	2	3	5	5
VASTO	3	4	4	4	4	5	5
TOTALE	9	12	13	14	16	20	20

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 166.000 sul 2023 e € 581.000 2024 e 2025.

UROLOGIA	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
UOC AZIENDALE	13	13	16	16	18	18	18

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 166.000 sul 2023, 2024 e 2025.

L'Azienda ha provveduto al rafforzamento della Specialistica Ambulatoriale Interna, ampliando l'offerta in termini di quantità e attraverso la diversificazione, soprattutto per le branche che presentano criticità per le liste d'attesa. Tuttavia la carenza di medici riscontrata in generale ed a livello nazionale, ha determinato anche per la Specialistica Ambulatoriale l'impossibilità per questa ASL di conferire tutti gli incarichi, oggetto di pubblicazione, come ad esempio la branca di Pneumologia e Radiologia.

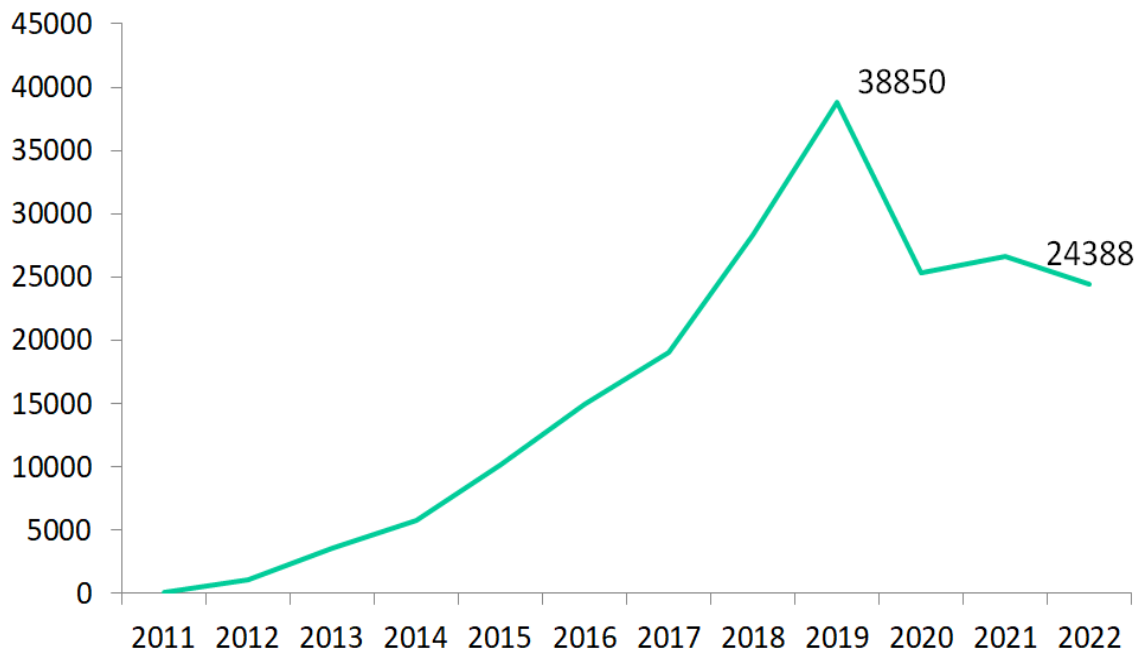
BRANCA SPECIALISTICA	ORE INCARICHI 2019	ORE INCARICHI 2020	ORE INCARICHI 2021	ORE INCARICHI 2022	Previsione 2023	Previsione 2024	Previsione 2025
OCULISTICA	103,5	103,5	103,5	70	70	70	70
ENDOCRINOLOGIA	58	58	58	58	70	70	70
ORTOPEDIA	52	60	65	65	65	65	65
DERMATOLOGIA	80	72	72	61	80	80	80
OTORINOLARINGOLATRIA	84	83	78	75	80	80	80
PNEUMOLOGIA	10	5	5	0	0	0	0
REUMATOLOGIA	12	9	9	0	0	0	0
RADIOLOGIA con capacità specifiche in ecografia multidisciplinare	51	0	15	15	30	30	30
CHIRURGIA VASCOLARE	0	0	0	0	30	30	30

Il costo aggiuntivo stimato per l'aumento di risorse previsto nella tabella sopra indicata è pari a € 172.368 sul 2023, 2024 e 2025.

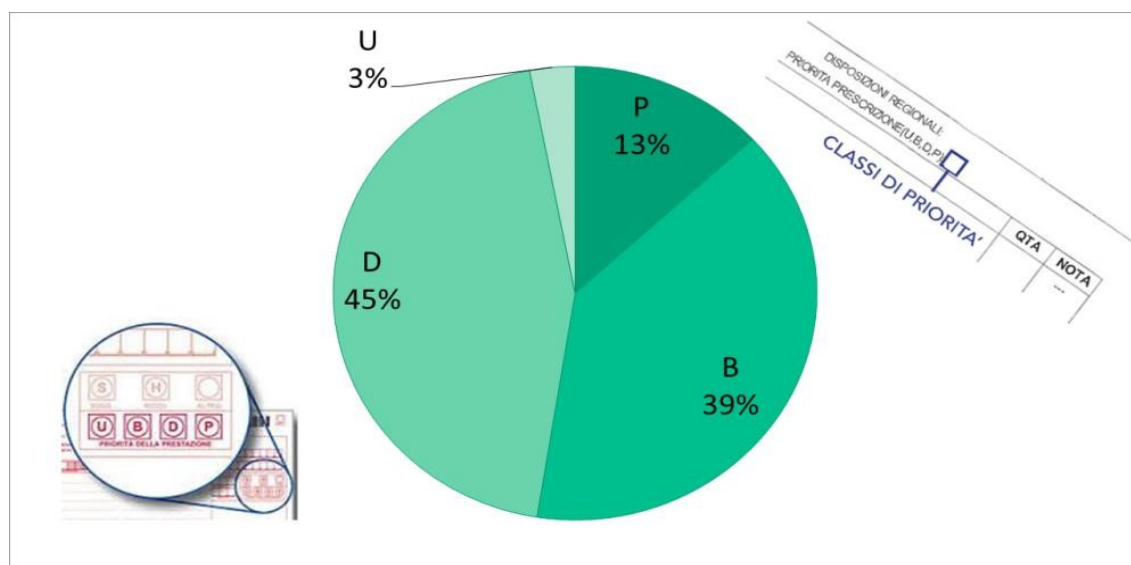
ANALISI DELL'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

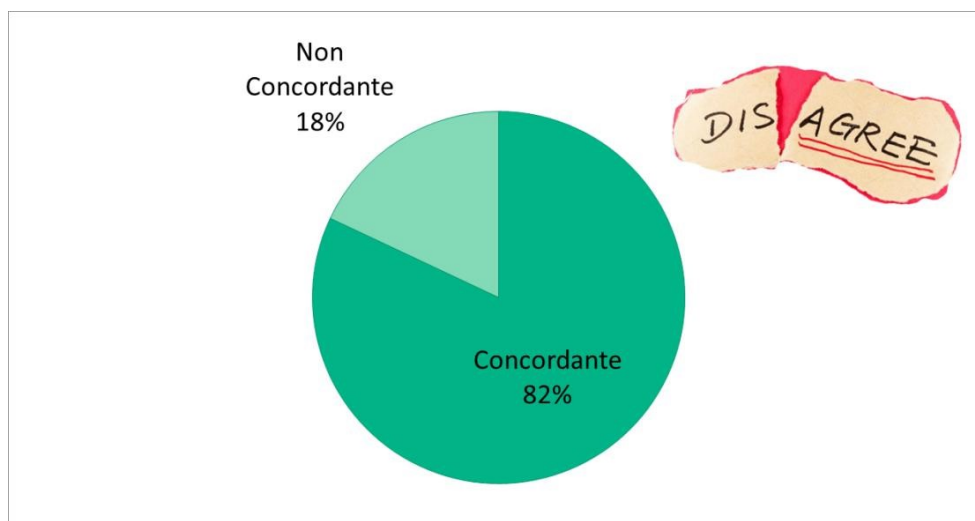
È stato assicurato il processo di verifica di adesione e concordanza alle *classi di priorità* per tutte le prestazioni traccianti espresse dal medico erogatore. L'indicatore scelto è la percentuale di concordanza delle prestazioni prenotate in ciascuna classe di priorità. L'andamento non è rappresentativo del numero di prestazioni erogate in quanto il numero complessivo si riferisce al numero di schede inviate dagli ambulatori al Servizio Governo Liste di Attesa.

Schede di Concordanza Pervenute



Per l'anno 2021 si sono ottenuti i seguenti risultati:





La concordanza esprime la condivisione dello specialista nei confronti del medico prescrittore per la scelta della classe di priorità.

Nella tabella successiva sono indicati i volumi medi stimati, da incrementare mensilmente/settimanalmente per ciascuna prestazione che presenta criticità e crea disservizi agli Assistiti in fase di prenotazione.

Proposta Incremento dell' Offerta Ambulatoriale Aziendale						
Prestazioni	Prese in Carico				Media Mensile Prese in Carico 2022	Incremento Settimanale Offerta
	2017	2018	2021	2022		
RM	587	761	3684	2340	293	65
COLON	170	484	1207	789	99	22
ECDL	40	17	948	596	75	17
TC	627	736	1436	593	74	16
EMG	163	494	521	461	58	13
ECOGRAFIA	38	112	405	425	53	12
EGDS	18	30	212	367	46	10
ECOCARDIO	4	14	144	171	21	5
PROVA DA SFORZO	7	103	158	145	18	4
VISITE TOTALI	657	464	2469	1922	240	53
VISITA DERMATOLOGICA	-	-	-	948	119	26
VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	-	-	-	214	27	6
VISITA ORTOPEDICA	-	-	-	205	26	6
VISITA REUMATOLOGICA	-	-	-	181	23	5
VISITA PNEUMOLOGICA	-	-	-	143	18	4
VISITA CARDIOLOGICA	-	-	-	95	12	3
VISITA OCULISTICA COMPLESSIVA	-	-	-	136	17	4

Attivare il Servizio di Telemedicina Aziendale per gestire al meglio e contenere i tempi di attesa, riorganizzando l'assistenza territoriale, favorendo la promozione della salute e la presa in carico soprattutto del paziente con patologie croniche.

Tale Servizio sarà un'opportunità innovativa in favore dei pazienti nell'ambito della prevenzione, della

diagnosi, delle terapie e dei monitoraggi dei parametri clinici con l'ausilio di strumenti di sanità digitale. La Telemedicina Aziendale sarà utilizzata per "modificare" l'assistenza ai malati cronici, utilizzando metodi quali "tele-visita, tele-consulento medico, tele-consulenza medico-sanitaria, tele-assistenza da parte di professioni sanitarie (infermiere/fisioterapista/logopedista/ecc.), tele-refertazione" evitando agli Assistiti di recarsi presso gli ambulatori e snellendo pertanto le attese.

Definire il nuovo piano annuale delle Prestazioni con *le Strutture Private Accreditate*, al fine d'integrare l'offerta pubblica e offrire all'Utenza una maggiore disponibilità di prestazioni ambulatoriali sul territorio.

Attivare il sistema di prenotazione da parte dei Medici di Medicina Generale sulle agende del CUP Aziendale secondo le indicazioni del CUP Regionale.

Proseguiranno le attività di monitoraggio previste dal Piano Nazionale/Regionale Governo Lista d'Attesa e saranno assicurate tutte le azioni necessarie per garantire la centralità dei bisogni del cittadino mettendo in atto strategie improntate al rispetto dell'appropriatezza di tipo prescrittivo, organizzativo ed erogativo e saranno implementate le misure richieste per assicurare in particolar modo l'efficientamento del percorso peri-operatorio.

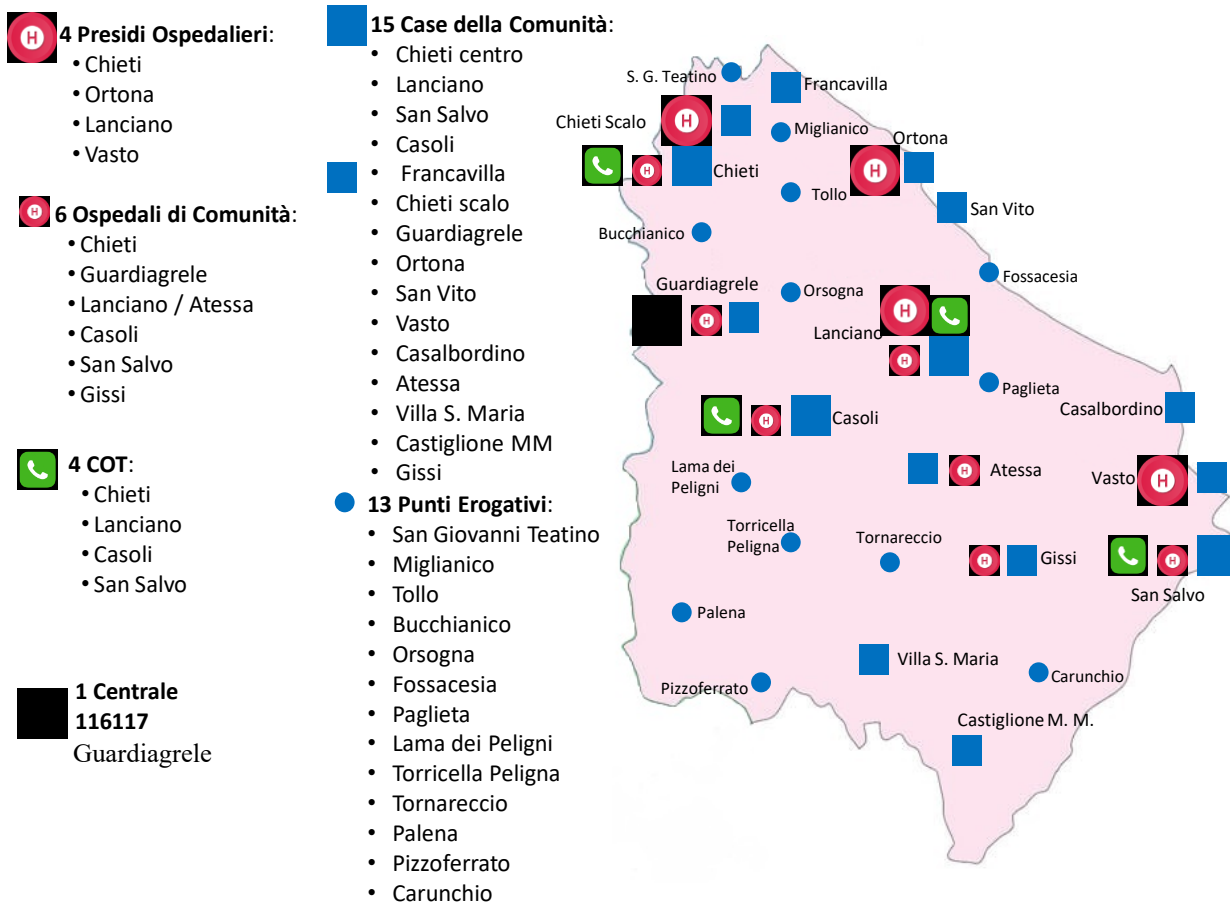
I dati rilevati emergono dalle analisi condotte nel corso del tempo dal Servizio Governo Liste d'Attesa e sopra descritte.

LA RETE TERRITORIALE A SUPPORTO DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Il progetto della nuova RETE di assistenza territoriale, fondata su Case della Comunità hub e spoke, punti erogativi, COT e centrale 116117 intende inquadrare tutti i servizi sanitari orientati alla prevenzione, assistenza, riabilitazione e follow up in una *visione* olistica ed integrata che prenda in carico il cittadino fin dalla prima manifestazione del bisogno e accompagni il paziente in tutte le fasi *post processing*. In tal senso anche le prestazioni di specialistica ambulatoriale entreranno a far parte di un *continuum* organizzativo che si avvalga di professionalità diverse ora integrate in un contesto coordinato.

Di seguito la mappa della provincia di Chieti con la distribuzione sul territorio delle strutture previste.

Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva 2023-2024-2025	Versione 00 del 09/02/2023		Pag.51/107
--	----------------------------	--	------------



La rete territoriale, gestirà *in house* tutte le attività di prevenzione e cura in fase acuta e cronica, riabilitazione e assistenza a lungo termine ed accoglierà il paziente fin da quando manifesta il suo bisogno di salute al Medico di Medicina Generale (MMG) presso il suo studio o presso una Casa della Comunità o allo specialista ambulatoriale. Entrambi potranno erogare alcune prestazioni di base, prenotarne altre direttamente attraverso il sistema di prenotazione CUP di II livello, indirizzare il paziente ad un ulteriore consulto specialistico, avvalersi di un teleconsulto in *second opinion* nei casi controversi o di patologie rare, seguire il paziente nelle sue fasi post trattamento, monitorarne l'aderenza alla terapia ed agli stili di vita prescritti, fornire supporto alle attività di preospedalizzazione.

Questa strategia fornirà un supporto estremamente rilevante attraverso le prestazioni di specialistica ambulatoriale nel

- centralizzare tramite i PDTA l'intero processo di presa in carico e gestione dei piani di prevenzione assistenza e cura;
- facilitare la cooperazione e collaborazione di tutte le strutture e le figure professionali coinvolte nel processo di prevenzione, assistenza e cura dei cittadini, secondo i vari livelli di responsabilità e azione;
- rafforzare la relazione con il cittadino e migliorare la sua percezione dei servizi.

INVESTIMENTI FUNZIONALI ALL'AUMENTO DELLA PRODUZIONE DELLE QUATTRO LINEE INDIVIDUATE – COLLEGAMENTO TRA PIANO DEGLI INVESTIMENTI 2022 E 2023-2025 E PIANO INDUSTRIALE RECUPERO PRODUZIONE SULLE QUATTRO LINEE INDIVIDUATE

RELAZIONE POTENZIALE PRODUTTIVITA' LEGATA ALL'INVESTIMENTO TECNOLOGICO

Al fine di garantire i massimi livelli assistenziali e abbattere le liste di attesa con relativo recupero di mobilità, è necessario prevedere anche le risorse economiche necessarie all'adeguamento delle apparecchiature, le quali sono indispensabili per l'erogazione adeguata e sicura delle prestazioni clinico-diagnostiche. La ASL2 Lanciano Vasto Chieti, ha iniziato un'importante fase di rinnovamento tecnologico che è possibile visionare ad esempio nei prospetti sottostanti riportanti l'evoluzione tecnologica dei Tomografi Assiali Computerizzati (TAC) e dalle Risonanza Magnetiche Nucleari (RMN) che hanno interessato la ASL2 dall'anno 2018 al 2022 e negli anni 2023/2024 con relativi andamenti delle prestazioni diagnostiche effettuate nel corso degli anni 2018-2022:

Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva 2023-2024-2025	Versione 00 del 09/02/2023		Pag.53/107
--	----------------------------	--	------------

EVOLUZIONE INSTALLATO TAC PRESSO ASL2

PRESIDIO/ANNO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Atessa	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	Sostituzione con TAC Canon 160 strati	TAC Canon 160 strati	TAC Canon 160 strati	TAC Canon 160 strati	SOSTITUZIONE
Casoli	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	TAC Siemens 2 strati Anno <2008	NON ATTIVO da 17 dicembre		
Chieti - Radiodiagnostica	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	TAC Siemens 128 strati Anno 2014	
Chieti Pronto Soccorso	TAC Siemens 64 strati anno 2012	TAC Siemens 64 strati anno 2012	TAC Siemens 64 strati anno 2012	Smontata TAC 64s (da spostare presso P.S. Covid) e installata nuova TAC Siemens 128 strati	TAC Siemens 128 strati	TAC Siemens 128 strati	SOSTITUZIONE
Chieti Pronto Soccorso COVID				A Dicembre 2021 montata la TAC Siemens 64 strati precedentemente ubicata al P.S.	TAC Siemens 64 strati	TAC Siemens 64 strati	AGGIUNTA
Gissi	TAC Siemens 2 strati Anno 2008	TAC Siemens 2 strati Anno 2008	TAC Siemens 2 strati Anno 2008	TAC Siemens 2 strati Anno 2008	NON ATTIVO da 16 novembre		
Guardiagrele	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	NON ATTIVO da 16 novembre		
Lanciano	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	DA SOSTITUIRE CON TAC 128s - FONDI PNRR	DA SOSTITUIRE
Lanciano Pronto Soccorso COVID					installata nuova TAC GE 128 strati	TAC GE 128 strati	AGGIUNTA
Ortona	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	TAC Siemens 16 strati Anno 2007	DA SOSTITUIRE CON TAC 128s - FONDI PNRR	DA SOSTITUIRE
Vasto	TAC Siemens 16 strati Anno 2001	TAC Siemens 16 strati Anno 2001	Installata nuova TAC Canon 180 strati	TAC Canon 180 strati	TAC Canon 180 strati	TAC Canon 180 strati	
Vasto		Installata nuova TAC GE 128 strati	TAC GE 128 strati	TAC GE 128 strati	TAC GE 128 strati	TAC GE 128 strati	AGGIUNTA

TOTALE	N.9 TAC funzionanti	N.10 TAC funzionanti	N.10 TAC funzionanti	N.11 TAC funzionanti	N.9 TAC funzionanti	N.9 TAC funzionanti
--------	---------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------	---------------------

Chieti - Radioterapia	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	TAC Siemens 2 strati Anno 2006	Simulatore per Preparazione pazienti
-----------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------

TAC ≤ 16 strati
TAC = 64 strati
TAC ≥ 128 strati

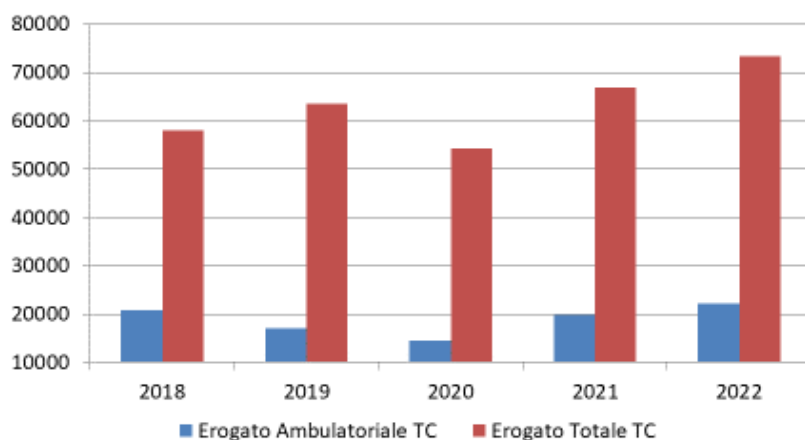
EVOLUZIONE INSTALLATO RISONANZE MAGNETICHE PRESSO ASL2

PRESIDIO/ANNO	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	
Atessa - Radiologia	RMN articolare anno 1998	RMN articolare anno 1998	Dismessa RMN per lavori di adeguamento locali			Installazione a dicembre 2022 nuova RMN articolare 0.25T	RMN articolare 0,25T	SOSTITUZIONE
Atessa - Radiologia							Installazione RMN 1,5T - fondi PNRR	AGGIUNTA
Chieti Pronto Soccorso							Installazione RMN 1,5T - fondi PNRR	AGGIUNTA
Chieti Corpo L							Installazione RMN 3T - fondi EX ART.20	AGGIUNTA
Lanciano	RMN 1,5T Anno 2009	RMN 1,5T Anno 2009	RMN 1,5T Anno 2009	RMN 1,5T Anno 2009	RMN 1,5T Anno 2009	Sostituzione con nuova RMN 1,5T - fondi PNRR	RMN 1.5T	SOSTITUZIONE
San Salvo	RMN articolare anno 2007	RMN articolare anno 2007	Sostituzione con nuova RMN articolare 0,25T	RMN articolare 0,25T	RMN articolare 0,25T	RMN articolare 0,25T	RMN articolare 0,25T	SOSTITUZIONE
Vasto	RMN 1T Anno 2000	RMN 1T Anno 2000	RMN 1T Anno 2000	RMN 1T Anno 2000	RMN 1T Anno 2000	Sostituzione con nuova RMN 1,5T - fondi PNRR	RMN 1.5T	SOSTITUZIONE

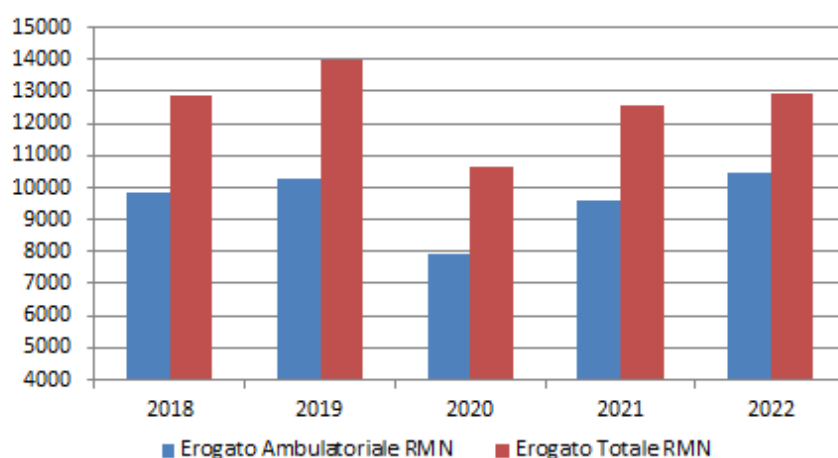
TOTALE	N.4 RMN funzionanti	N.4 RMN funzionanti	N.4 RMN funzionanti	N.3 RMN funzionanti	N.3 RMN funzionanti	N.4 RMN funzionanti	N.7 RMN funzionanti
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

RMN ≤ 1 Tesla
RMN = 1,5 Tesla
RMN = 3 Tesla

Erogato TC Aziendale



Erogato RMN Aziendale



Anno 2018 Erogato Totale RMN: DSB San Salvo e ITAB dati non presenti sul RIS

Dai dati estrapolati si evince che per le Tomografie Assiali negli ultimi anni c'è stato un aumento delle prestazioni considerando l'installazione di nuove apparecchiature nell'ultimo biennio e pertanto, visto anche il rinnovo delle TAC presso il PO Lanciano e PO Ortona previsto nel 2023 tramite finanziamento PNRR, si può prevedere un ulteriore incremento di circa 2000 prestazioni nell'anno 2023, 2500 prestazioni nell'anno 2024 e 3000 nell'anno 2025.

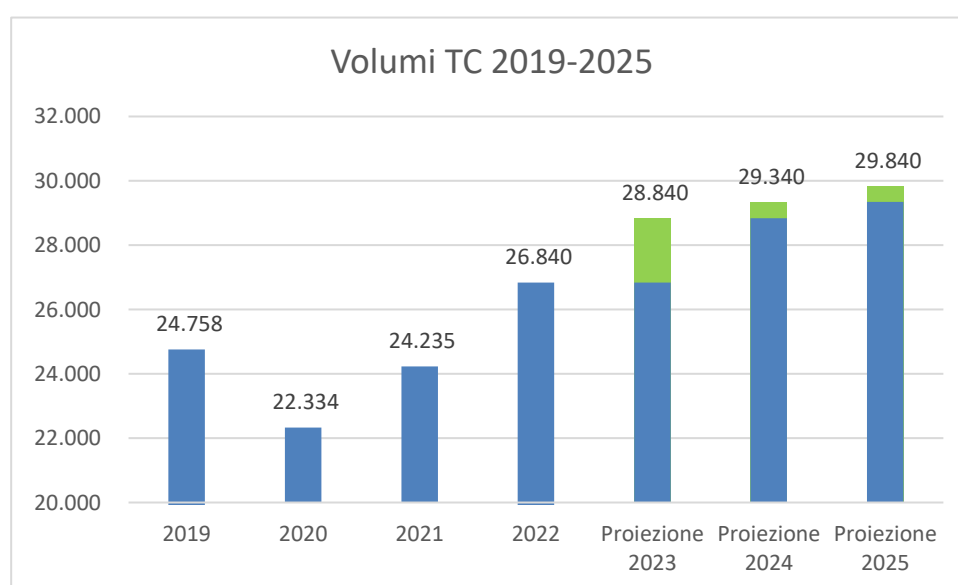
Dallo storico delle RMN si evince che ad oggi, considerando la sostituzione della RMN di Atesa che ha bloccato le prestazioni per circa due anni a causa di adeguamenti strutturali considerevoli e viste le nuove forniture di RMN 1,5T previste nel 2023/2024 tramite finanziamento PNRR, si può prevedere dal 2025 un aumento considerevole delle prestazioni di circa il 25% rispetto l'anno 2019. Nello specifico, nel corso del 2023 si prevede un recupero delle RMN di 3000/anno rispetto i volumi 2022, di cui circa 2000/anno su Atesa, 500/anno su Vasto e 500/anno su Lanciano, con un risparmio economico di circa 200€ per esame in mobilità passiva. Nel 2024 si prevede di effettuare circa RMN 5000/anno in più rispetto il 2022, e 7000/anno nel 2025. Questo recupero è reso possibile sia per l'acquisto del nuovo macchinario sia per la riorganizzazione nell'utilizzo delle attrezzature già in dotazione, prevedendo di destinare le RMN articolari di Atesa e San Salvo ai PDTA di ortopedia e dedicando le attrezzature più evolute alle patologie più complesse (oncologico-degenerative), concentrando quindi sull'ITAB, PO di Chieti e di Lanciano le risonanze oncologiche e all'encefalo.

Di seguito si riportano le tabelle con l'andamento della produzione di TC e RMN suddivise per i presidi di riferimento negli anni 2019-2022:

TC

SEDE EROGATIVA	2019	2020	2021	2022
OSPEDALE ATESSA - S.CAMILLO DE LELLIS	791	1.103	2.711	2.553
OSPEDALE CLINICIZZATO - SS.ANNUNZIATA CHIETI	16.270	14.061	11.873	14.660
OSPEDALE LANCIANO - F.RENZETTI	2.521	1.901	1.897	2.119
OSPEDALE ORTONA - G.BERNABEO	1.895	1.972	3.178	3.208
OSPEDALE VASTO - S.PIO DA PIETRELCINA	2.211	3.005	4.228	3.926
P.T.A. CASOLI - G.CONSALVI	281	209	268	307
P.T.A. GISSI	35	21	80	67
P.T.A. GUARDIAGRELE - SS.IMMACOLATA	754	62		
Totale complessivo	24.758	22.334	24.235	26.840

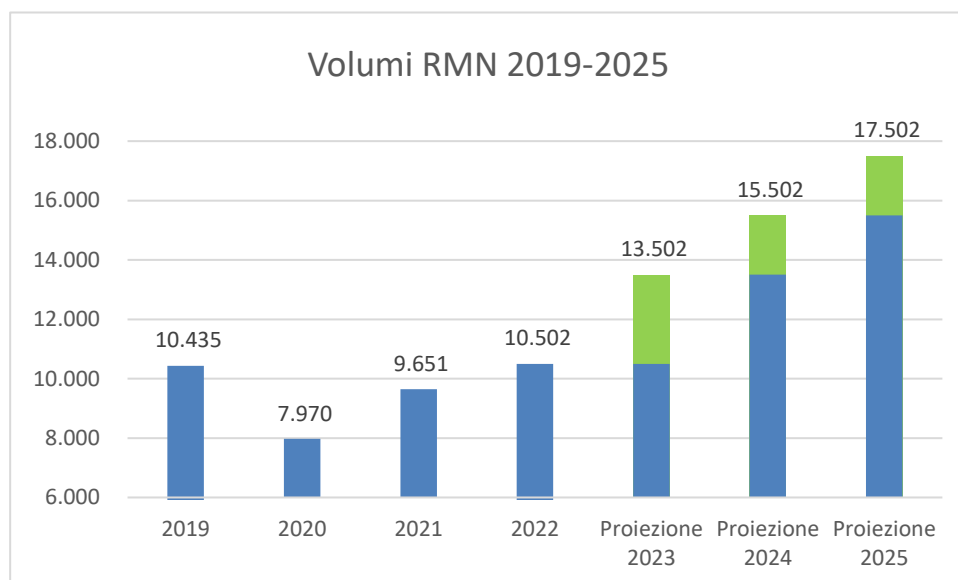
Il grafico di seguito mostra il trend dei volumi di produzione, con la stima dei volumi previsti sul triennio 2023-2025, dando evidenza del recupero delle prestazioni aggiuntive:



RMN

SEDE EROGATIVA	2019	2020	2021	2022
ITAB RISONANZE MAGNETICHE	5.938	4.287	5.211	6.008
OSPEDALE ATESSA - S.CAMILLO DE LELLIS	881	177		
OSPEDALE LANCIANO - F.RENZETTI	1.233	1.154	1.901	1.959
OSPEDALE VASTO - S.PIO DA PIETRELCINA	1.108	1.092	1.124	1.071
D.S.B. SAN SALVO	1.275	1.260	1.415	1.464
Totale complessivo	10.435	7.970	9.651	10.502

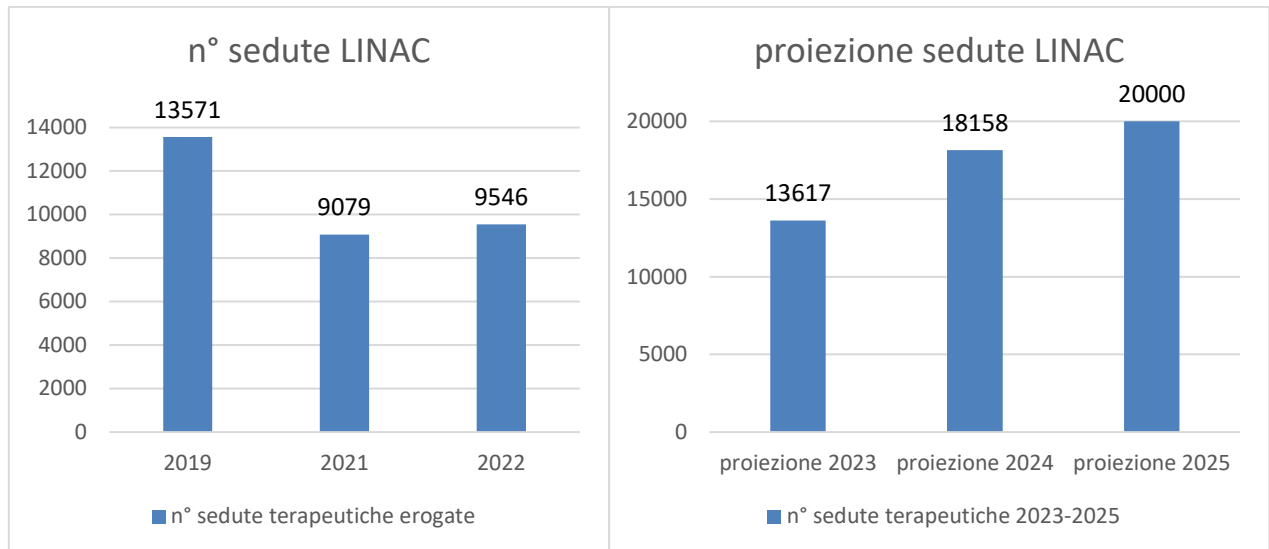
Il grafico mostra il trend dei volumi di produzione con la stima dei volumi sul triennio 2023-2025, dando evidenza del recupero delle prestazioni aggiuntive:



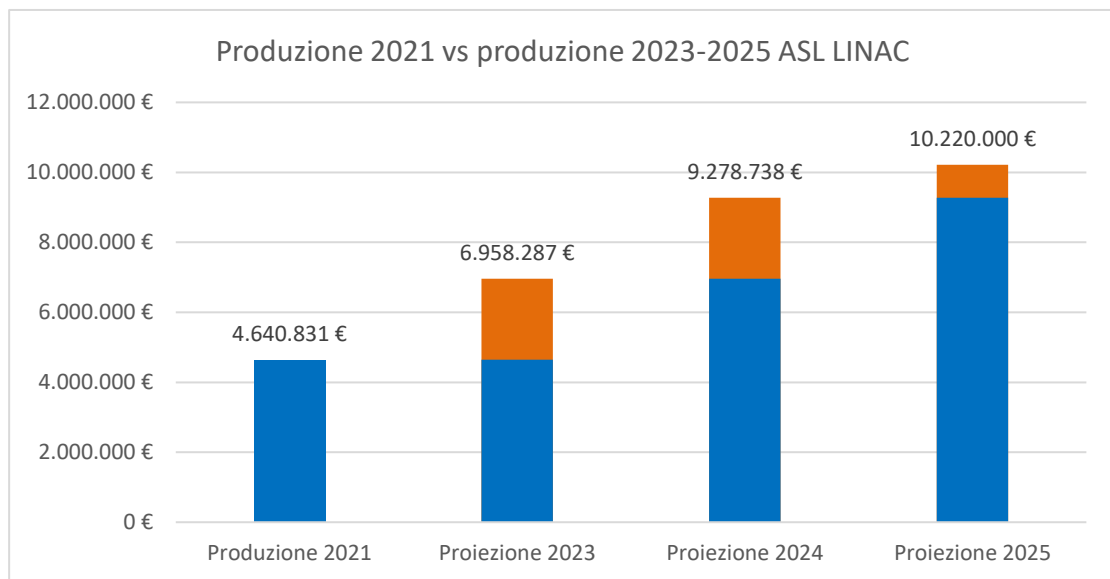
Fondamentale ai fini dell'abbattimento della mobilità passiva è la sostituzione del nuovo acceleratore lineare installato presso la Radioterapia dell'Ospedale Clinicizzato di Chieti in quanto il paziente oncologico necessita, in ragione della complessità e della natura delle problematiche che si trova ad affrontare e della loro intensità e durata, di una presa in carico globale ed una gestione integrata dei propri percorsi diagnostico-terapeutici in cui la componente temporale è di primaria importanza. L'efficacia e il buon esito della terapia oncologica è strettamente legata ai tempi di erogazione della stessa e la programmazione delle sedute terapeutiche con l'utilizzo dell'acceleratore lineare (LinAc) permette di trattare efficacemente pazienti oncologici e con metastasi spesso inoperabili. Nel corso degli anni la Asl ha potuto contare per alcuni anni sull'impiego simultaneo di n.2 acceleratori, ma a fine del 2021, i ripetuti malfunzionamenti con fermi macchina di giorni dovuti all'obsolescenza del primo acceleratore hanno portato alla sua dismissione e costretto al solo utilizzo del secondo collaudato nel 2014. Rilevato che la presenza di una sola macchina operativa non può garantire la continuità dell'erogazione dei trattamenti in caso di guasti, sempre più in aumento nel tempo, l'installazione di un nuovo Acceleratore Lineare consentirà di garantire il rispetto della calendarizzazione delle sedute di trattamento garantendo una risposta tempestiva e limitando le migrazioni di pazienti presso altri centri. La procedura di acquisizione del Linac è stata conclusa, e si stanno ultimando le fasi di installazione e collaudo. La realizzazione di questo investimento, permetterà di incrementare le sedute terapeutiche che come rappresentato dal trend degli ultimi anni sono fortemente diminuite passando

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

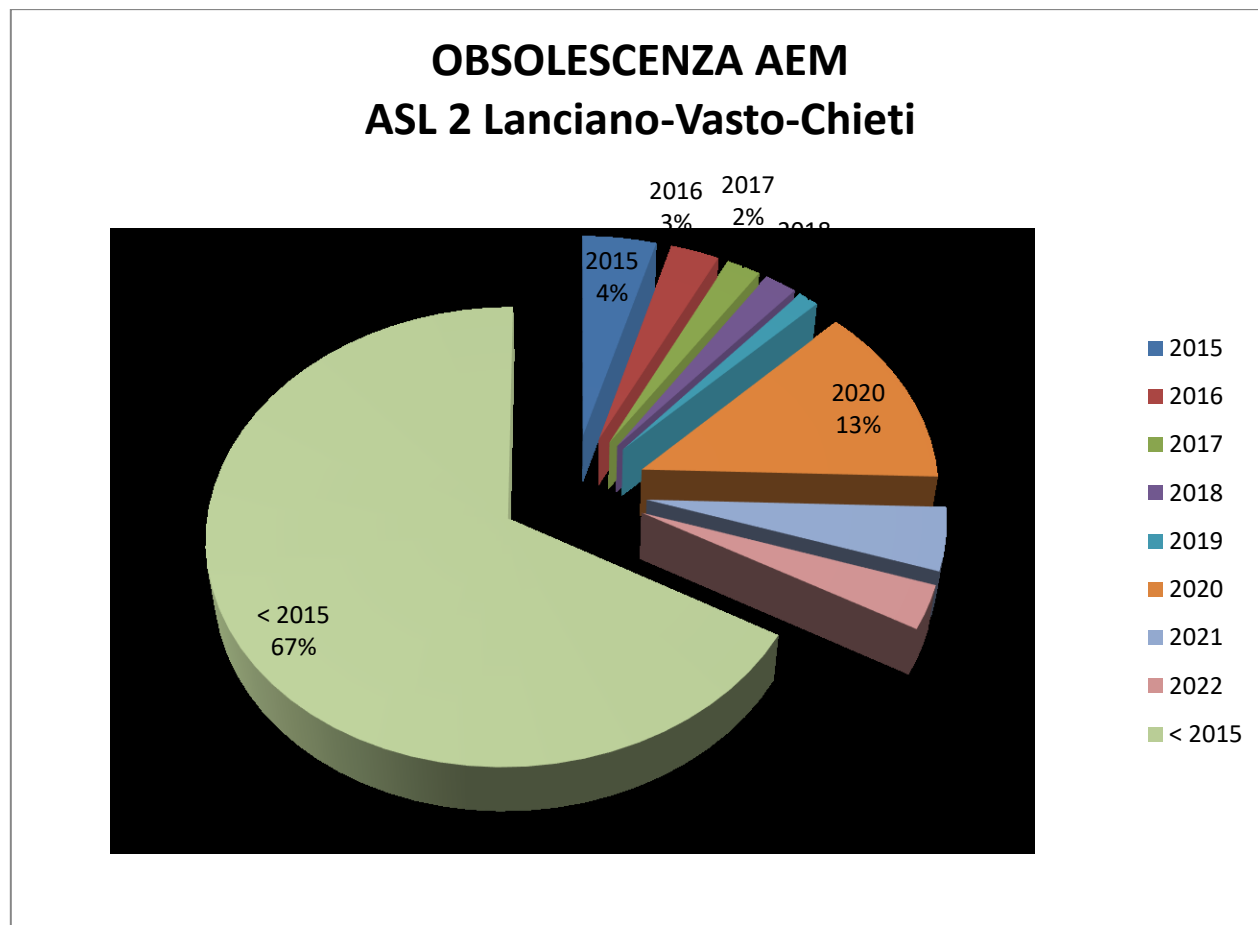
dalle n°13306 sedute del 2019 alle n°8707 sedute nel 2021, con ulteriore diminuzione del dato nel 2022. Tale risultanza rende evidenza di come la riattivazione e potenziamento di questa area possa permettere un concreto recupero della mobilità passiva, permettendo un recupero del numero di prestazioni da prevedere negli anni 2024/2025 di circa 10000 prestazioni/anno.



Previsione recupero mobilità passiva delle prestazioni radioterapiche (media € 533/prestazione) rispetto all'anno 2021:



A causa del grave stato di obsolescenza delle AEM in dotazione alla ASL2 come riportato dal grafico di seguito:



L'azienda ha attivato un percorso di rinnovo di apparecchiature elettromedicali che necessita di essere promosso e completato con molteplici interventi che, a causa del grado di obsolescenza tecnologica delle apparecchiature si connaturano prevalentemente come interventi di sostituzione delle stesse il cui grado di obsolescenza ne ha inevitabilmente compromesso l'operatività, causando sovente il blocco delle attività con conseguenti rinvii degli interventi specialistici nonché delle visite ambulatoriali, dirottando molti pazienti in presidi più distanti e dilatando i tempi di attesa. A tal proposito nel 2022 sono state concluse le seguenti acquisizioni:

AEM COLLAUDATE - ANNO 2022 - RECUPERO LISTE DI ATTESA

STRUTTURA	U.O	N°	DESCRIZIONE	Iva inclusa	Trimestre collaudo
Chieti	Aritmologia/cardiochirurgia	1	Ecotomografo cardio 3D	€ 84.729,00	III TRIMESTRE
Chieti	Cardiologia Universitaria	1	Sistema ergometrico	€ 40.565,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Dermatologia	2	lampada per dermatologia	€ 1.396,80	IV TRIMESTRE
Chieti	Diabetologia Patologica Pediatrica	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 28.590,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Endocrinologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 38.610,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Endoscopia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.715,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Ostetricia e Ginecologia	1	Ecotomografo ginecologico per morfologica	€ 62.427,40	III TRIMESTRE
Chieti	Ostetricia e Ginecologia	1	Ecotomografo ginecologico	€ 36.682,96	IV TRIMESTRE
Chieti	Ostetricia e Ginecologia	3	Ecotomografi gineologici	€ 110.048,88	IV TRIMESTRE
Chieti	Terapia del dolore	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 21.140,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Urologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 49.031,20	IV TRIMESTRE
Chieti	Urologia	1	Ecotomografo urologico	€ 53.253,00	IV TRIMESTRE
Francavilla	Consultorio familiare	1	Ecotomografo	€ 35.961,37	III TRIMESTRE
Lanciano	Cardiologia UTIC	1	Ecotomografo cardio 3D	€ 84.729,00	III TRIMESTRE
Lanciano	Dermatologia	1	lampada per dermatologia	€ 698,40	IV TRIMESTRE
Lanciano	Endoscopia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.715,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Neurologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.990,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Ostetricia e Ginecologia	1	Ecotomografo ginecologico	€ 41.825,26	IV TRIMESTRE
Lanciano	Poliambulatorio	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 30.933,10	IV TRIMESTRE
Lanciano	Radiologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 42.718,70	IV TRIMESTRE
Ortona	Diagnostica senologica	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 37.933,70	IV TRIMESTRE
PTA Casoli	PTA Casoli	1	Spirometro compatto (opzione ossimetria)	€ 3.321,45	II TRIMESTRE
Vasto	Cardiologia Utic	1	Ecotomografo cardio 3D	€ 84.729,00	III TRIMESTRE
Vasto	Cardiologia UTIC	1	Aggiornamento sistema ergometrica (PC + ciclette)	€ 26.039,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Endoscopia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 27.790,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Neurologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.990,00	IV TRIMESTRE

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

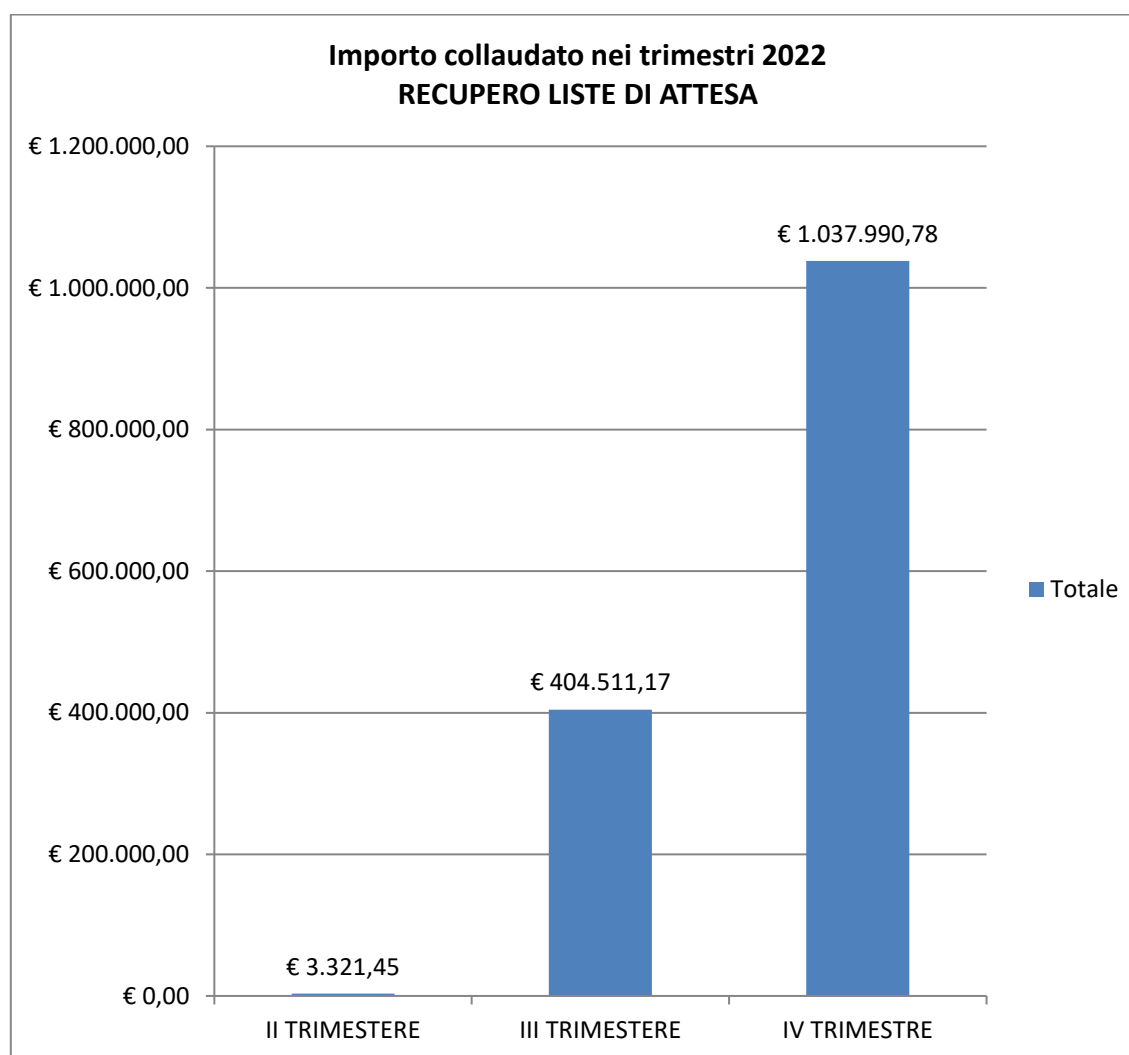
Vasto	Oculistica	1	Proiettore ottotipo	€ 1.342,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Oculistica	1	Riunito oftalmologico	€ 11.102,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Oculistica	1	Lampada a fessura	€ 5.363,12	IV TRIMESTRE
Vasto	Oculistica	1	Tonometro a soffio	€ 10.980,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Oculistica	1	microscopio operatorio OFTALMOLOGICO	€ 50.630,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Ostetricia e Ginecologia	1	Ecotomografo ginecologico	€ 51.935,40	III TRIMESTRE
Vasto	Ostetricia e Ginecologia	1	Ecotomografo ginecologico	€ 36.682,96	IV TRIMESTRE
Vasto	Radiologia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 46.193,70	IV TRIMESTRE
Vasto	Urologia	1	Ecotomografo	€ 115.778,00	IV TRIMESTRE
Vasto	Urologia	1	Ecotomografo urologico	€ 53.253,00	IV TRIMESTRE
				€ 1.445.823,40	

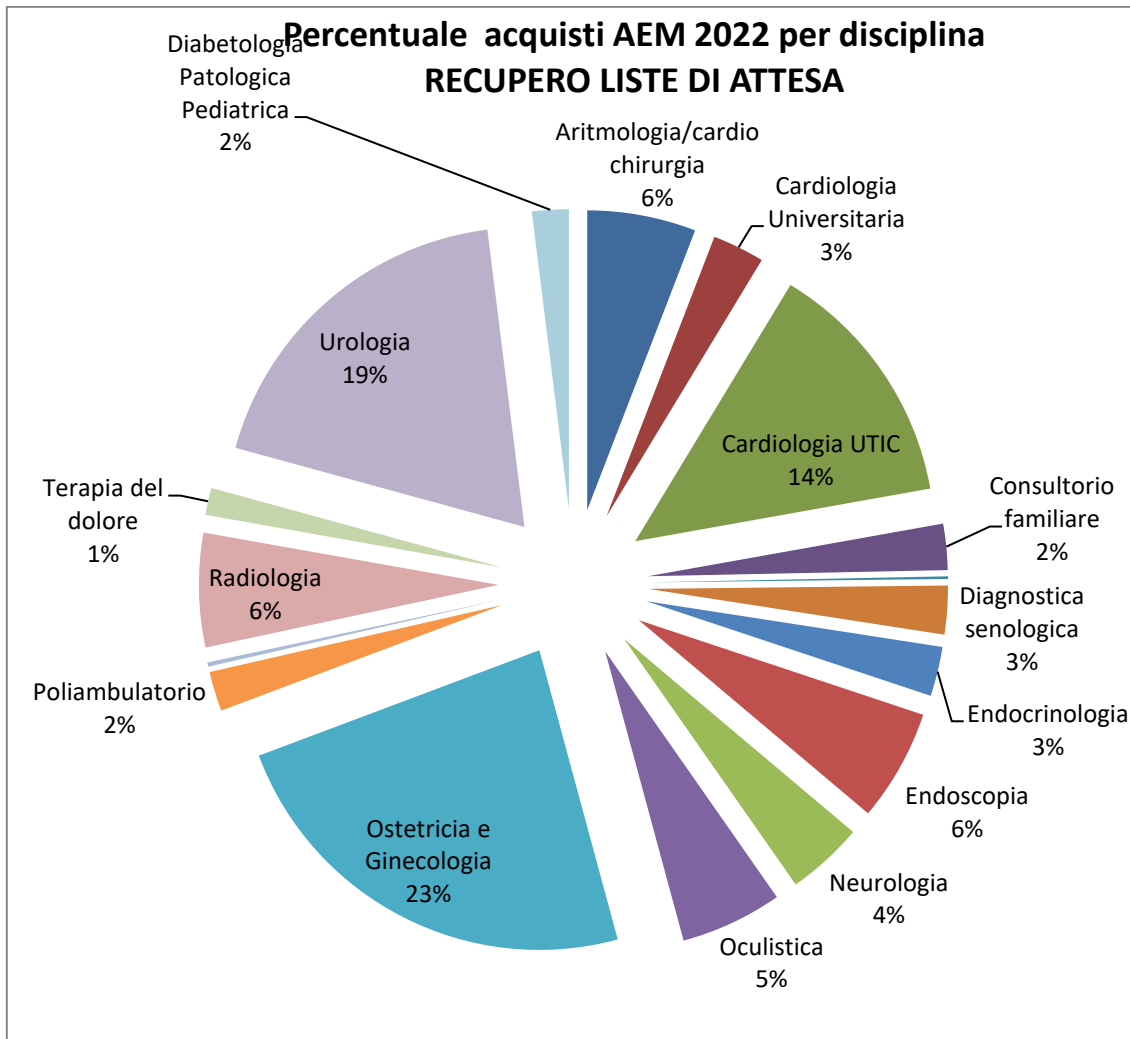
AEM COLLAUDATE - ANNO 2022 - RECUPERO MOBILITA'					
STRUTTURA	U.O.	N°	DESCRIZIONE	iva inclusa	Trimestre collaudo
Atessa	Endoscopia	1	Elettrobisturi	€ 15.567,20	I TRIMESTRE
Atessa	Endoscopia	2	Insufflatore	€ 16.909,20	I TRIMESTRE
Chieti	Cardiologia	1	Macchina per circolazione extracorporea - Sistema cuore polmone	€ 90.280,00	III TRIMESTRE
Chieti	Chirurgia vascolare	1	Arco C	€ 146.766,00	II TRIMESTRE
Chieti	Chirurgia vascolare	1	Ecotomografo	€ 48.800,00	III TRIMESTRE
Chieti	Dialisi	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 21.440,00	IV TRIMESTRE
Chieti	Emodinamica	1	Ecocardiografo	€ 69.004,42	III TRIMESTRE
Lanciano	Blocco Operatorio	1	Autoclave	€ 51.793,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Cardiologia UTIC	8	Telemetrie	€ 17.568,00	III TRIMESTRE
Lanciano	Chirurgia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.635,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Dialisi	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 20.200,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Medicina	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 24.740,00	IV TRIMESTRE
Lanciano	Pronto Soccorso	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 25.639,00	IV TRIMESTRE
Ortona	PMA	2	Contenitori criogenici	€ 8.529,75	II TRIMESTRE
Vasto	Blocco Operatorio	2	Sistemi anestesia	€ 53.680,00	IV TRIMESTRE

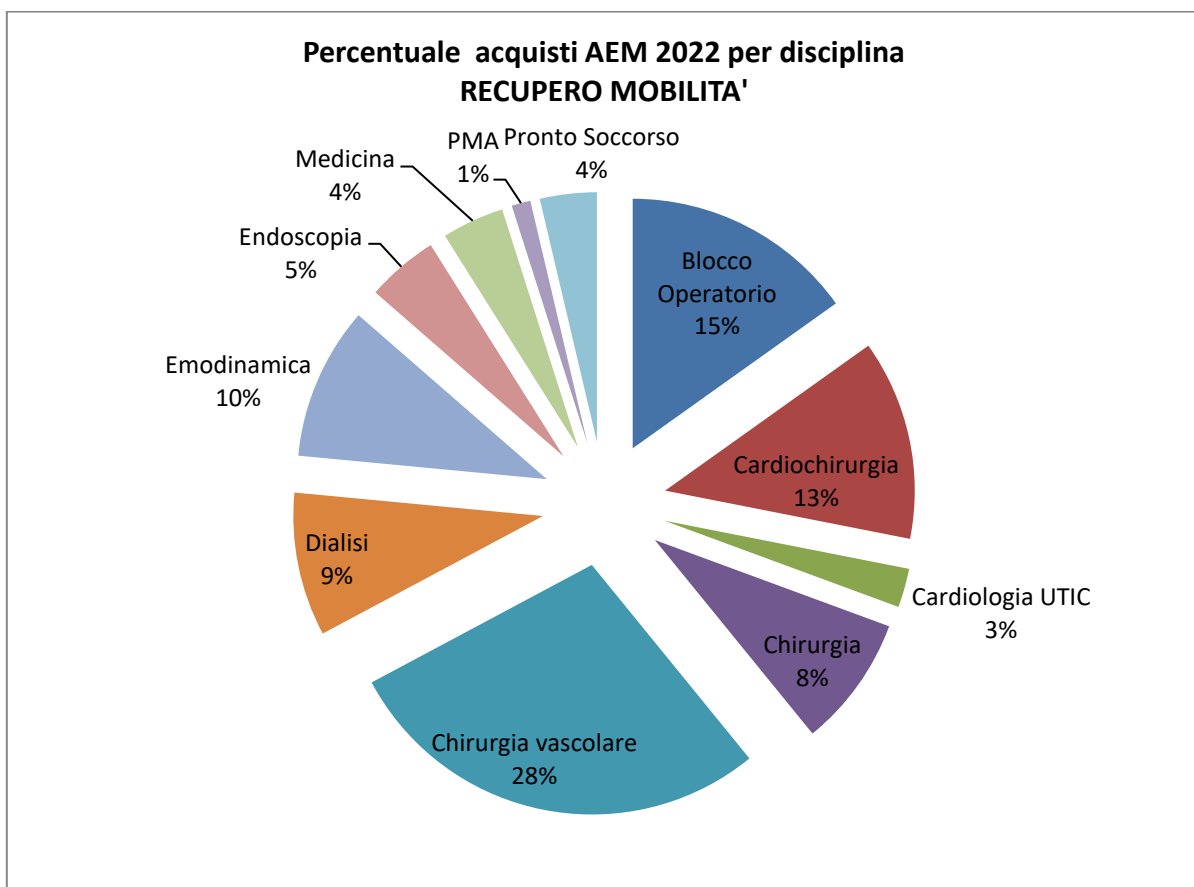
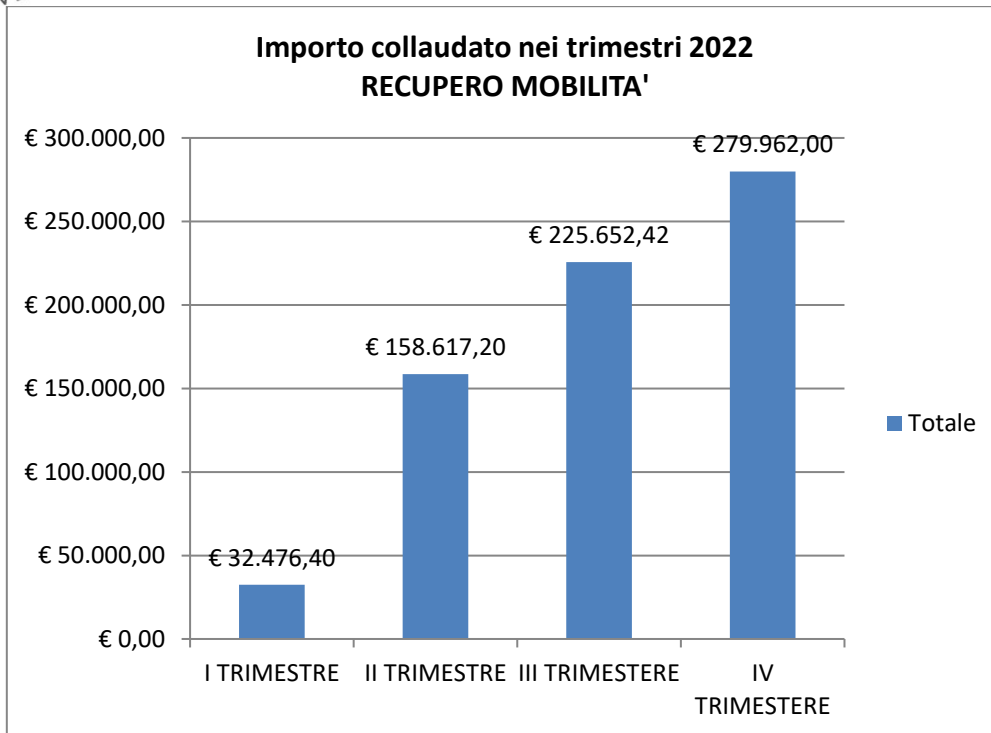
Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

Vasto	Chirurgia	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 29.635,00	IV TRIMESTERE
Vasto	Dialisi	1	Ecotomografo multidisciplinare	€ 23.200,00	IV TRIMESTERE
Vasto	Medicina	1	Spirometro portatile	€ 3.321,45	II TRIMESTRE
				€ 696.708,02	

E si può notare nei grafici di seguito l'andamento dei collaudi effettuati nel corso dell'anno 2022 e la percentuale di rinnovo per ogni disciplina aziendale:







Parte delle azioni intraprese nell'anno 2022 per l'acquisizione di apparecchiature non sono state concluse

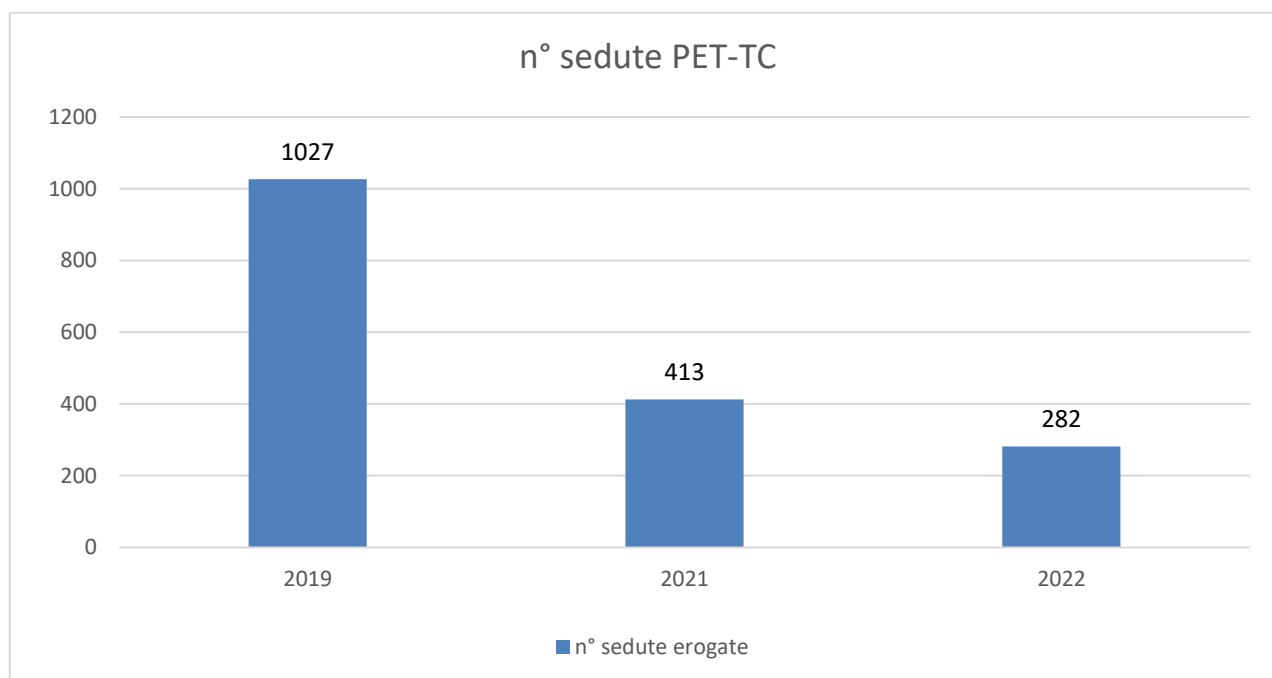
Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

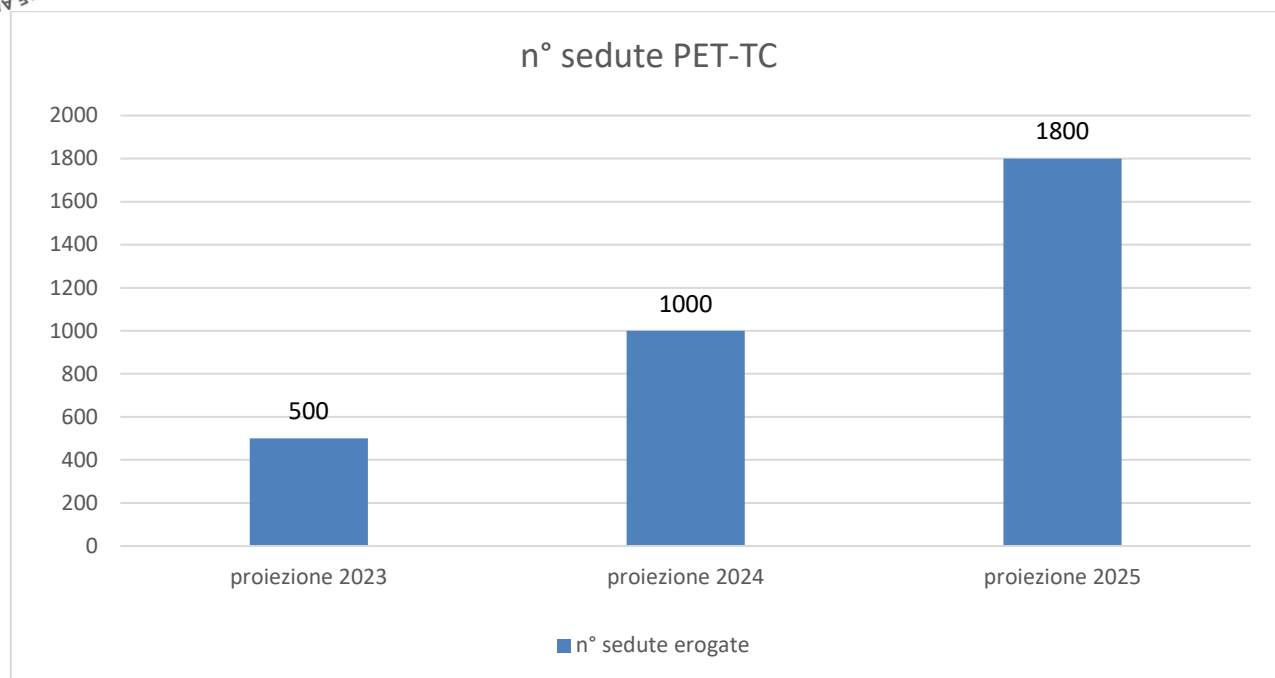
nell'anno per cause legate ad allungamenti procedurali e a ritardi nelle consegne in seguito alle difficoltà internazionali attuali nel reperire parti tecnologiche, e pertanto i costi di quest'ultime dovranno essere ribaltati nell'anno 2023 per un ammontare presunto di € 2.200.000. Tale investimento dovrà essere sommato a quanto già richiesto al Dipartimento Sanità Regionale con nota Prot. 51810U22 del 09/09/2022 per l'acquisizione di attrezzature elettromedicali quantificato per l'anno 2023 in € 4.389.706,00 e pertanto si avrà necessità di un finanziamento totale per il rinnovo tecnologico di attrezzature elettromedicali per l'anno 2023 di circa € 6.500.000.

Si precisa che un ulteriore criticità si è venuta a creare in seguito a disservizi e disagi organizzativi per i pazienti oncologici legati agli esami effettuati con l'utilizzo della PET-TC su mezzo mobile attualmente in contratto service con la ASL2. Per affrontare tali criticità si è in fase di valutazione, a conclusione dell'attuale service prevista nel 2023, di acquisire una nuova e performante PET-TC da installare presso la attuale Medicina Nucleare del presidio di Chieti in sostituzione di una delle due Gamma Camere già ubicate presso il reparto e attualmente non funzionante per malfunzionamenti connessi all'obsolescenza della stessa. La stima del costo di acquisto di una nuova PET-TC con fondi capitali è di circa € 2.800.000 con aggiunta di lavori di adeguamento locali che si quantificano in circa € 320.000. E' stata autorizzata la spesa di € 150.000,00 per work station e sostituzione tubo di una gamma camera.

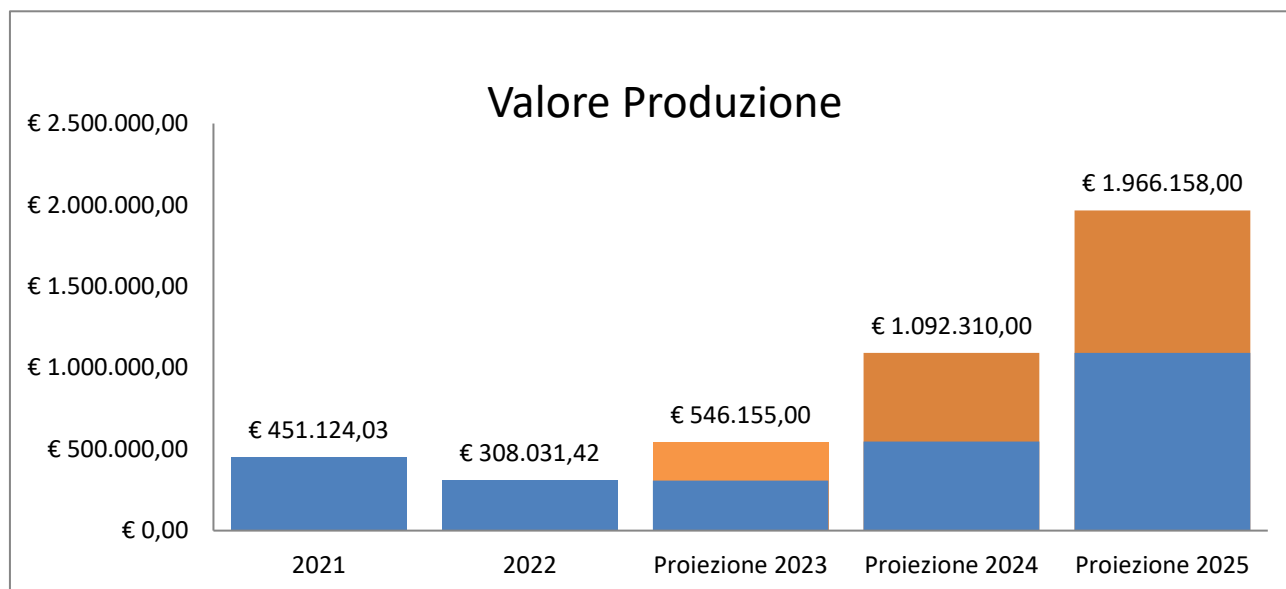
Visto il finanziamento totale sopra descritto e considerata la necessità di finanziare la nuova PET-TC, la ASL2 ha necessità di un finanziamento totale su fondo capitale di circa € 10.000.000.

Visto il numero di prestazioni effettuate con PET-TC:





E considerando che dal 2019 al 2022 c'è stata una diminuzione significativa delle prestazioni a causa dell'aumentare dei disagi causati da malfunzionamento della PET-TC per obsolescenza e anche per il dirottamento dei pazienti su altre aziende sanitarie regionali dotate di apparecchiature all'avanguardia e pertanto si prevede, con l'installazione della apparecchiature all'interno del presidio e quindi con procedure organizzative più fluide e più celeri e un'apparecchiatura di ultima generazione, un aumento importante delle prestazioni che può portare ad un recupero della mobilità passiva delle prestazioni PET-TC (media € 1.090/prestazione):

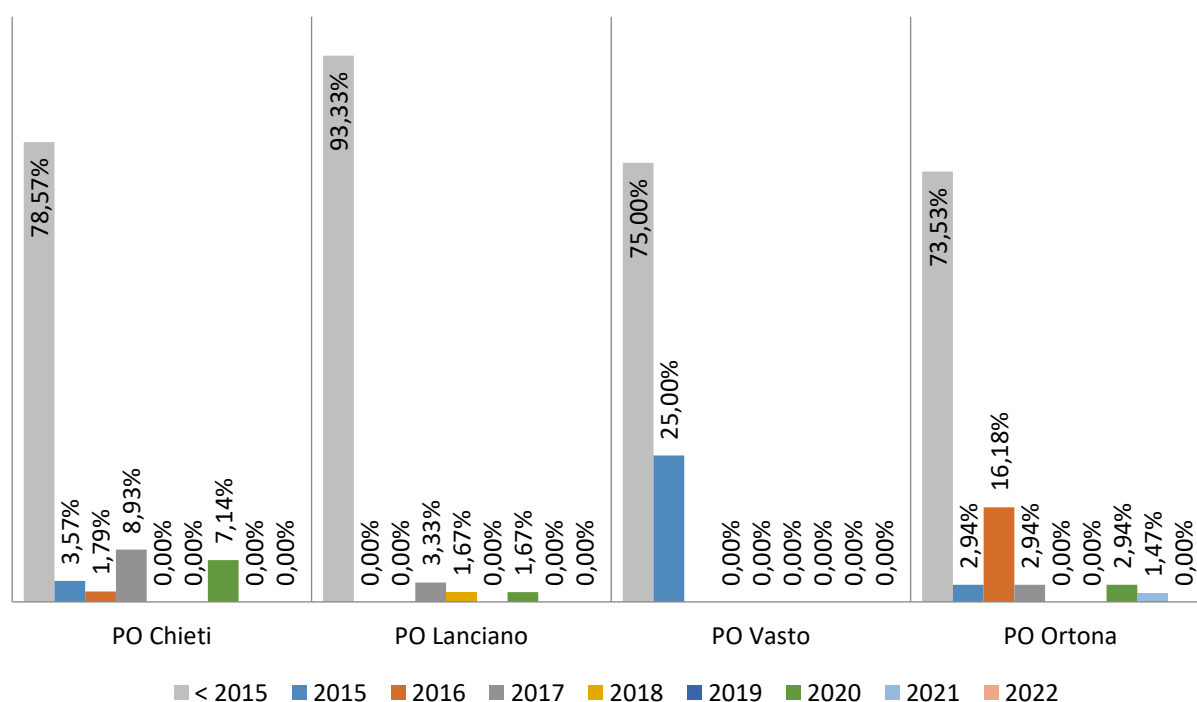


In questo contesto di necessità di finanziamento economico per un rinnovo tecnologico indispensabile le primarie aree di intervento da riattivare e riqualificare sono state identificate in quella Ortopedica, Chirurgica e Cardiologica, le cui relative attività incidono in modo preponderante sul volume di prestazioni erogabili fornendo un maggior margine di recupero.

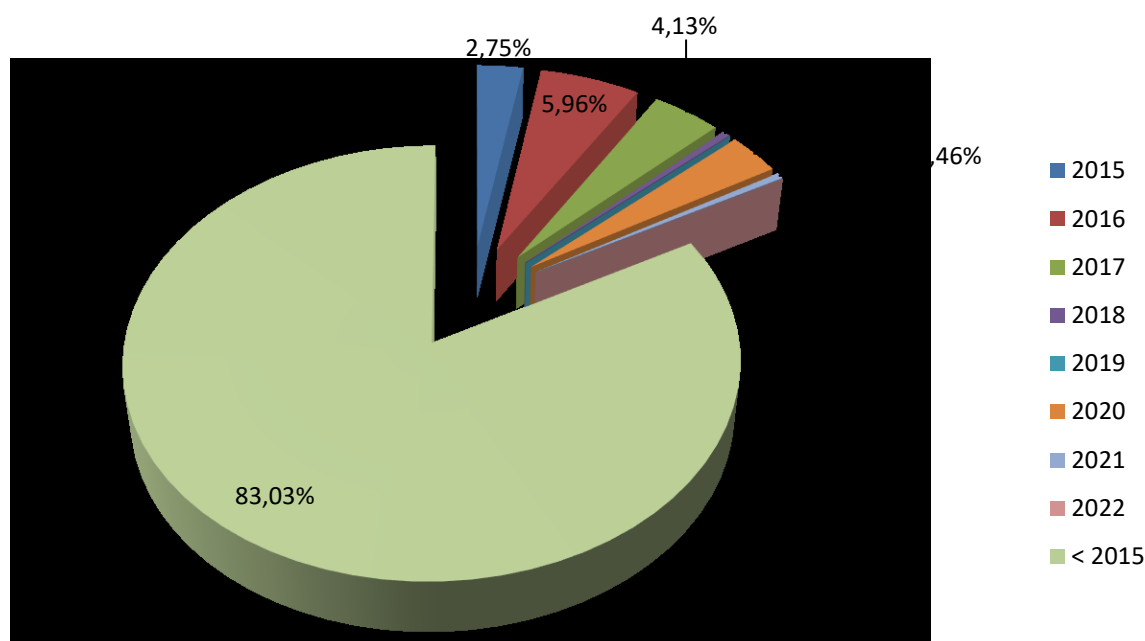
AREA ORTOPEDIA

La specialistica Ortopedica rappresenta una disciplina i cui maggiori campi di interesse sono le patologie ortopediche più comunemente trattate quali le patologie del ginocchio, della spalla, della mano e del piede, le problematiche della colonna e la piccola traumatologia. L'obiettivo perseguito di offrire un efficientamento del servizio e quindi l'incremento delle prestazioni erogate in tale ambito, richiede necessariamente di provvedere a garantire al paziente di ricevere, a seguito di un'accurata diagnosi, un trattamento chirurgico ove necessario e la rieducazione fisioterapica. Pertanto si è reso necessario andare a potenziare e migliorare in primis l'offerta chirurgica su tutti i quattro Presidi Ospedalieri di manipoli ortopedici, strumentario dedicato, ottiche artroscopiche, e nel dettaglio su Chieti la dotazione di un nuovo arco a C e di un letto operatorio che permetta di velocizzare il n. di interventi nonché di costituire un back-up in caso di guasto del primo tavolo, ed in particolare sui PPOO di Vasto e Lanciano la dotazione di una colonna artroscopia. Il percorso del paziente in carico all'Ortopedia prevede nella maggior parte dei casi il ricovero e ciò necessita la presenza di letti elettrificati, che già necessari per gli adempimenti del Dlg. 81/08 a tutela degli operatori, si costituiscono come essenziali per la gestione del paziente con limitata mobilità.

Obsolescenza AEM Ortopedia per presidio



Obsolescenza AEM Ortopedia - ASL



Si riporta nel dettaglio l'investimento iniziato e da completare su tale area con evidenza delle procedure avviate e concluse e di quelle necessarie al miglioramento della performance, con l'osservazione che per questa area si tratta principalmente di sostituzioni di strumentazione obsoleta:

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	STATO	Tipo acquisizione
Ospedaliero		ACQUISIZIONE	
ORTONA	Manipoli ortopedici	Collaudati ed operativi	SOSTITUZIONE
Importo di aggiudicazione circa € 45.475 i.i.			

Per un ottimale dotazione del settore ortopedico della ASL2 si necessita di:

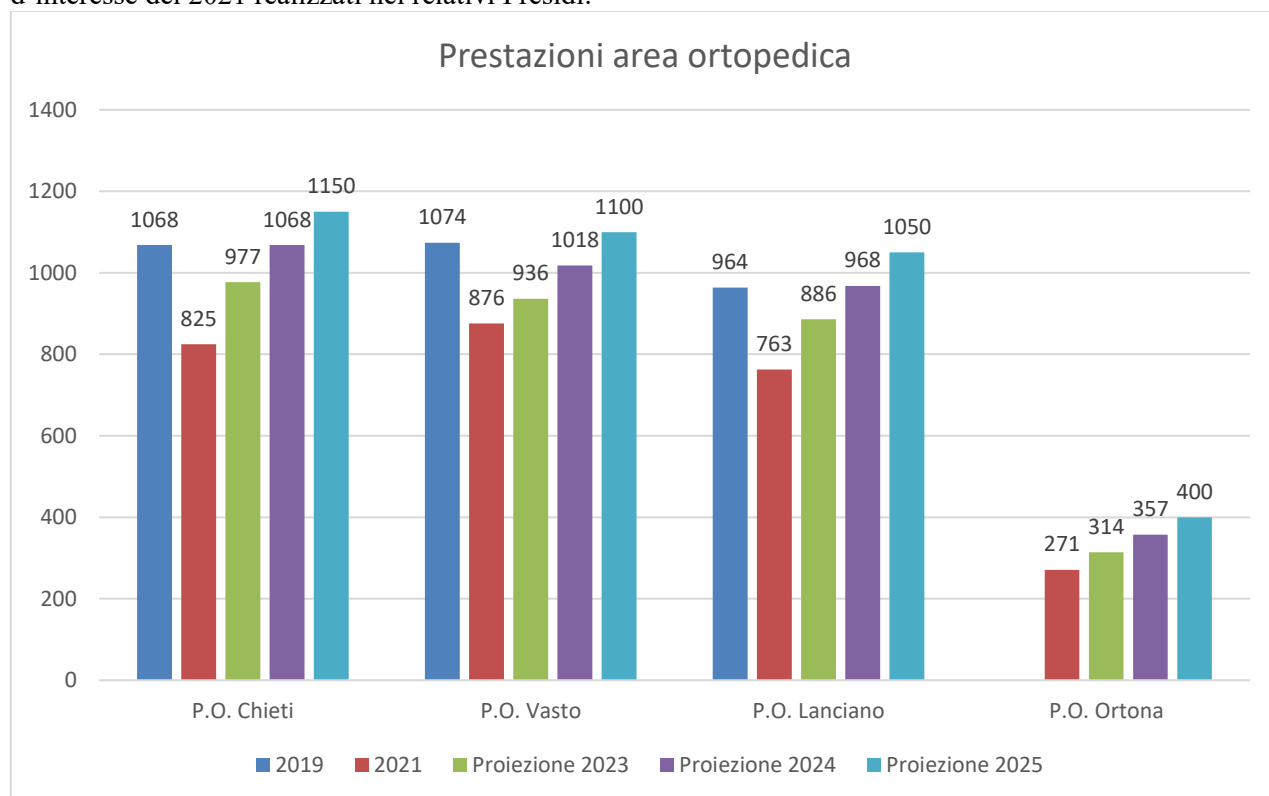
Presidio	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
Ospedaliero			
CHIETI	ELETTROCARDIOGRAFO	€ 3.660	SOSTITUZIONE
CHIETI	MANIPOLI ORTOPEDICI	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	LETTO OPERATORIO (oggi con unico letto per velocizzare e ottimizzare il cambio paziente)	€ 183.000	SOSTITUZIONE
CHIETI	STRUMENTARIO	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	OTTICHE ARTROSCOPICHE	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	ARCO C	€ 183.000	SOSTITUZIONE
CHIETI	Letti elettrici degenza	€ 40.569	Deliberato SOSTITUZIONE
VASTO	Letti elettrici degenza	€ 33.192	Deliberato SOSTITUZIONE

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

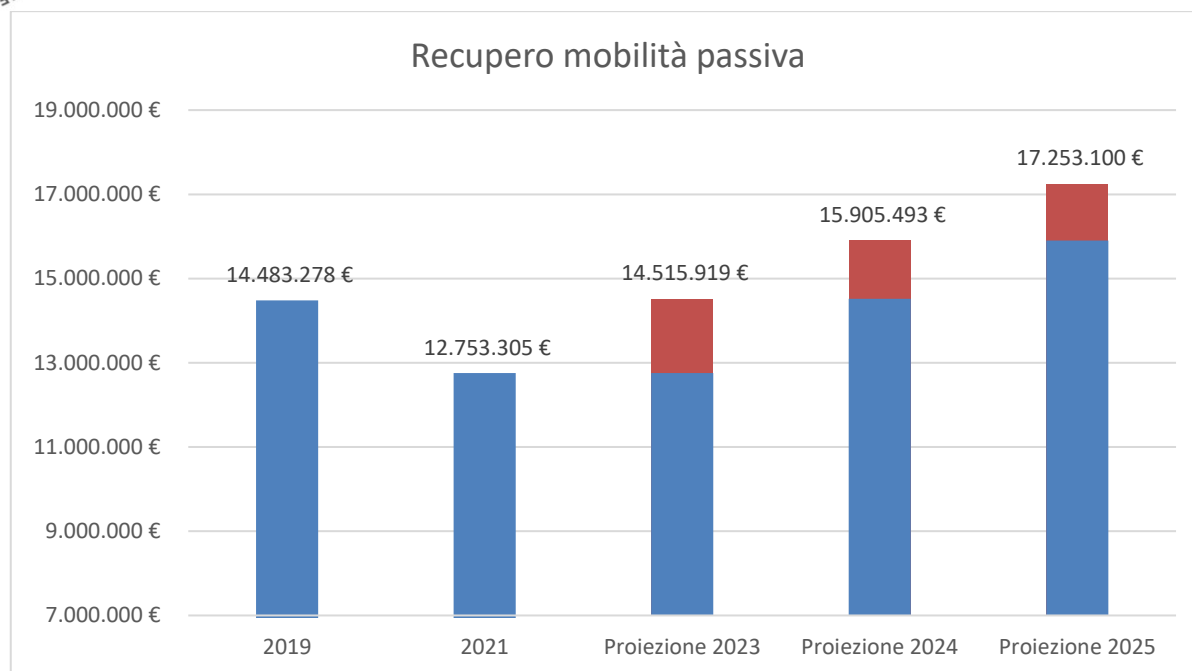
VASTO	MANIPOLI ORTOPEDICI	€ 48.800	SOSTITUZIONE
VASTO	COLONNA ARTROSCOPICA	€ 120.000	SOSTITUZIONE
VASTO	STRESSATORE SPALLA CHIRURGICO PER ARTROSCOPIA	€ 5.000	SOSTITUZIONE
VASTO	LAMPADA SCIALITICA MOBILE AMBULATORIALE	€ 3.660	SOSTITUZIONE
LANCIANO	MANIPOLI ORTOPEDICI	€ 48.800	SOSTITUZIONE
LANCIANO	COLONNA ARTROSCOPICA	€ 120.000	SOSTITUZIONE
TOTALE		€ 936.081	

STIMA INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' AREA ORTOPEDICA:

La realizzazione di questo investimento, facendo riferimento ai dati relativi agli interventi ortopedici d'interesse del 2021 realizzati nei relativi Presidi:



Previsione recupero mobilità passiva totale dei vari presidi ASL delle prestazioni di ortopedia ospedaliera (media € 4.663/prestazione) rispetto all'anno 2021:

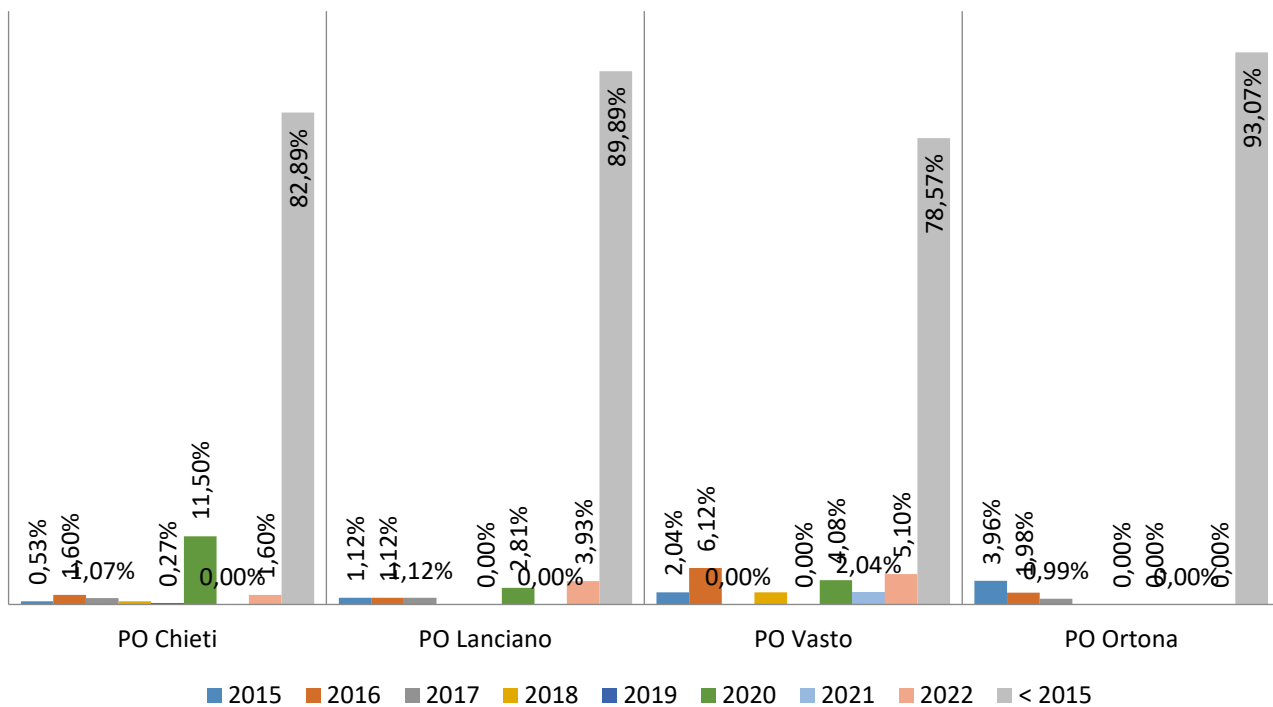


AREA CHIRURGIA

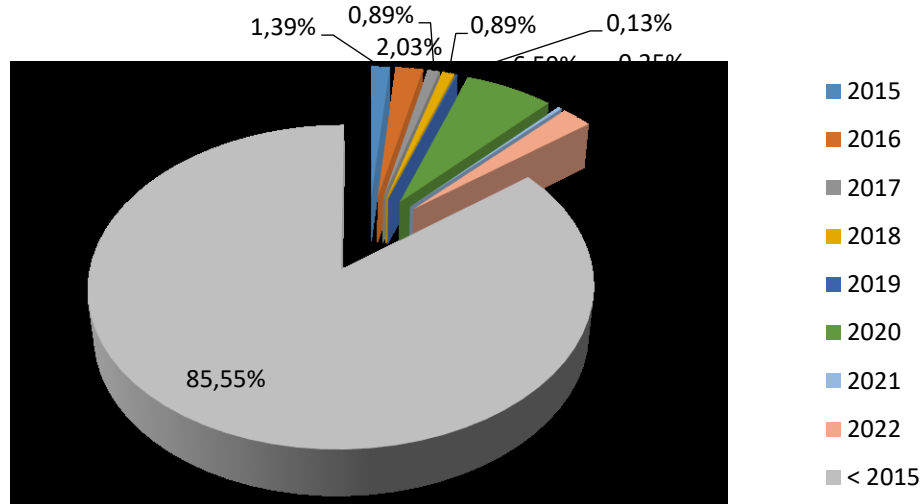
La chirurgia è un'area senza dubbio nevralgica condotta sia con procedimenti tradizionali che con il supporto di un sistema usando la chirurgia robotica. La chirurgia robotica, in relazione a molte procedure migliora la precisione, la flessibilità e il controllo durante l'operazione e permette di vedere meglio il sito rispetto ai procedimenti tradizionali e rende possibile anche la tecnica mininvasiva, che presenta una minore perdita di sangue, percezione del dolore, possibilità di complicazioni, ed un recupero più veloce. Pertanto tale metodica chirurgica risulta estremamente attrattiva, promettente e produttiva implementando un adeguato numero di sedute e discipline chirurgiche operanti. A tal proposito si è provveduto alla sostituzione del precedente robot Da Vinci presso il PO di Chieti, in quanto obsoleto e oramai fuori supporto, investendo nel nuovo modello con l'intento di migliorare il n° di sedute chirurgiche svolte con tale metodica innovativa.

Per quanto attiene alla chirurgia tradizionale per ottenere un netto miglioramento delle performance operatorie, si sta procedendo all'acquisto per i PPOO di Chieti, Lanciano e Vasto di nuove colonne laparoscopiche in sostituzione di quelle in dotazione, le quali risultano vetuste e non performanti. Nel prospetto di seguito si delinea il quadro delle procedure avviate e dei fabbisogni aggiuntivi.

Obsolescenza AEM Chirurgia per presidio



Obsolescenza AEM Chirurgia - ASL



**Presidio
Ospedaliero**
CHIETI
VASTO

Tipologia Apparecchiatura
ROBOT CHIRURGICO (noleggio)
ECOTOMOGRFO

**STATO
ACQUISIZIONE**
Collaudati ed operativo
Collaudato ed operativo

Tipo acquisizione
SOSTITUZIONE
SOSTITUZIONE

LANCIANO

ECOTOMOGRFO

Collaudato ed operativo

SOSTITUZIONE

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

Importo di aggiudicazione circa € 29.635+29.635 i.i.

Importo noleggio quinquennale € 10.370.000

Per un ottimale dotazione del settore chirurgico della ASL2 si necessita di:

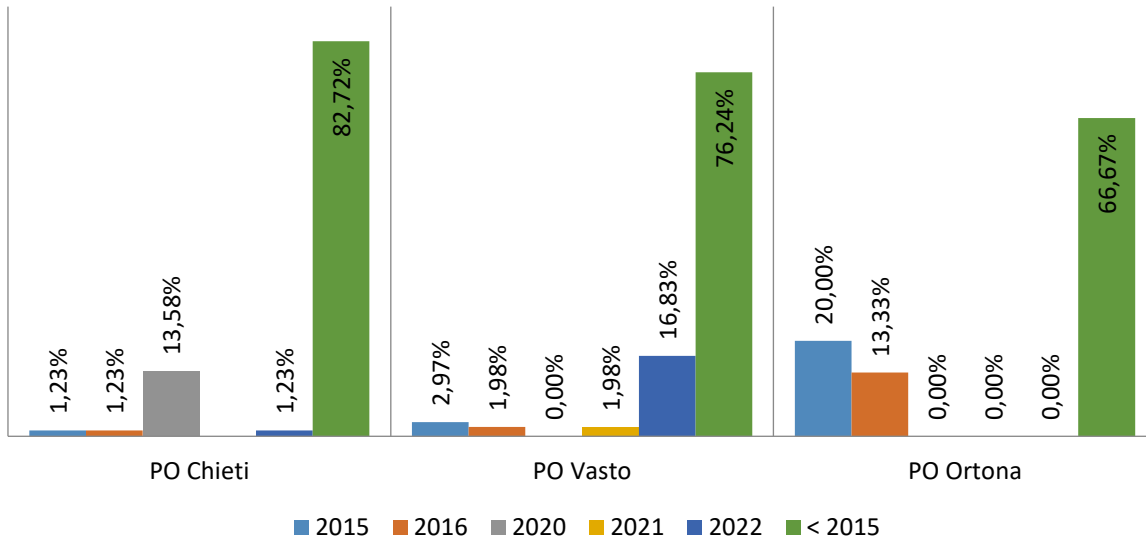
Presidio	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
Ospedaliero			
CHIETI	COLONNA LAPAROSCOPICA	€ 130.540	In valutazione gara
VASTO	COLONNA LAPAROSCOPICA	€ 146.400	Avviate le pratiche di acquisto
LANCIANO	COLONNA LAPAROSCOPICA	€ 130.540	Avviate le pratiche di acquisto
CHIETI	LETTI ELETTRICI	€ 64.050,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	STRUMENTARIO CHIRURGICO	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	FRIGO PER EMODERIVATI	€ 4.880,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	POMPE SIRINGA	€ 12.200,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	MONITOR MULTIPARAMETRICI	€ 100.000	SOSTITUZIONE
CHIETI	OTTICHE	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	STRUMENTARIO CHIRURGICO	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	STERNOTOMO	€ 50.000	INTEGRAZIONE
VASTO	STRUMENTARIO CHIRURGICO	€ 48.800	SOSTITUZIONE
VASTO	OTTICHE	€ 48.800	
VASTO	ECG	€ 4.880	SOSTITUZIONE
VASTO	N.2 MONITOR MULTIPARAMETRICI	€ 17.000	SOSTITUZIONE
LANCIANO	STRUMENTARIO CHIRURGICO	€ 48.800	SOSTITUZIONE
LANCIANO	OTTICHE	€ 48.800	SOSTITUZIONE
TOTALE		€ 733.810	

AREA CHIRURGIA ONCOLOGICA

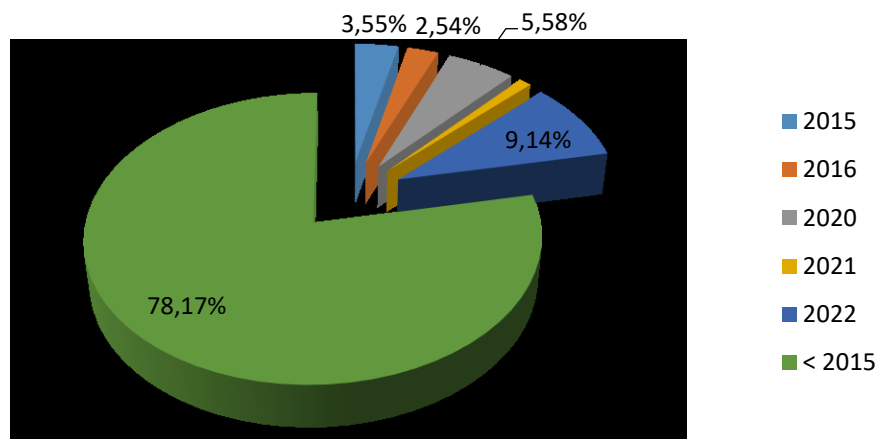
Nell'ambito del Dipartimento Chirurgico, l'Unità Operativa di Chirurgia Generale Oncologica si occupa dello studio e della cura (con tecniche di chirurgia classica, laparoscopica o robotica) delle patologie chirurgiche di origine neoplastica.

Tale attività clinica comprende anche diagnosi e cura di patologie urologiche oncologiche quali trattamento della patologia prostatica maligna, secondo tumore più diffuso al mondo, neoplasie renali e patologie maligne della vescica. Per il settore urologico, mentre la fase diagnostica viene principalmente effettuata presso il PO di Vasto, tutta l'attività chirurgica viene svolta presso il PO di Chieti, con l'ausilio del Robot Chirurgico Da Vinci. Prettamente presso il Presidio di Ortona si concentrano le attività di chirurgia senologica per la prevenzione, diagnosi e cura delle patologie mammarie.

Obsolescenza AEM Chirurgia Oncologica per presidio



Obsolescenza AEM Chirurgia Oncologica - ASL



Per un ottimale dotazione del settore chirurgico della ASL2 si necessita di:

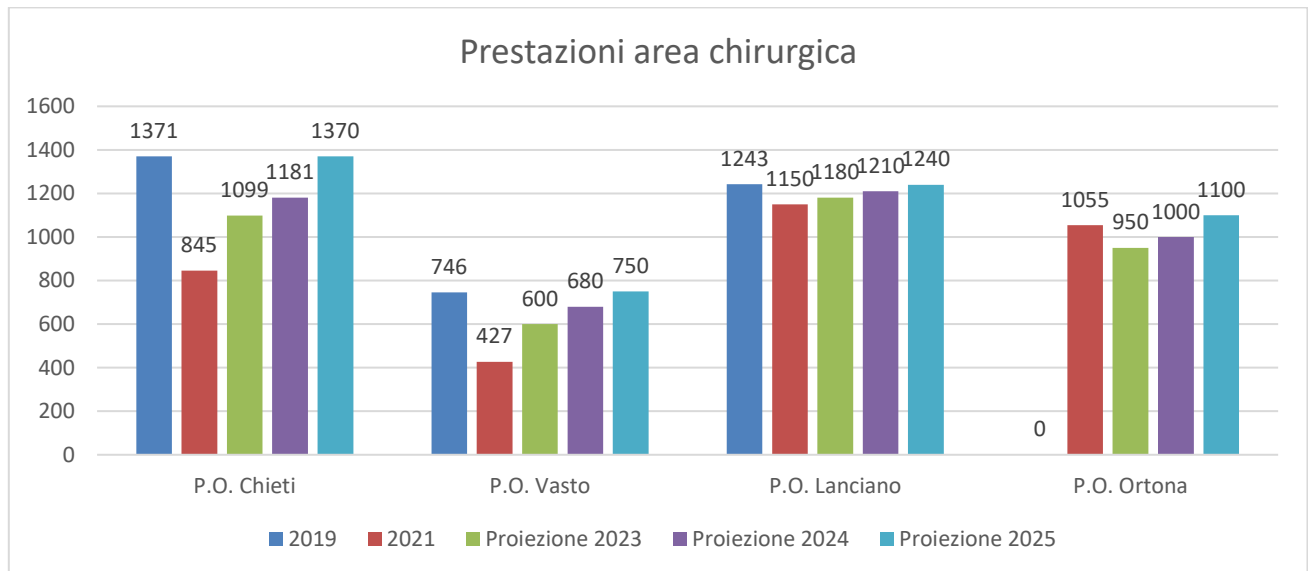
Presidio Ospedaliero	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
CHIETI	COLONNA LAPAROSCOPICA	€ 158.600,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	MONITOR MULTIPARAMETRICI	€ 160.000	SOSTITUZIONE
CHIETI	FRIGORIFERO	€ 4.880,00	SOSTITUZIONE

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

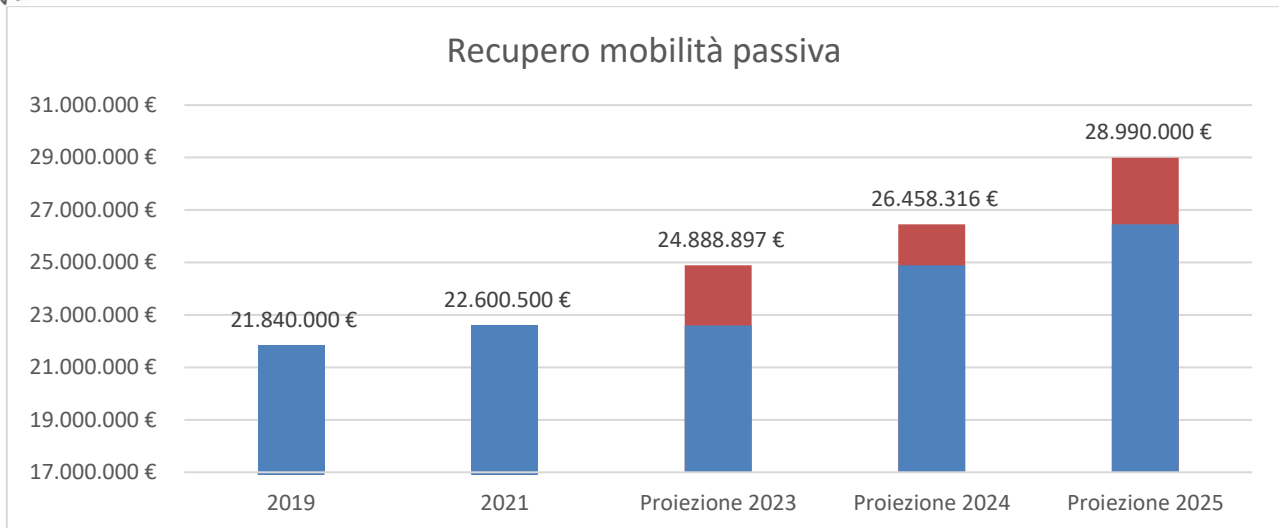
CHIETI	STRUMENTARIO CHIRURGICO	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	DISPOSITIVI (RETI LAPARO, ERNIE)	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	OTTICHE LAPAROSCOPICHE	€ 48.800	SOSTITUZIONE
CHIETI	LETTI ELETTRICI	€ 61.000,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	LETTINO DA VISITA (ambulatorio)	€ 3.050,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	SCIALITICA PORTATILE (ambulatorio)	€ 3.600,00	SOSTITUZIONE
ORTONA	STRUMENTARIO CHIRURGICO (day surgery)	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
ORTONA	DISPOSITIVI (RETI LAPARO, ERNIE) (day surgery)	€ 48.800	SOSTITUZIONE
ORTONA	OTTICHE LAPAROSCOPICHE (day surgery)	€ 48.800	SOSTITUZIONE
TOTALE		€ 328.730	

STIMA INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' AREA CHIRURGICA:

La realizzazione di questo investimento facendo riferimento ai dati relativi agli interventi chirurgici oncologici e non, in laparoscopia e del 2021 realizzati nei relativi Presidi:

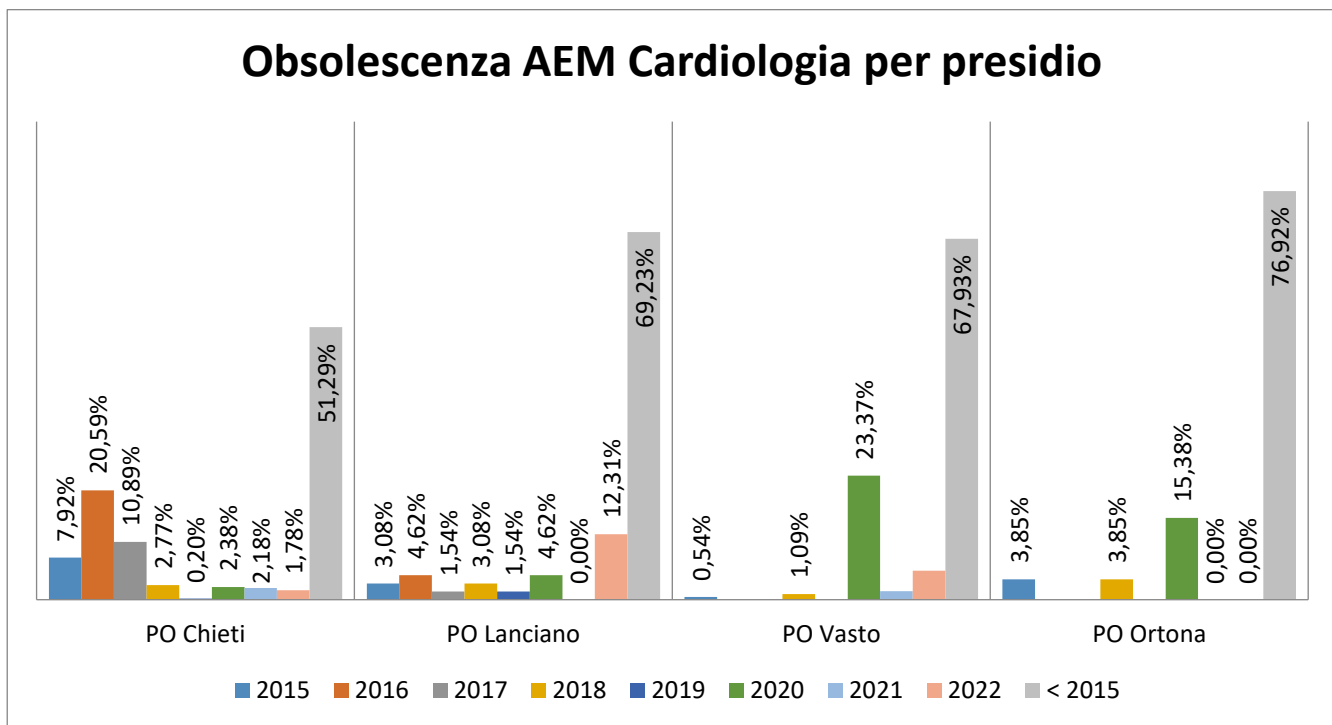


Previsione recupero mobilità passiva totale dei vari presidi ASL delle prestazioni chirurgiche (media € 6.500/prestazione) rispetto all'anno 2021:

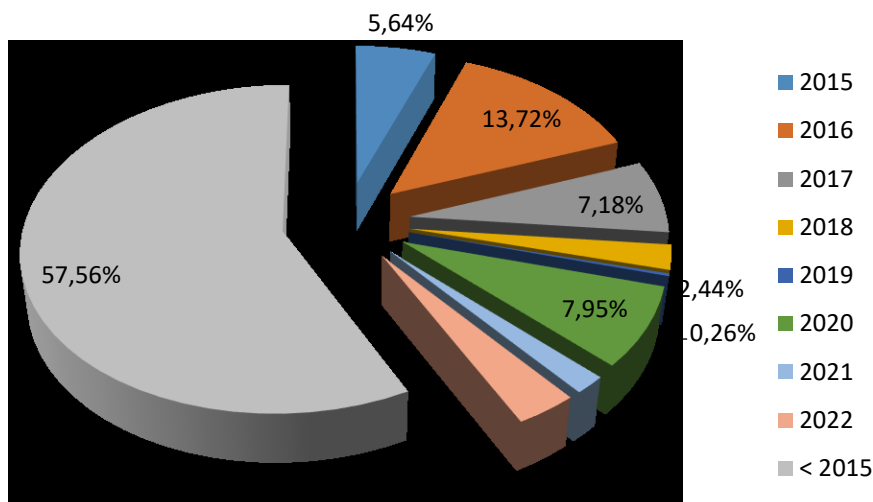


AREA CARDIOLOGICA

Nell'ambito delle prestazioni cardiologiche ambulatoriali che necessitano di idonea strumentazione ai fini diagnostici, sono di rilievo l'esecuzione di **elettrocardiogramma** di base e da sforzo al cicloergometro, l'ecocardiografia doppler cardiaca, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici, ECG dinamico secondo Holter, Monitoraggio pressione arteriosa delle 24 h. Tali esami costituiscono la prevalenza delle prescrizioni mediche richieste a fini diagnostici, di monitoraggio (holter), e soprattutto di controllo periodico per tutti quei pazienti le cui patologie seppur di differente natura possono apportare complicanze a livello cardiaco, basti pensare all'enorme numero di soggetti diabetici che di routine devono svolgere questi esami fornendo una richiesta costante se non aumentata di tali prestazioni.



Obsolescenza AEM Cardiologia - ASL



L'esigenza tecnologica in questa area interessa sicuramente tutti i 4 PP.OO., che negli ultimi mesi del 2022 sono stati già tutti dotati di ecocardiografi, ma in particolar modo la necessità di acquisire nuovi test da sforzo sui PPOO di Vasto e Chieti si è costituita come improrogabile, in quanto la vetustà e i guasti sempre più di difficile risoluzione definitiva della strumentazione ha prodotto la sospensione delle prestazioni sul Presidio di Vasto, ed una forte riduzione delle prestazioni su quello di Chieti, tanto da spingere con maggior frequenza l'utenza a rivolgersi a strutture private. Proprio su tali presidi si è dato avvio ad un investimento necessario a riprendere l'attività a pieno regime se non a riattivare completamente il servizio. Data la generale obsolescenza della strumentazione l'investimento richiede comunque di essere esteso anche ai PPOO di Lanciano e Ortona per un'ottimale recupero delle liste di attesa nei diversi territori di competenza come indicato nella tabella riassuntiva sullo stato dell'arte e delle necessità da soddisfare.

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	STATO ACQUISIZIONE	Tipo acquisizione
Ospedaliero			
CHIETI – CARDIOLOGIA	Ecocardiografo	Ordinato – in attesa di consegna	SOSTITUZIONE
CHIETI – CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA	Sistema Test da sforzo	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
CHIETI – CARDIOLOGIA UNIVERSITARIA	Ecocardiografo	Ordinato – in attesa di consegna	SOSTITUZIONE
ORTONA	Ecocardiografo	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
VASTO	Ecocardiografo	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
VASTO	Sistema Holter	Procedura di gara avviata	SOSTITUZIONE
VASTO	Sistema test da sforzo	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
LANCIANO	Ecocardiografo	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
LANCIANO	Ecocardiografo	Ordinato – in attesa di consegna	SOSTITUZIONE

Importo di aggiudicazione circa € 590.000 i.i.

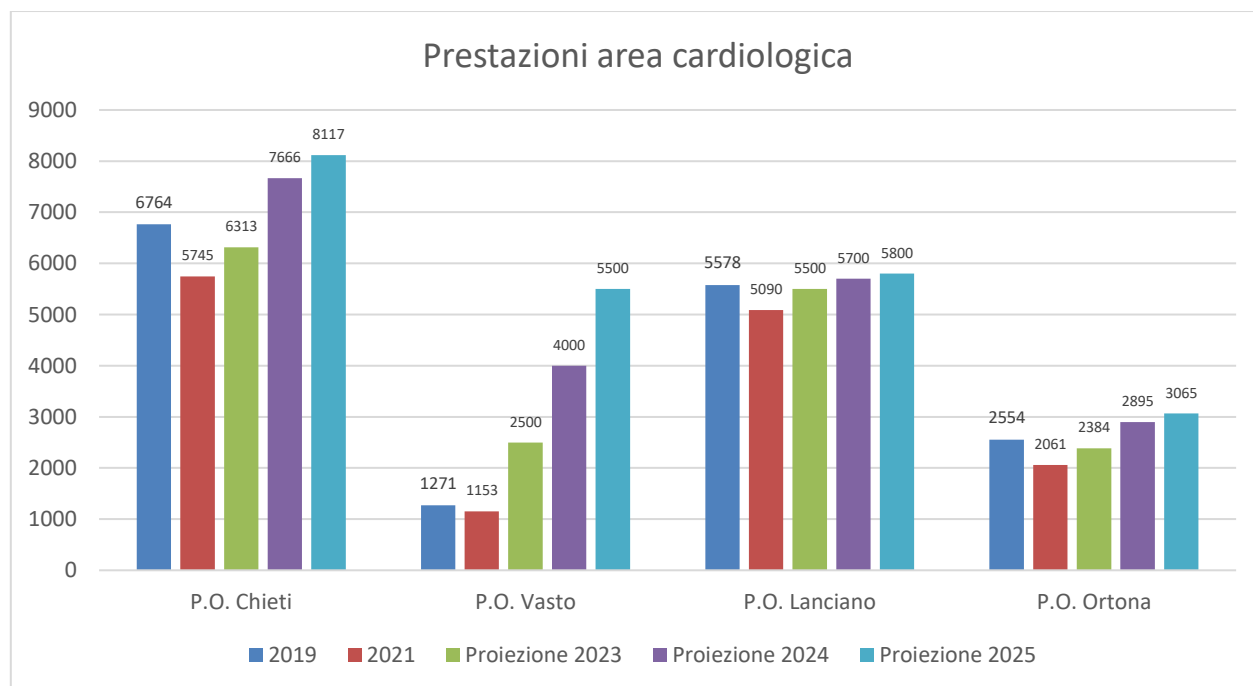
Per un ottimale dotazione del settore cardiologico della ASL2 si necessita di:

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
Presidio Ospedaliero			
CHIETI	TEST DA SFORZO	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	SISTEMA HOLTER ECG E PRESSORI	€ 36.600,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	SONDA TRANSESOFAGEA	€ 36.600,00	SOSTITUZIONE
CHIETI – CARDIOLOGIA			SOSTITUZIONE
UNIVERSITARIA	SISTEMA HOLTER ECG E PRESSORI	€ 36.600,00	
ORTONA	SISTEMA HOLTER ECG E PRESSORI	€ 36.600,00	SOSTITUZIONE
ORTONA	TEST DA SFORZO	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
VASTO	ELETTROCARDIOGRAFI	€ 10.000	SOSTITUZIONE
LANCIANO	ELETTROCARDIOGRAFI	€ 10.000	
LANCIANO	TEST DA SFORZO	€ 48.800,00	SOSTITUZIONE
LANCIANO	MONITOR MULTIPARAMETRICI	€ 170.000	SOSTITUZIONE
TOTALE		€ 312.800	

STIMA INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' AREA CARDIOLOGICA:

➤ Prestazioni ambulatoriali

Facendo riferimento ai dati relativi alle prevalenti prestazioni ambulatoriali cardiologiche quali elettrocardiogrammi, ecocardiogrammi, test da sforzo, monitoraggio holter, registrate nel 2021 rispetto a quelle del 2019, anno pre-pandemia, mettono in evidenza come nonostante la riattivazione delle visite, a fronte di una maggiore domanda delle prestazioni si è registrata una diminuzione delle stesse in tutti i Presidi:

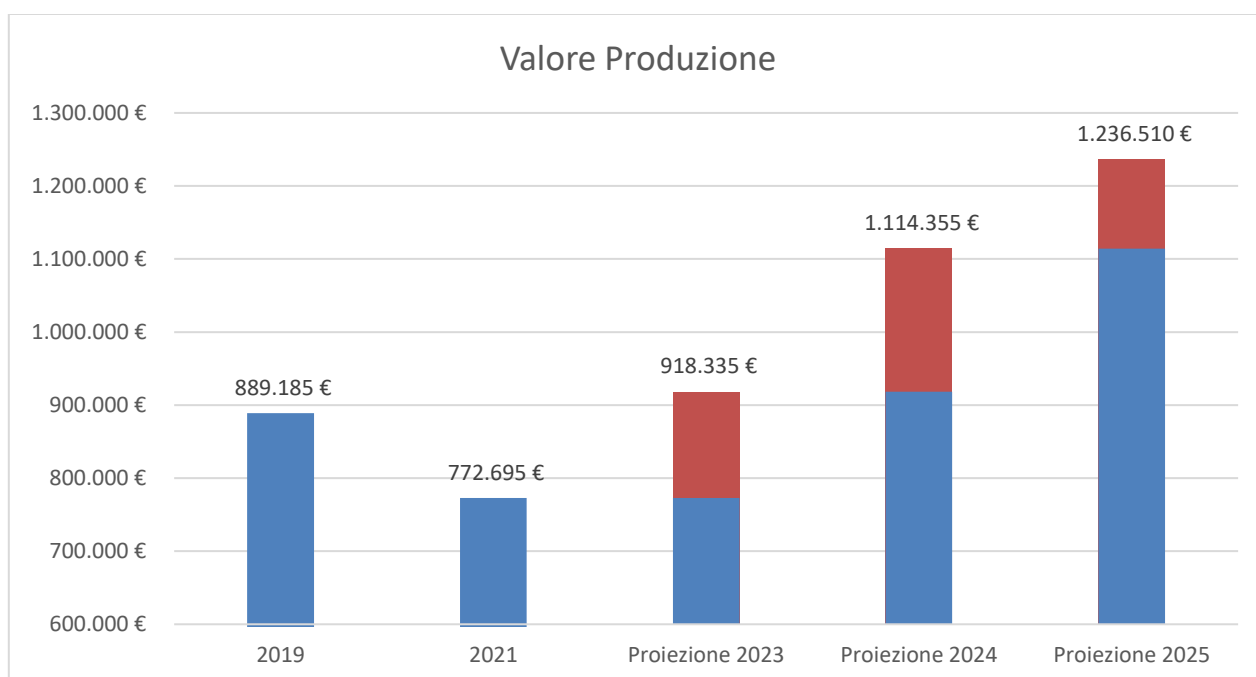


L'investimento previsto consentirà un inevitabile abbattimento delle liste di attesa per esami ambulatoriali che costituiscono le attività diagnostiche cardiologiche di primo livello, stimando un aumento complessivo

delle prestazioni del 10% rispetto l'anno 2021.

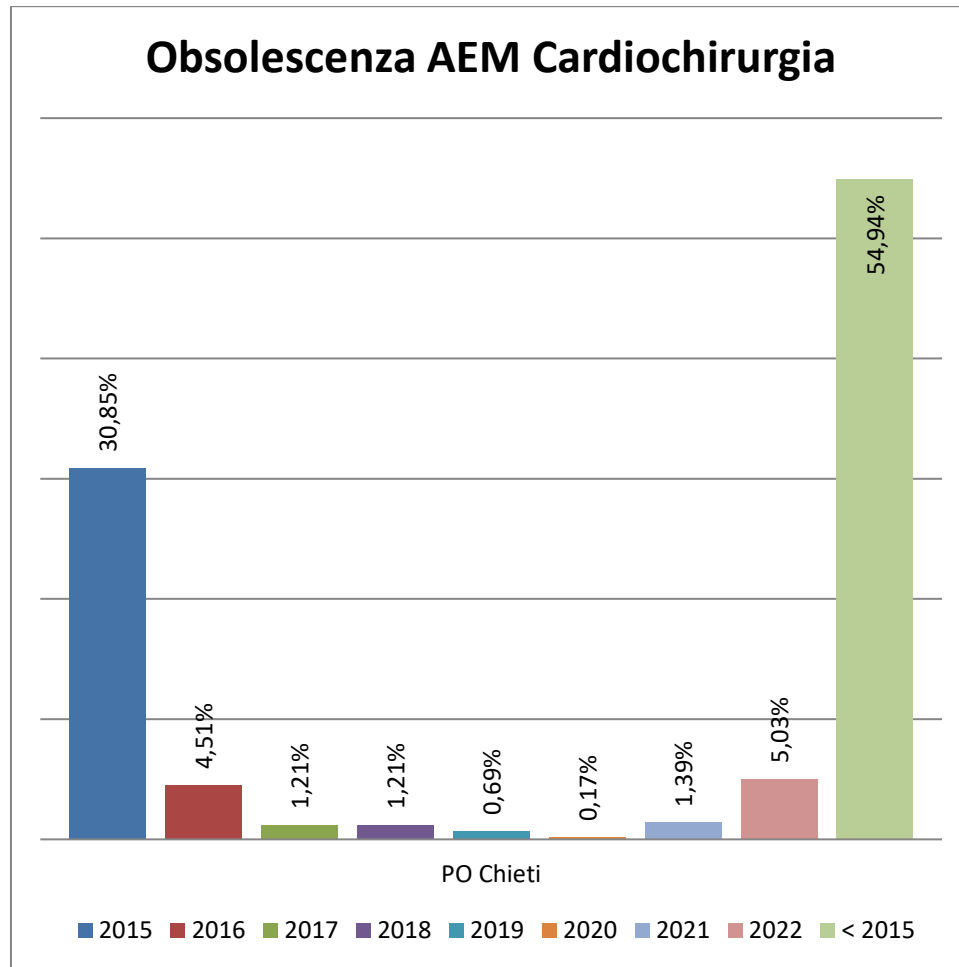
Inoltre il progetto di telemedicina aziendale è funzionale ad implementare una rete territoriale per i servizi sanitari cardiologici. La ASL202 ha aderito al finanziamento PNRR Missione 5 *"inclusione e coesione - componente 3 - interventi speciali per la coesione territoriale - linea di intervento 1.1.1 Potenziamento dei servizi e delle infrastrutture sociali di comunità"* con cui sono finanziati circa € 500.000 per l'acquisto di apparecchiature elettromedicali con applicazione cardiologica da destinare inizialmente all'area territoriale Sangro Aventino; pertanto visto il finanziamento già disponibile per la ASL, si ha necessità di finanziare il potenziamento tecnologico per il restante territorio aziendale che si quantifica economicamente in circa € 500.000.

Previsione recupero mobilità passiva totale dei vari presidi ASL delle prestazioni ambulatoriali cardiologiche (media € 55/prestazione) rispetto all'anno 2021:



➤ Cardiologia interventistica strutturale e Cardiochirurgia

La cardiocirurgia è una branca della medicina chirurgica che si occupa degli **interventi sul cuore e sui vasi sanguigni ad esso collegati** nella quale la ASL2 Lanciano-Vasto -Chieti si sta qualificando e distinguendo. Questa area tratta condizioni cliniche importanti che richiedono sostituzioni o riparazioni di valvole cardiache, ablazione di aritmie, impianto di pacemaker, trapianti, angioplastica e aterectomia, ecc. interventi quindi di rilievo in termini di complessità ma anche di valorizzazione economica. Tale specializzazione ad oggi interessa il solo PO di Chieti, su cui si continua ad investire per fornire una risposta clinica sempre più qualificata ed attrattiva. Ad oggi si è provveduto a dotare le sale operatorie Cardiochirurgiche di una nuova macchina cuore-polmone in sostituzione della precedente dismessa per garantire il livello prestazionale ad oggi ottenuto ma ulteriori investimenti in questa area indicati in tabella si rendono necessari per promuovere il processo di alta qualificazione avviato.



Presidio	Tipologia Apparecchiatura	STATO	Tipo acquisizione
Ospedaliero		ACQUISIZIONE	
CHIETI	Ecocardiografo	Collaudato ed operativo	INTEGRAZIONE
CHIETI	Macchina cuore-polmone	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
Importo di aggiudicazione circa € 158.000 i.i.			

Per un ottimale dotazione del settore cardiocirurgico della ASL2 si necessita almeno di:

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
Ospedaliero			
CHIETI	Macchine per circolazione extracorporea - Sistema cuore polmone	€ 488.000,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	Ecocardiografo da sala operatoria con sonda transesofagea	€ 183.000,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	Sistema per ablazione fibrillazione atriale ibrida o combinata a radiofrequenza	€ 120.000	SOSTITUZIONE
CHIETI	fonte luminosa frontale	€ 10.000,00	SOSTITUZIONE
CHIETI	Arco C	€ 207.400,00	INTEGRAZIONE
CHIETI	Colonna Endoscopica 3D 4K	€ 244.000,00	INTEGRAZIONE
TOTALE		€ 1.132.400	

Inoltre si stima il seguente fabbisogno e valore della produzione per gli interventi di Cardiologia Interventistica Strutturale relativa all'anno 2023:

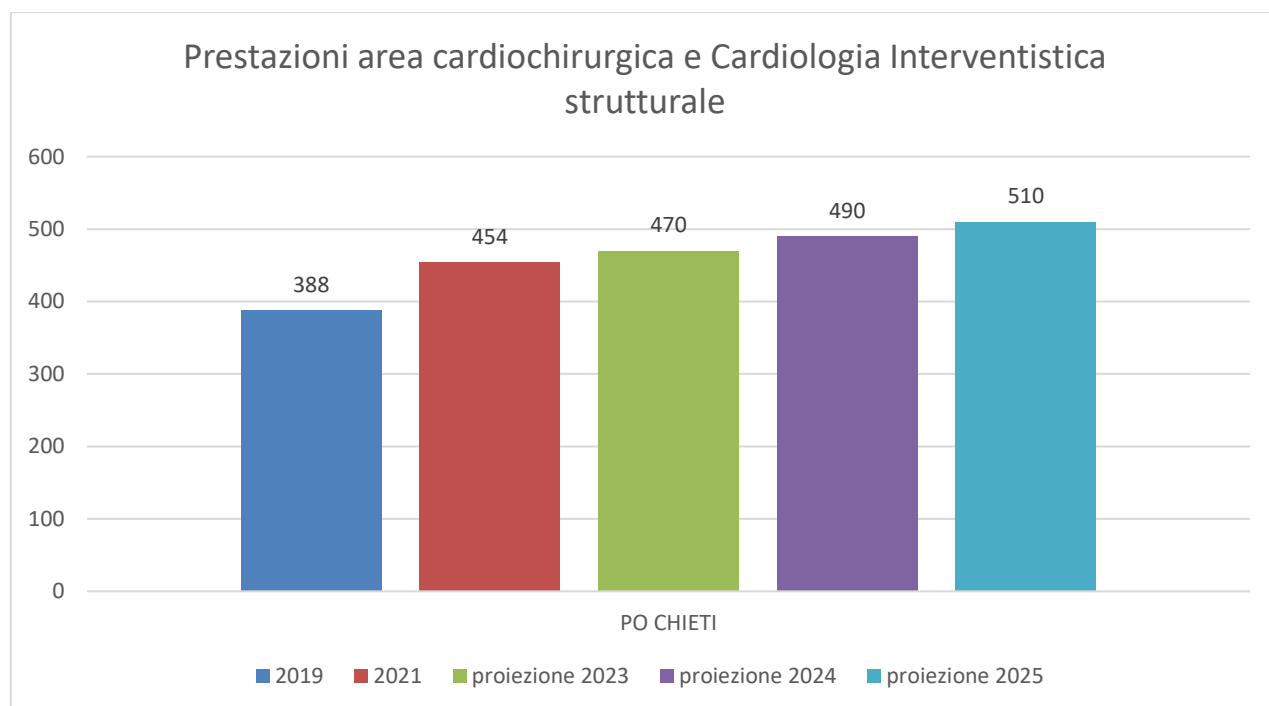
Procedure	Nr interventi	Costo dispositivi	Importo totale DRG
TAVI	100 PZ	1.914.073	2.472.200
Mitraclip	30 PZ	233.688	741.660
Chiusura PFO	20 PZ	116.480	494.440

* stimando un valore medio per DRG pari a 24.722 €

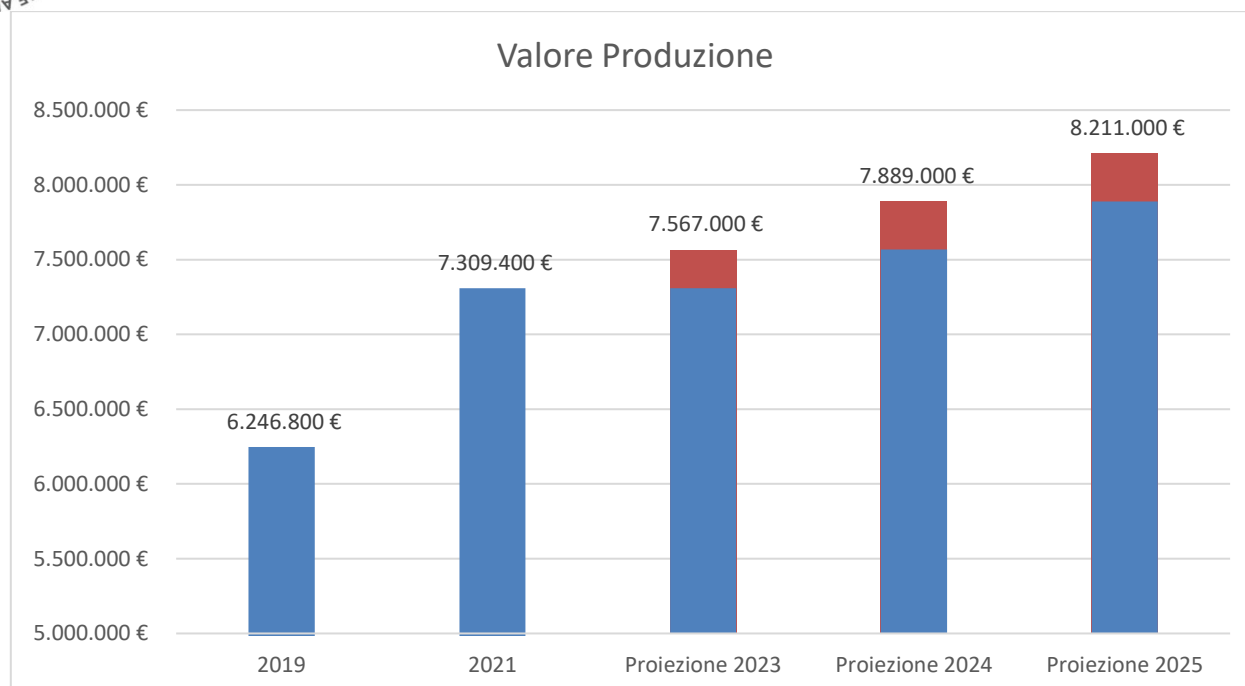
➤ Stima incremento della produttività Cardiochirurgia e Cardiologia Interventistica Strutturale

Chieti:

Facendo riferimento ai dati relativi alle prestazioni cardiocirurgiche si nota che vista la sostituzione di una macchina cuore polmone e l'integrazione di un nuovo eco cardiografo sarà possibile effettuare interventi contemporaneamente sulle due sale operatorie disponibili e pertanto oltre che raggiungere i risultati pre-covid del 2019, sarà possibile effettuare un incremento rispetto al 2019.



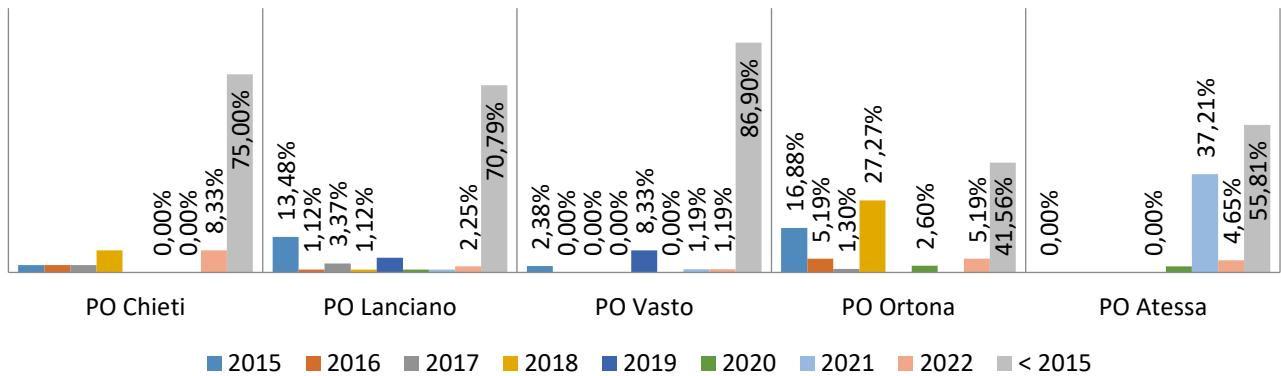
Previsione recupero mobilità passiva delle prestazioni cardiocirurgiche (media € 16.100/prestazione) rispetto all'anno 2021:



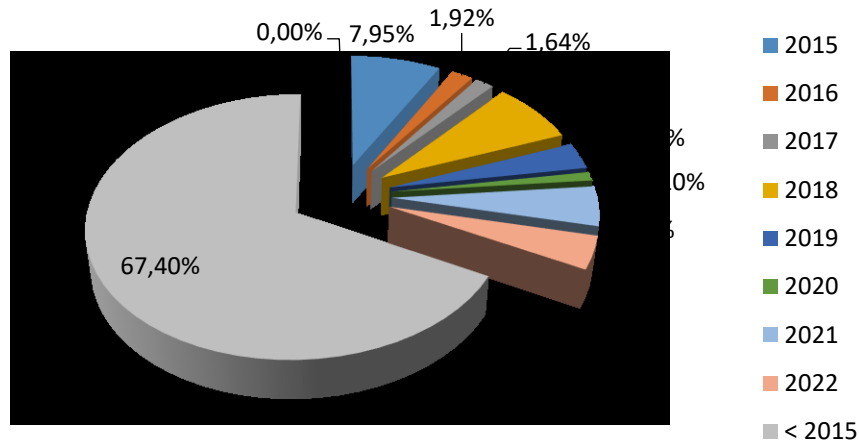
AREA ESAMI ENDOSCOPICI (COLON-RETTO E GASTRO):

Gli esami endoscopici quali videogastrosopia, videocolonsocopia, rettoscopia, esofagogaostroduodenoscopia, rappresentano attività ambulatoriali fondamentali in quanto si configurano come esami di approfondimento necessari alla diagnosi di patologie consentendo l'esame biotico e l'identificazione terapeutica. Inoltre la Asl2 ad oggi ha aderito al programma di screening del tumore colon-retto effettuando azioni di diagnosi e terapia tramite l'asportazione di polipi per prevenire la formazione di masse tumorali e vengono effettuate anche azioni di diagnosi precoci per l'individuazione di masse tumorali già formate allo stato iniziale e pertanto evitare al paziente interventi chirurgici complessi e diminuzione delle terapie. La dotazione di una adeguata strumentazione endoscopica in termini qualitativi e quantitativi si rende necessaria per far fronte alla numerosa richiesta di prenotazioni, spesso in urgenza di tali esami. In questa area occorre un investimento e un potenziamento su larga scala che coinvolge l'intera ASL, in quanto la strumentazione in dotazione (colonne, video gastroscopi, videocolonscopi, lavaendoscopi) risulta vetusta e soggetta a ripetute riparazioni i cui costi associati non sono del tutto irrilevanti e costringono a diminuire il flusso di attività a fronte di un'aumentata richiesta.

Obsolescenza AEM Endoscopia per presidio



Obsolescenza AEM endoscopia - ASL



Ad oggi sono state avviate e concluse, le procedure di acquisto di attrezzatura endoscopica destinata all' Endoscopia Digestiva del PO di Atessa, di recente attivazione, e del PO di Ortona in sostituzione di strumentazione obsoleta e dismessa, nello specifico:

Presidio Ospedaliero	Tipologia Apparecchiatura	STATO ACQUISIZIONE	Tipo acquisizione
ATESSA	Strumentazione endoscopica comprensiva di due colonne (con videogastro e videocolon), lava endoscopi e imbustatrice	Collaudato ed operativo	INTEGRAZIONE (nuovo reparto)
ATESSA	Lettini endoscopici	Collaudato ed operativo	INTEGRAZIONE (nuovo reparto)
ATESSA	Insufflatori e pompe di lavaggio	Collaudato ed operativo	INTEGRAZIONE (nuovo reparto)

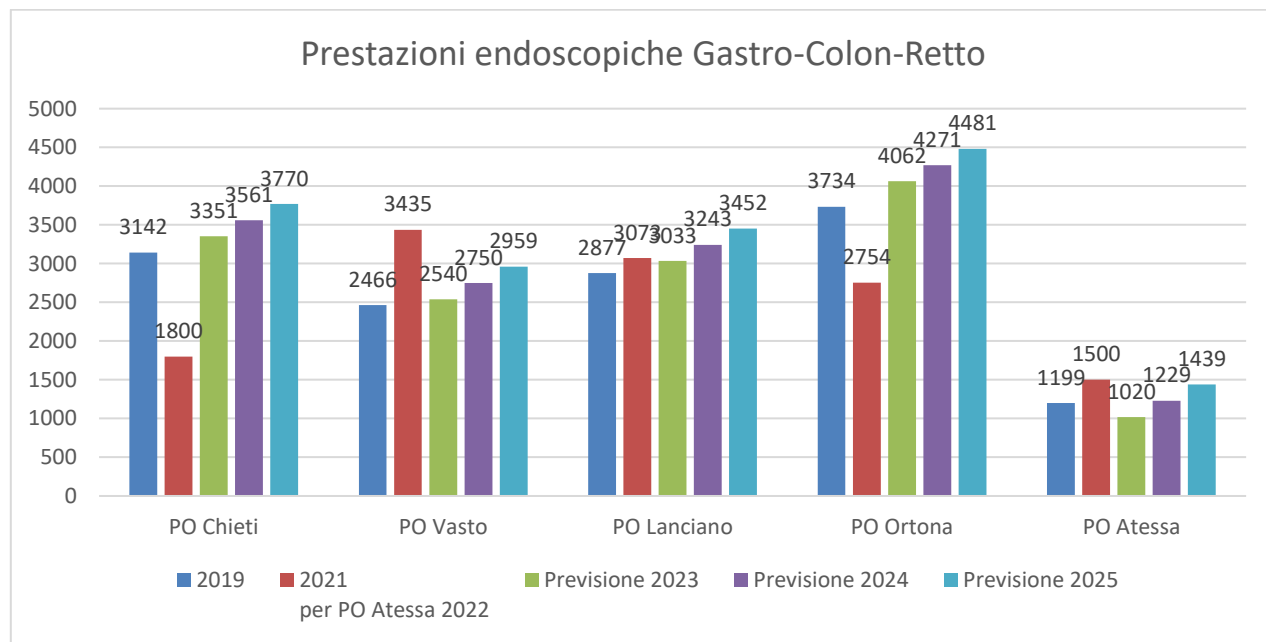
Importo di aggiudicazione circa € 290.000 i.i.

Per un ottimale dotazione del settore endoscopico di tutta la ASL2 si necessita almeno di:

Presidio Ospedaliero	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
ASL	Strumentazione endoscopica completa di colonne, videocolon, videogastro, ecoendoscopio, lava endoscopi e armadi di stoccaggio (si allega dettaglio)	€ 3.239.100	SOSTITUZIONE e Integrazione ecoendoscopio
ASL	Software di refertazione endoscopica	€ 671.000	INTEGRAZIONE
ORTONA	Strumenti endoscopici	€ 150.880	Da consegnare e collaudare
ORTONA	Monitor Multiparametrici	€ 35.000	INTEGRAZIONE
VASTO	Pensili	€ 40.000	SOSTITUZIONE
VASTO	Monitor Multiparametrici	€ 26.000	INTEGRAZIONE
LANCIANO	Monitor Multiparametrici	€ 26.000	INTEGRAZIONE
LANCIANO	Lettini endoscopici	€ 9.000	SOSTITUZIONE
TOTALE		€ 4.156.980	

STIMA INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' AREA COLON RETTO:

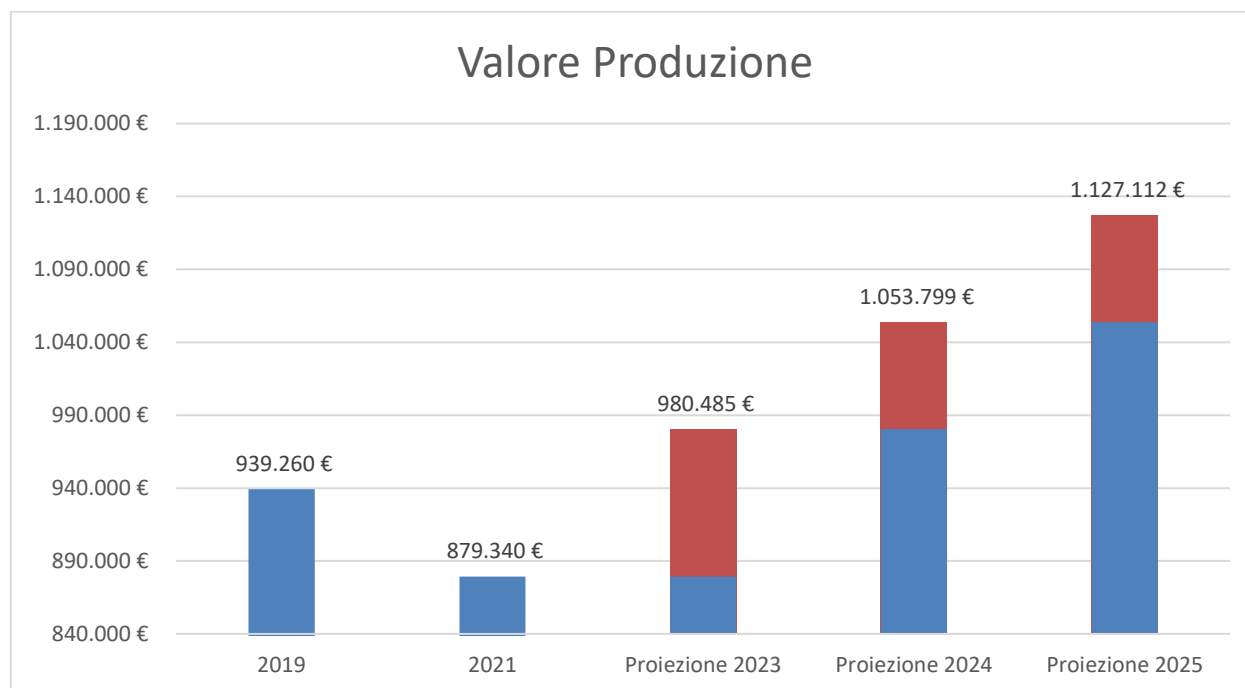
Facendo riferimento ai dati relativi alle prestazioni del 2021 rispetto a quelle del 2019, anno pre-pandemia, si evidenzia come nonostante la riattivazione degli esami ambulatoriali, sui PPOO di Chieti e di Ortona si sia assistito ad un decremento del n° esami, seppur a fronte di una importante domanda post pandemia che si è registrata su altri PPOO che come il PO di Vasto che svolge servizio di emergenza con una maggiore copertura oraria e personale dedicato.



Si stima, tenuto conto delle attuali fasce orarie dedicate alle attività che la produttività per i PPOO possano incrementare sui PPOO di Vasto e Lanciano, garantendo e recuperando il livello prestazionale ad oggi fornito.

Previsione recupero mobilità passiva totale dei vari presidi ASL delle prestazioni endoscopiche (media €

70/prestazione) rispetto all'anno 2021; per il PO Atessa il recupero sarà rispetto all'anno 2022, non avendo numeri di produzione riferiti all'anno 2021 in cui il reparto era in fase di allestimento con una dotazione tecnologica obsoleta:

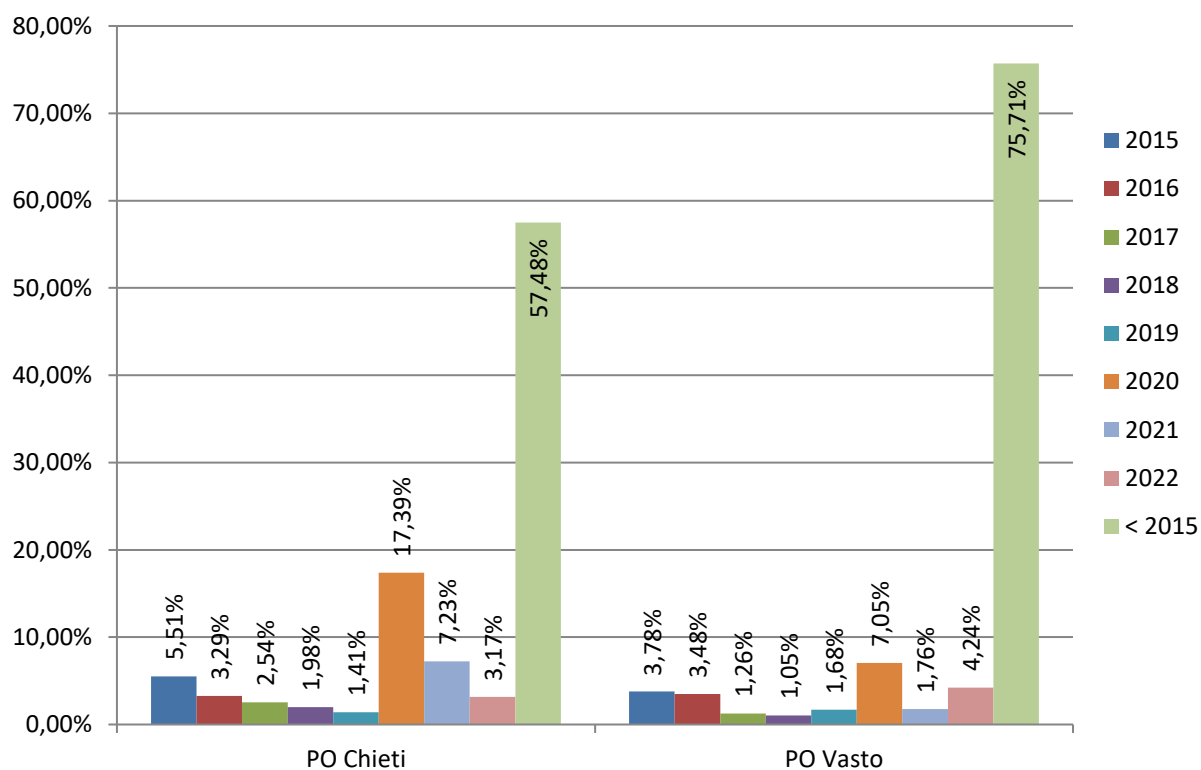


AREA UROLOGIA

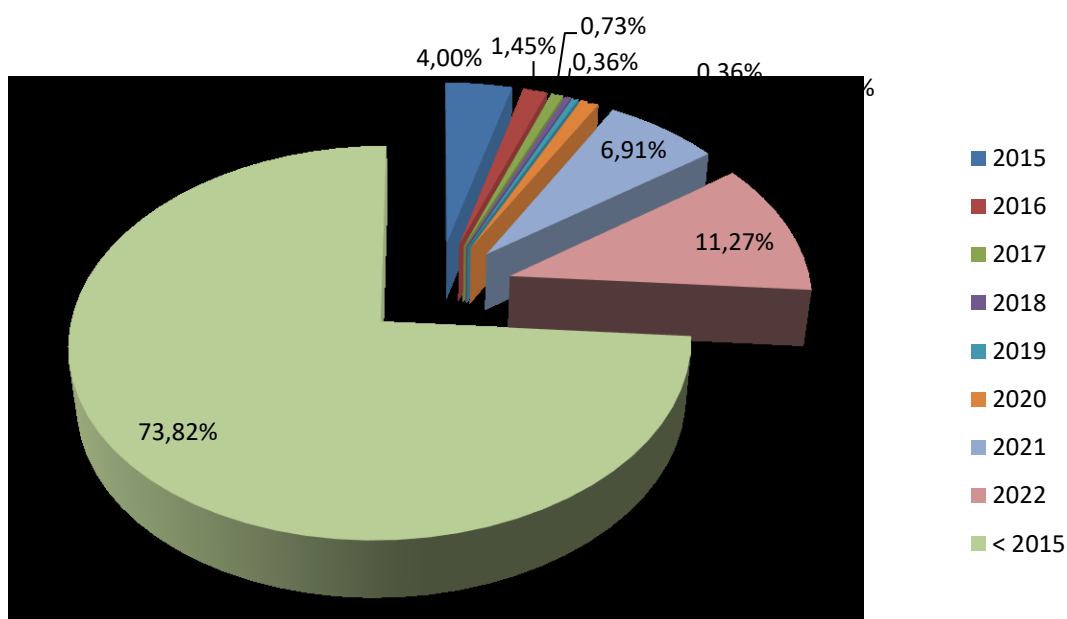
L'Urologia della Asl2 è specializzata per la diagnosi e la cura delle principali patologie urologiche, oncologiche e funzionali. L'importanza della patologia urologia sulla popolazione generale è in costante aumento. L'urologo è il medico di riferimento per patologie che affliggono tutte le fasi della vita del paziente sia esso uomo o donna.

La dotazione di una adeguata strumentazione in termini qualitativi e quantitativi si rende necessaria per far fronte alla numerosa richiesta di prenotazioni, spesso in urgenza di tali esami. In questa area occorre un investimento e un potenziamento che coinvolge l'intera ASL, in quanto la strumentazione in dotazione risulta vetusta e soggetta a ripetute riparazioni i cui costi associati non sono del tutto irrilevanti e costringono a diminuire il flusso di attività a fronte di un'aumentata richiesta.

Obsolescenza AEM Urologia



Obsolescenza AEM Urologia ASL



Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

Ad oggi sono state avviate e concluse, le procedure di acquisto di attrezzatura destinata alla Urologia del PO Chieti e PO Vasto in sostituzione di strumentazione obsoleta e dismessa, nello specifico:

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	STATO	Tipo acquisizione
Ospedaliero		ACQUISIZIONE	
CHIETI	n.2 Ecotomografi	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
Vasto	n.2 Ecotomografi	Collaudato ed operativo	SOSTITUZIONE
Importo di aggiudicazione circa € 270.000 i.i.			

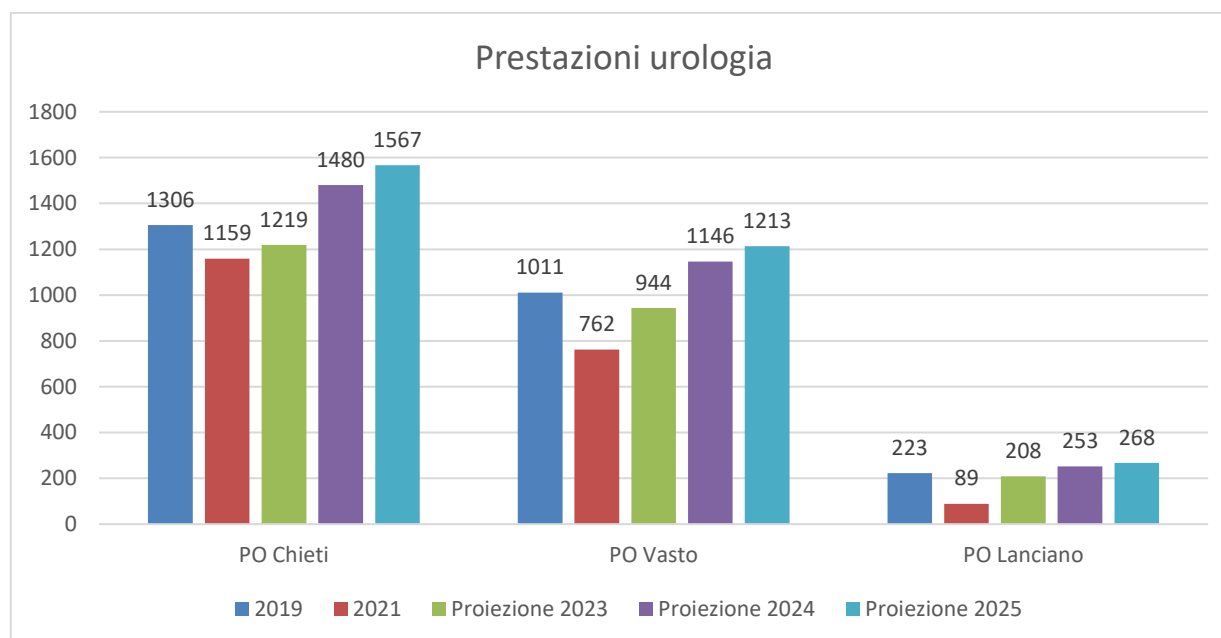
Per un ottimale dotazione del settore urologico di tutta la ASL2 si necessita almeno di:

Presidio	Tipologia Apparecchiatura	Importo presunto	Tipo acquisizione
Ospedaliero			
CHIETI	Sistema per litotrissia	€ 549.100	SOSTITUZIONE
CHIETI	Strumenti endoscopici	€ 73.200	SOSTITUZIONE
CHIETI	Colonna endoscopica	€ 146.400	SOSTITUZIONE
VASTO	Sistema per litotrissia	€ 549.100	INEGRAZIONE
VASTO	Strumenti endoscopici	€ 73.200	SOSTITUZIONE
VASTO	Colonna endoscopica	€ 146.400	SOSTITUZIONE

TOTALE € 1.537.400

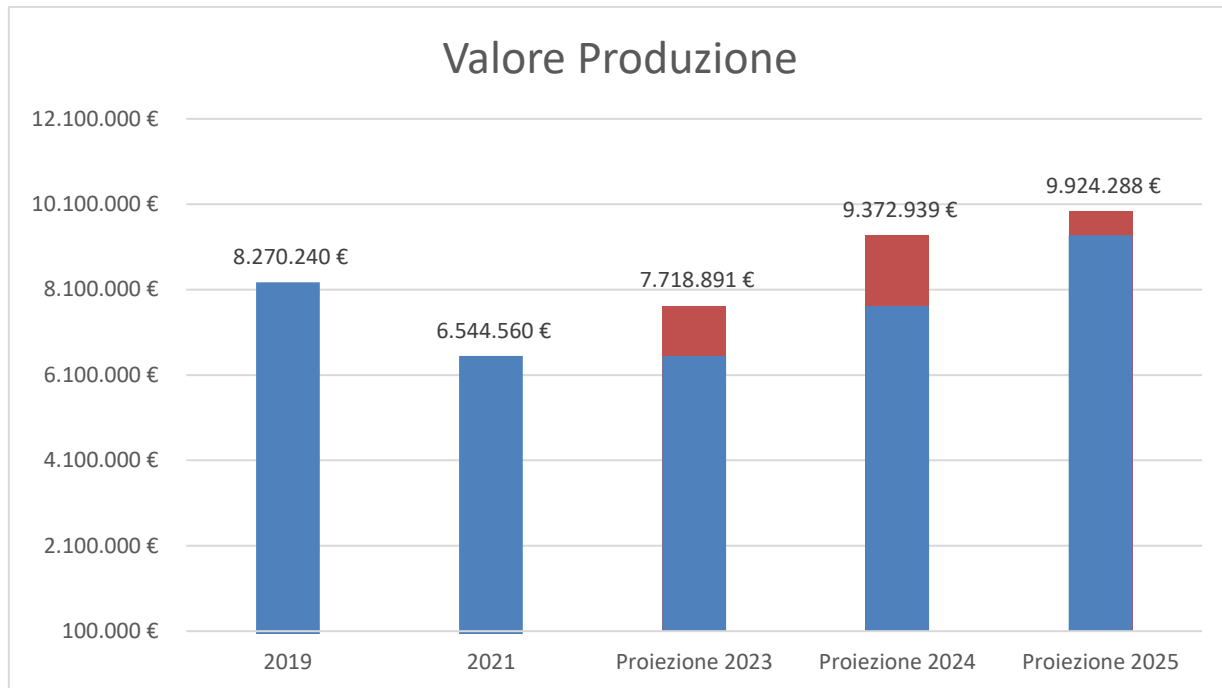
STIMA INCREMENTO DELLA PRODUTTIVITA' AREA UROLOGICA:

Facendo riferimento ai dati relativi alle prestazioni del 2021 rispetto a quelle del 2019, anno pre-pandemia, si evidenzia come sui PPOO di Chieti, Vasto e Lanciano si sia assistito ad un decremento del n° di prestazioni.



Si stima, tenuto conto delle attuali fasce orarie dedicate alle attività che la produttività per i PPOO di Chieti, Vasto e Lanciano possano incrementare, garantendo e recuperando il livello prestazionale ad oggi fornito.

Di seguito il grafico con la previsione del recupero mobilità passiva totale dei vari presidi ASL delle prestazioni urologiche (media € 3256/prestazione) rispetto all'anno 2021:



Occorre precisare che il fabbisogno di circa €/mln 10 per l'adeguamento tecnologico, al fine del recupero delle liste di attesa e della mobilità passiva, non tiene conto dei €/mln 16 di investimenti previsti per il riordino del P.O. di Chieti ex art. 20.

RIORGANIZZAZIONE DELLE SALE OPERATORIE

Tra le attività che meglio si prestano a una visione integrata e trasversale, si annovera indubbiamente quella chirurgica, in ragione dell'importanza strategica che essa riveste per un'azienda sanitaria. La sua rilevanza si attribuisce sia agli elevati costi correlati all'utilizzo di considerevoli fattori di produzione (personale medico e infermieristico, attrezzature, dispositivi, ecc.) sia per il coinvolgimento di altri servizi di supporto (preospedalizzazione, sterilizzazione, letti di terapia intensiva e ricovero, ecc.) nonché per l'ingente mole di dati che vengono memorizzati nei database aziendali.

Con il termine Blocco operatorio o piastra operatoria si identifica quell'insieme di locali, arredi, attrezzature, tecnologie che rappresentano il cuore pulsante dell'ospedale, in termini di complessità delle attività che ivi si svolgono in cui si susseguono rilevanti cambiamenti dovuti a molteplici fattori quali l'evoluzione rapidissima della chirurgia mini-invasiva, dell'imaging, dei progressi nell'Information Technology, della diffusione della robotica, dell'integrazione nello stesso contesto spaziale con altre discipline con prestazioni cliniche e diagnostiche, le cosiddette sale ibride.

Nel presidio ospedaliero di Chieti è in progetto la realizzazione di una sala ibrida per rispondere alle esigenze di effettuare e controllare l'attività chirurgica complessa nella stessa sala realizzando in questo modo l'integrazione tra l'evoluzione delle tecniche chirurgiche e quelle di imaging.

La SO ibrida è un locale che, oltre ad avere tutte le caratteristiche di una Sala operatoria, è provvista di attrezzature di imaging di fascia alta capaci di produrre immagini di elevata accuratezza, che permettono di pianificare/supportare/controllare l'attività chirurgica e consentono l'esecuzione di interventi di elevata complessità.

Il Royal College of Surgeons of England attraverso la commissione di studio “Future of Surgery”, ha prodotto un primo rapporto nel 2018. Sul futuro della chirurgia nei prossimi venti anni indicando che sarà largamente influenzata dalle tecnologie innovative, da una migliore comprensione delle malattie e dalla collaborazione tra esperti di discipline differenti.

Sono state individuate quattro tipologie di tecnologie che avranno il maggiore impatto.

1. Tecnologie per lo sviluppo di tecniche mininvasive, come la robotica, la chirurgia laparoscopica ed endoscopica. La manipolazione e la visione di organi e tessuti attraverso occhi e mani del chirurgo trasformando l'utilizzo di un mezzo robotico intelligente per la visione e l'azione all'interno del corpo. Gli sviluppi nella chirurgia laparoscopica ed endoscopica consentiranno procedure diagnostiche e terapeutiche sempre meno invasive, e una nuova generazione di robot chirurgici sarà più leggera, versatile e meno costosa, facilitando l'adozione delle innovazioni. Accanto agli sviluppi nella robotica, le tecniche di machine learning consentiranno attività chirurgiche automatizzate e offriranno migliori informazioni per il team chirurgico. Tuttavia, è improbabile che robot-chirurghi completamente autonomi popoleranno le sale operatorie nei prossimi decenni. La relazione con il paziente manterrà un ruolo centrale nell'erogazione di servizi di eccellenza.
2. La tecnologia di imaging è fondamentale per poter eseguire interventi meno invasivi, consentendo la visualizzazione di strutture e organi interni con un impatto ridotto sul paziente. Ci si aspetta che i progressi nell'imaging aumentino velocità e accuratezza diagnostica.
3. Il ruolo della raccolta e dell'analisi dei dati aumenterà negli anni futuri, con un potenziale enorme per la previsione dell'evoluzione delle malattie e la personalizzazione delle cure. Sempre più pazienti utilizzeranno servizi genetici: a lungo termine, la genomica aiuterà lo sviluppo della medicina di precisione.
4. Ci saranno interventi più complessi e specializzati per la disponibilità di terapie cellulari, tessuti e organi bio-stampati e xenotrapianti: tutto questo richiederà team specialistici organizzati in centri multidisciplinari. In dieci o venti anni, la bioingegneria e la bio-stampa 3D potrebbero fornire organi ai pazienti in attesa nella lista dei trapianti e ripristinare la forma e la funzione di organi per pazienti che hanno subito traumi o ustioni.

FABBISOGNO DI SALE OPERATORIE PER ATTIVITÀ CHIRURGICHE

Non si trova, in letteratura, una chiara definizione del fabbisogno di interventi chirurgici rispetto alla popolazione, pertanto non è conosciuto il numero reale delle procedure chirurgiche e si è dimostrato metodologicamente difficile confrontare le caratteristiche della popolazione che possano influire su questa misura. In un lavoro basato sulla prevalenza delle differenti patologie pubblicato da Lancet Global Health nel 2015, il tasso di ricoveri con intervento chirurgico necessari per l'Europa occidentale è stimato in 5.366 interventi ogni 100.000 persone per anno.

Da cosa potrebbe dipendere quindi il fabbisogno di Sale operatorie di un ospedale?

Influiranno su questa scelta il livello di produzione storico di un ospedale o di una certa area e:

1. le caratteristiche dinamiche della popolazione
2. le tecnologie disponibili
3. le scelte politiche riguardanti il posizionamento strategico dell'Ospedale e la distribuzione delle specialistiche nella rete ospedaliera.

La ASL 02 Abruzzo ha una articolazione sul territorio che permette una pianificazione delle attività di sala operatoria differenziata per gradi di complessità.

Il monitoraggio del processo chirurgico rimane l'unico mezzo per efficientare al massimo la produttività del blocco Operatorio attraverso l'utilizzo di indicatori di performance. Tra i più importanti sono da annoverare i seguenti:

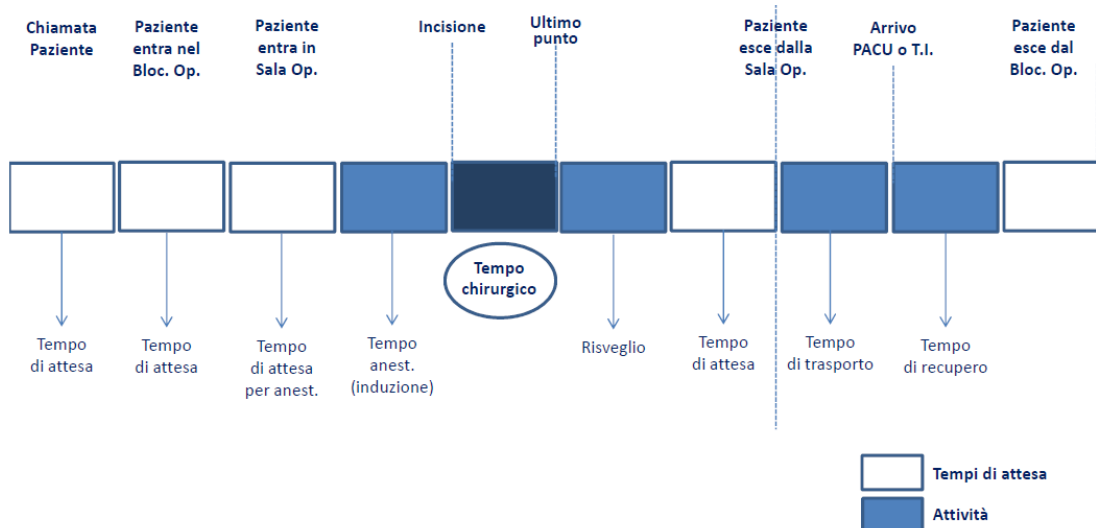
- “ritardo di inizio di attività” (Strat Time Tardiness), ovvero il ritardo di inizio del primo intervento in lista rispetto all'inizio di attività previsto nel regolamento del Blocco Operatorio;
- “indice di occupazione” (Raw Utilization), ovvero il rapporto tra la sommatoria del tempo in cui il paziente

occupa la sala operatoria e il tempo messo a disposizione espresso in percentuale;

- “tempo di cambio” (Turnover Time), ovvero la sommatoria dei tempi tra un intervento effettuato e quello successivo;
- “tempo core o a valore” (Touch Time), ovvero differenze tra il tempo in cui il paziente esce dalla sala operatoria e l’inizio dell’attività di induzione.

Questi ed altri indicatori dovrebbero essere messi a sistema in un cruscotto di Direzione in modo tale che la Direzione Sanitaria Aziendale con il gruppo operativo possa vigilare per tendere alla capacità teorica.

TIMELINE DEL BLOCCO OPERATORIO



Nella Tabella seguente sono declinate le sale operatorie aziendali con la capacità produttiva dei blocchi nei diversi PP.OO.

CAPACITÀ PRODUTTIVA CHIRURGICA TEORICA BLOCCHI OPERATORI ASL2 LANCIANO-VASTO-CHIETI

BLOCCHI OPERATORI ASL2 LANCIANO-VASTO-CHIETI					
PP.OO.	SALE OPERATORIE TOTALI	SALE OPERATORIE ATTIVITA' URGENZA/EMERGENZA	SALE OPERATORIE ATTIVITA' PROGRAMMATA	ATTIVITA' OPERATORIA PROGRAMMATA (ORE/DIE) **	ATTIVITA' OPERATORIA PROGRAMMATA (ORE/SETTIMANA) ***
PO CHIETI	9	1	8*	88	440
PO ORTONA	3	1	2	22	110
PO LANCIANO	4	1	3	33	165
PO ATESSA	3	1	3	33	165
PO VASTO	5	1	4	44	220
TOTALE	24	5	20	220	1100

* di cui 1 dedicata all'Oftalmologia

** calcolo basato su 11 ore di attività programmata/die (8-19)

*** calcolo basato su attività programmata effettuata per 5 giorni/settimana (Lun-Ven)

Come si evince dalla tabella, vi è pertanto la necessità di definire la funzione delle diverse sale, in riferimento ad attività programmate e attività urgenti e, in particolare per l'attività programmata, attivare

le sale operatorie a un regime prossimo alla capacità teorica massima.

Per raggiungere il risultato della capacità teorica tendente a quella realmente effettuata bisogna che la direzione aziendale controlli e vigili sulla appropriatezza di utilizzo delle sale operatorie tenendo presente i seguenti fattori:

- Quali sono i tempi di utilizzo e di riutilizzo delle attuali sale operatorie.
- È possibile migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle sale, grazie all'organizzazione del BO.
- Quali sono i fattori innovativi che possono implementare l'utilizzo adeguato delle sale: monitoraggio dell'attività e dei tempi, modalità di trasferimento del paziente, automatizzazione della rilevazione di dati, miglioramento nei percorsi, forniture di materiale just in time, modalità di decontaminazione e pulizia ecc.
- Vi sono attività chirurgiche, attualmente svolte utilizzando le sale operatorie, che è possibile/necessario effettuare in altra struttura (Day surgery, Chirurgia ambulatoriale ecc.); ad esempio: Oculistica (cataratta); ernia, emorroidi ecc.
- Esistono o sono previste sale dedicate alla Day surgery.
- Esiste o è prevista la realizzazione di ambulatori chirurgici.

Per il raggiungimento di alcuni fattori produttivi vi sono indicazioni regionali in merito al trasferimento di una serie di interventi da degenza ordinaria a Day surgery o chirurgia ambulatoriale, bisogna solo applicarle in toto.

In merito all'organizzazione interna del blocco occorre pensare a processi che sincronizzino la presenza di tutti gli attori del percorso chirurgico (chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici).

L'identificazione di una sala di induzione e di una area di ricovero post anestesia – Recovery room/PACU – sono elementi di snellimento delle attività che compongono il processo intra-operatorio. La modifica della sequenza di attività organizzate in serie (fasi pre-operatoria, operatoria e post-operatoria su pazienti diversi) in attività svolte in parallelo e quindi contemporanee consente di risparmiare tempo soprattutto nella fase pre-operatoria. L'obiettivo è quindi quello di rendere “parallelo” una parte del flusso di lavoro (ripristino della sala al termine dell'intervento) sovrapponendo il tempo di turnover della Sala operatoria con le attività di induzione sul paziente successivo eseguite in un apposito spazio. A questo si aggiunge la valutazione della fase di risveglio che può essere anch'essa organizzata in parallelo in una apposita area – la Recovery room/PACU – trasferendovi il paziente e liberando lo spazio operatorio per le operazioni di ripristino della sala in attesa dell'intervento successivo. La corretta pianificazione di queste fasi riduce il tempo e migliora l'efficienza e la sicurezza del percorso chirurgico intra-blocco.

Nelle Tabelle seguenti sono riportati il numero di interventi e i tempi delle sale operatorie aziendali dei blocchi nei diversi PP.OO.

Presidio	Nr interventi 2019	Nr interventi 2020	Nr interventi 2021	Nr interventi 2022	Previsione 2023 (2019+20%)
P.O. clinicizzato di Chieti "SS. Annunziata"	6.702	4.746	5.122	7.306	8.042
P.O. Lanciano "Floraspe Renzetti"	3.265	2.503	3.187	3.145	3.918
P.O. Ortona "Gaetano Bernabei"	2.763	2.012	2.187	1.952	3.316
P.O. Vasto "S. Pio da Pietrelcina"	4.158	2.582	2.863	2.948	4.990
P.O. Atessa	-	-	-	-	-
TOTALE	16.888	11.843	13.359	15.351	20.266

Presidio	Durata I/U 2019	Durata I/U 2020	Durata I/U 2021	Durata I/U 2022
P.O. clinicizzato di Chieti "SS. Annunziata"	12269:57:00	8903:56:00	9648:23:00	11216:37:00
P.O. Lanciano "Floraspe Renzetti"	4682:55:00	3494:38:00	4801:12:00	4728:01:00
P.O. Ortona "Gaetano Bernabei"	5646:46:00	4437:44:00	4378:24:00	3874:33:00
P.O. Vasto "S.Pio da Pietrelcina"	6166:42:00	3845:35:00	4162:00:00	4177:45:00
TOTALE	28766:20:00	20681:53:00	22989:59:00	23996:56:00

La riduzione dei tempi riscontrata sul P.O. di Chieti tra il 2021 e il 2022 è dovuta alla ristrutturazione delle sale operatorie che ha comportato la chiusura parziale a fasi delle sale per circa 15 mesi, giustificando la riduzione dell'operatività delle sale operatorie.

VALUTAZIONE ECONOMICA DELL'AUMENTO DEI COSTI CORRELATO ALLA PRODUZIONE

Al fine di valutare l'impatto economico legato all'incremento del 20% della produzione di interventi chirurgici 2023, si riporta di seguito la tabella dei costi correlati alla produzione (intesa in termini di numero di interventi), fermo restando quanto già previsto per le spese di investimento che sono state stimate in circa 9,5 milioni di euro e per la spesa di fabbisogno di personale che comporterebbe un incremento di circa 3 milioni di euro per l'anno 2023.

Presidio	Aumento di Produzione stimato (20% pdne 2019)	Ricavo figurativo aumento di produzione 2023	Proiezione 2023 acquisto di beni (20% del 2019)	Proiezione 2023 acquisto di servizi (20% del 2019)
P.O. clinicizzato di Chieti "SS. Annunziata"	1.427	9.216.559	3.646.029,54	301.520,75
P.O. Lanciano "Floraspe Renzetti"	510	2.050.743	624.146,16	45.272,64
P.O. Ortona "Gaetano Bernabei"	347	749.677	180.982,05	12.438,77
P.O. Vasto "S.Pio da Pietrelcina"	532	2.170.284	737.236,95	28.639,99
Totale complessivo		14.187.263€	5.188.394,70 €	387.872,15 €

GESTIONE RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO

Introduzione

La programmazione delle sale operatorie e il loro utilizzo da parte del Dipartimento Chirurgico ed Emergenza Urgenza è uno dei temi di maggiore attualità, in quanto è il centro degli sforzi impiegati nella gestione di un ospedale poichè giocano un ruolo cruciale all'interno dei presidi nella consapevolezza che

Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva 2023-2024-2025	Versione 00 del 09/02/2023		Pag.92/107
--	----------------------------	--	------------

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

sono proprio le attività chirurgiche ad elevare il rango dell'ospedale in quanto sede della complessità.

La chirurgia rappresenta un costo significativo nel budget complessivo di un ospedale, dovuto al coinvolgimento diretto di risorse costose per le attività chirurgiche, ma anche all'impatto che la gestione delle sale operatorie ha sulla richiesta di altri servizi ospedalieri di supporto (farmaceutica, laboratorio, anatomia patologica, radiologia) e sull'impiego di una moltitudine di risorse indirettamente associate.

Un'ottima pianificazione e gestione delle attività chirurgiche presuppone una centralizzazione delle risorse direttamente e indirettamente coinvolte, al fine di comportare un utilizzo più efficiente di queste, una riduzione dei tempi d'attesa dei pazienti e, dunque, una migliore performance complessiva dei presidi ospedalieri aziendali con conseguente miglioramento della presa in carico del cittadino e del recupero della mobilità passiva.

Una sistematica gestione del percorso assistenziale e una corretta assegnazione delle sale operatorie, a ciascuna unità operativa in base alla lista di attesa degli interventi da effettuare ha necessità di un orizzonte temporale, fissato ad una settimana, o più precisamente, a 6 giorni, escludendo così la domenica dai giorni disponibili per la pianificazione e lo svolgimento degli interventi.

La costruzione di questo modello di ottimizzazione si è inquadrata sul miglioramento dei servizi forniti ai pazienti, ma si è ritenuto importante inserire anche indicatori di efficienza organizzativa interna delle strutture ospedaliere, in quanto, considerati anch'essi, elementi importanti nelle decisioni di pianificazione e controllo da parte delle direzioni sanitarie.

Sono stati individuati e distinti quindi gli elementi primari, inseriti nella funzione obiettivo pesata del modello.

Tra gli indicatori primari, incentrati sul paziente, vi è in primo luogo, il tempo che ciascuna persona deve attendere prima di poter accedere ai servizi sanitari pubblici. Come già noto, quello delle lunghe liste d'attesa, è un problema molto sentito e di rilevante importanza nelle valutazioni del servizio fornito.

Pertanto nella costruzione di questo modello si deve tenere conto della deadline dei pazienti e della loro priorità clinica/evolutiva che si basa su informazioni ed elementi molto diversi a seconda dell'unità operativa in analisi, in base alle patologie trattate e ai relativi dati clinici.

La funzione obiettivo è quella di minimizzare i tempi di attesa dei pazienti pesati con coefficienti di priorità basati sulla condizione clinica e sulla deadline associate al paziente stesso, al momento dell'inserimento in lista d'attesa.

È di fondamentale importanza la gestione costante della lista di attesa attraverso un monitoraggio quadrimestrale per verificare il rispetto delle percentuali dei tempi di attesa, previsti dal Piano Nazionale e Regionale Governo Liste di Attesa per i 17 interventi oggetto di monitoraggio, e l'attendibilità della lista con i soli casi da sottoporre effettivamente ad intervento chirurgico. (Allegati 1 e 2 UOC Liste di Attesa)

Il modello proposto è volto a soddisfare le esigenze del cittadino e dare a tutta l'azienda una migliore organizzazione delle pratiche di programmazione delle attività chirurgiche e delle sale operatorie abitualmente adottate.

Il modello così sviluppato è quindi fortemente influenzato dalle caratteristiche e dalle peculiarità delle unità operative del dipartimento e, per questo, si pone di risolvere anche problematiche specifiche che non sono solitamente affrontate rendendo, così, una visione più ampia del problema della gestione delle sale operatorie.

La preospedalizzazione

La preospedalizzazione è la fase che precede il ricovero in regime ordinario o day surgery in elezione di un paziente in cui sia stata posta indicazione a per procedure o interventi chirurgici. La preospedalizzazione è finalizzata all'espletamento di tutte le prestazioni (indagini strumentali, laboratoristiche e consulenze) strettamente finalizzate alla esecuzione dell'intervento. Tutti gli accertamenti clinico strumentali svolti in preospedalizzazione, finalizzati all'ammissione del paziente all'intervento e non alla formulazione della diagnosi che dovrà essere già definita, sono gratuiti e rientrano nella omnicomprensività del DRG.

Obiettivi della preospedalizzazione

La preospedalizzazione ha come obiettivo principale l'efficientamento delle attività propedeutiche alla preparazione dell'intervento (visite, esami strumentali e di laboratorio con prelievo di sangue, predisposizione dell'autotrasfusione, etc.) ed alla attribuzione al paziente di una "classe di rischio operatorio" (classe ASA). Per l'Azienda il rispetto di questo percorso produrrà benefici gestionali in termini di riduzione dei tempi medi di ricovero, ottimizzando le liste d'attesa e la gestione programmata delle sale operatorie. Per l'utenza i benefici della "preospedalizzazione" sono rappresentati principalmente dall'azzeramento dei tempi di attesa per gli esami finalizzati all'intervento, da una minore esposizione alle infezioni ospedaliere e dal contenimento del disagio, correlato alla degenza in luoghi lontani dalle proprie abitazioni, con riduzione del tempo di permanenza.

Nella ASL Lanciano Vasto Chieti le attività afferenti alla fase di preospedalizzazione sono descritte nella procedura generale di Ricovero programmato chirurgico ed in quella di Gestione del paziente da sottoporre a chirurgia cardiaca. Tali procedure definiscono il processo del ricovero programmato chirurgico, ed i collegamenti funzionali tra le Unità Operative (UU.OO.), coinvolte dalla presa in carico del paziente fino alla sua gestione post-dimissione. Lo scopo è quello di garantire al paziente che necessita di trattamenti chirurgici condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure. In un contesto di risorse limitate il governo di questo fondamentale processo dovrebbe consentire di ridurre gli accessi e la permanenza del paziente nelle strutture sanitarie, contenere le liste di attesa nel rispetto delle classi di priorità, dare maggiore tracciabilità a tutte le fasi del percorso chirurgico.

La Procedura si applica a pazienti sottoposti a visita/consulenza specialistica da parte di un Dirigente Medico afferente ad una Unità Operativa (UO) chirurgica e per il quale è stata posta indicazione ad un trattamento chirurgico elettivo.

Fase Preliminare del Percorso

Il percorso chirurgico programmato ha inizio con la visita specialistica ambulatoriale nella quale il Dirigente Medico afferente ad una UO chirurgica, in seguito alle valutazioni cliniche e/o strumentali effettuate:

- Formula la diagnosi o conferma una ipotesi diagnostica
- Pone l'indicazione al trattamento chirurgico
- Propone l'intervento e illustra dettagliatamente al paziente l'intervento proposto, le eventuali tecniche alternative e verifica la comprensione di quanto proposto, consegna materiale illustrativo riguardo all'intervento chirurgico ed alla gestione anche anestesilogica, quantifica il rischio clinico sulla base del peso dell'intervento proposto (Vedi classificazione della complessità delle procedure chirurgiche).
- Valuta e definisce la tipologia di ricovero - setting (ordinario o day surgery (DS)) (sec. criteri LR 20/2006 e DPCM 16/04/2002)
- Prescrive eventuali esami diagnostici o consulenze ritenuti necessari prima dell'intervento;
- Acquisisce il consenso verbale all'intervento (consenso che sarà successivamente sottoscritto alla compilazione della cartella in pre-ricovero o comunque almeno 24 ore prima dell'intervento;
- Compila la scheda di "Proposta di inserimento in lista per ricovero/ intervento programmato" che definisce la "presa in carico del Paziente Programmato Chirurgico".

Presa in carico del paziente e inserimento in lista di attesa

È fondamentale che l'inserimento in Lista di attesa avvenga solo per quei pazienti effettivamente pronti ed eleggibili per la chirurgia. I pazienti che hanno eseguito una visita specialistica e il cui esito ha fornito indicazione chirurgica ma che non si trovano nelle immediate condizioni di operabilità, vanno inseriti nella Lista di presa in carico.

Il momento della presa in carico non sempre coincide con il momento dell'inserimento in lista di attesa, in quanto la fase diagnostica potrebbe non essere completata e, quindi, non ancora puntualmente definiti

l'indicazione all'intervento chirurgico, il livello di gravità clinica, oppure potrebbe esserci la necessità di effettuare trattamenti farmacologici, terapie, etc.

La data di inserimento in lista di attesa corrisponde al momento in cui il paziente è nelle effettive condizioni di essere sottoposto ad intervento chirurgico avendo già eseguito tutti gli approfondimenti diagnostici necessari per la corretta definizione dell'indicazione al trattamento chirurgico. La creazione della lista di presa in carico garantisce una lista di attesa accurata che permette di perseguire gli obiettivi di equità di accesso alle cure e di trasparenza.

Fase del Prericovero

Sulla base delle liste di attesa viene fissata la data del prericovero e prenotata la visita anestesiologicala c/o Ambulatorio dedicato. Sulla base della pianificazione delle attività concordata con il Direttore della UO chirurgica e degli appuntamenti forniti dall'Ambulatorio di Anestesiologia il paziente viene contattato telefonicamente e concordata la data del pre-ricovero. Nel giorno fissato per il prericovero il paziente munito della scheda di "Proposta di inserimento in lista per ricovero/ intervento programmato" dovrà presentarsi entro l'orario concordato presso la sede indicata. In quella sede verranno eseguite le indagini pre-operatorie condivise dall'equipe chirurgico-anestesiologica nel "Protocollo test pre-operatori per procedure diagnostiche e terapeutiche in elezione".

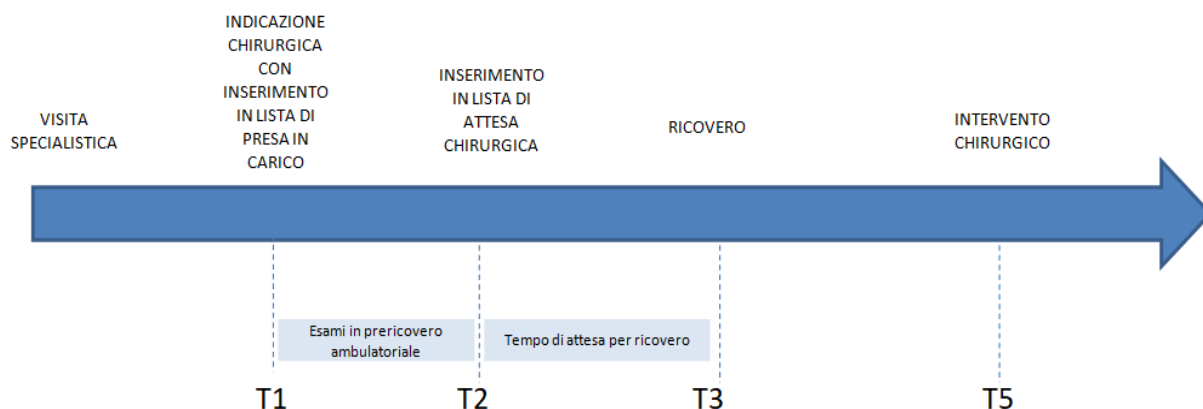
L'anestesista sottopone il paziente a visita, valuta gli esami e gli accertamenti diagnostici già effettuati, descrive la tipologia di anestesia più adeguata per l'intervento proposto, quantifica il rischio (secondo la classificazione ASA e sulla base anche delle indicazioni fornite dallo specialista dell'UO inviante), dispone l'effettuazione degli eventuali ulteriori accertamenti diagnostici e di laboratorio o richiede eventuali consulenze da effettuare possibilmente nella stessa giornata.

In base a quanto rilevato l'Anestesista informa il paziente sul rischio perioperatorio, sulla possibilità o meno di adottare misure atte a contenerlo, illustra ed acquisisce consenso scritto all'anestesia.

Il DM dell'UO chirurgica valuta gli esiti delle indagini effettuate o fornite dal paziente e, se necessario si confronta con l'Anestesista per condividere l'opportunità di effettuare ulteriori accertamenti diagnostici o ripetere esami fuori norma.

Fase del Ricovero

Il Direttore dell'UO chirurgica, in collaborazione con il Coordinatore, sulla base degli esiti del prericovero, pianifica le Liste Operatorie e definisce la data di ricovero e intervento. Il paziente viene informato telefonicamente della data stabilita per il ricovero, successivamente ricontattato telefonicamente 48 ore prima dello stesso per la conferma di ricovero e l'accertamento delle condizioni di salute.



Migliorare il percorso di preospedalizzazione

Grazie al supporto di servizi di telemedicina che verranno implementati, per interventi di bassa complessità (day surgery e chirurgia ambulatoriale) e in pazienti che non hanno problemi di salute concomitanti, è possibile, su discrezione del medico che ne valuterà la fattibilità, eseguire il prericovero a distanza o eventuali ulteriori visite di consulenza in modalità televisita.

È fondamentale garantire un puntuale monitoraggio dei flussi di lavoro, l'informatizzazione dei dati inerenti il flow management è essenziale per una corretta e puntuale analisi dei dati per le attività previsionali, per la costruzione degli scenari allocativi e la valutazione in tempo reale dello status di utilizzo dei diversi asset in grado di fornire alert in caso di situazioni di "stallo" tali da compromettere i flussi dei pazienti.

È necessario pertanto realizzare un cruscotto di monitoraggio degli indicatori delle attività di programmazione ed erogazione delle prestazioni a livello aziendale.

Riorganizzazione delle sale operatorie

Oltre alla definizione dei turni di lavoro dei medici chirurghi, si deve determinare anche quali pazienti, appartenenti all'unione di tutte le liste, quelle personali e quella condivisa, dovranno essere operati nella settimana di pianificazione degli interventi e quali giornate e sale operatorie, tra quelle dedicate all' U.O. dovranno essere associate ai pazienti selezionati.

L'implementazione di slot chirurgici è utilizzata prioritariamente per classi di priorità e complessità, nonché nel rispetto dell'ordine cronologico di inserimento in lista d'attesa.

Gli interventi chirurgici possono essere distinti, secondo la classificazione già nota, in operazioni di chirurgia elettiva e non elettiva. Portando ad esempio la disciplina di Ortopedia, tra le operazioni di chirurgia elettiva, e dunque programmabili, è possibile distinguere due classi costituite rispettivamente dagli interventi protesici e da quelli non protesici. L'analisi dei dati in mobilità passiva che vede la protesica ortopedica primeggiare e il basso punteggio sui LEA relativi agli interventi chirurgici per frattura di femore entro le 48 ore, ha necessità di risposta rapida da parte della direzione strategica per pianificare gli interventi di Chirurgia ortopedica.

Le operazioni di chirurgia non elettiva, quelle di traumatologia, vengono invece gestite, da tutte le unità operative di Ortopedia Aziendali, con un approccio di complessità sui tre presidi Chieti, Lanciano e Vasto. Tale modello di gestione, infatti, non esamina considerazioni di tipo probabilistico sul flusso di arrivo dei pazienti urgenti, ma bensì si preferisce dedicare, agli eventuali interventi di traumatologia, parte delle slot temporali assegnate all'unità operativa dalla programmazione settimanale, esempio le fratture di femore che hanno bisogno di preparazione 24/48 ore possono essere inserite negli slot settimanali assegnati, non utilizzando slot delle urgenze.

La proposta operativa è quella di assegnare a ciascuna unità operativa, una sala operatoria nelle varie giornate della settimana di pianificazione degli interventi chirurgici. In base agli orari di apertura delle sale operatorie, la direzione sanitaria e i responsabili dei blocchi operatori, considerano per la determinazione delle slot temporali, una partizione di ciascuna giornata in 12 ore. (la tabella di seguito indica la pianificazione tipo di slot settimanale del Blocco Operatorio Centrale del P.O. di Chieti Lanciano Vasto e Ortona)

PIANIFICAZIONE SLOT CHIRURGICHE PO CHIETI		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO
		X	X	X	X	X	X
SALA 1	8:00-14:00	CL OFTALMICA DS	CL OFTALM	CL OFTALMICA DS	CL OFTALM	CL OFTALMICA DS	CL OFTALMICA DS
	14:00-19:00	CL OFTALMICA DS		CL OFTALMICA DS		CL OFTALMICA DS	
SALA 2	8:00-14:00	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	CH DS
	14:00-19:00	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	UROLOGIA	
SALA 3	8:00-14:00	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA
	14:00-19:00	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA	URGENZA
SALA 4	8:00-14:00	CH ONCOLOGICA	CH ONCOLOGICA	CL CHIR	CH ONCOLOGICA	ORL	
	14:00-19:00	CH ONCOLOGICA	CH ONCOLOGICA	CL CHIR	CH ONCOLOGICA	ORL	
SALA 5	8:00-14:00	CL CHIR	ORL	GINECOLOGIA	ORL	CL CHIR	CH DS
	14:00-19:00	CL CHIR	ORL	GINECOLOGIA	ORL	CL CHIR	
SALA 6	8:00-14:00	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza
	14:00-19:00	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza	emergenza
14 LIVELLO EMERGENZA OSTETRICA	8:00-14:00	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA
	14:00-19:00	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA	STR. OSTETRICA
SALA 7	8:00-14:00	CH VASC	OSTETRICA	CH VASC	END DIGESTIVA	CH VASC	
	14:00-19:00	CH VASC		CH VASC		CH VASC	
SALA 8	8:00-14:00	CL ORTO TRAUMA	TER DOLORE	CL ORTO TRAUMA	CL ORTO TRAUMA	GINECOLOGIA	CL ORTO TRAUMA
	14:00-19:00	CL ORTO TRAUMA	CL ORTO TRAUMA	CL ORTO TRAUMA	CL ORTO TRAUMA	GINECOLOGIA	CL ORTO TRAUMA
NORA	8:00-14:00						
	14:00-19:00					NORA END DIG	

PIANIFICAZIONE SLOT CARDIOCHIRURGIA CHIETI		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI	SABATO	DOMENICA
SALA 1	8:00-14:00	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	URGENZE
	14:00-20:00	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE
SALA 2	8:00-14:00	CHIRURGIA VASCOLARE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE	URGENZE
	14:00-20:00	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	CARDIO CHIRURGIA	URGENZE	URGENZE

PIANIFICAZIONE SLOT CHIRURGICHE PO ORTONA		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
SALA 1	8:00-14:00	SENOLOGIA	CHIRURGIA	SENOLOGIA	CHIRURGIA	SENOLOGIA
	14:00-19:00	SENOLOGIA	CHIRURGIA	SENOLOGIA	CHIRURGIA	SENOLOGIA
SALA 2	8:00-14:00	ORTOPEDIA	ORL	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA
	14:00-19:00	ORTOPEDIA	ORL	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA

PIANIFICAZIONE SLOT CHIRURGICHE PO LANCIANO		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
SALA 1	8:00-14:00	CHIRURGIA	ORL	CHIRURGIA	ORL	CHIRURGIA
	14:00-19:00	CHIRURGIA	ORL	CHIRURGIA	ORL	CHIRURGIA
SALA 2	8:00-14:00	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA
	14:00-19:00	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA
SALA 3	8:00-14:00	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	UROLOGIA	GINECOLOGIA
	14:00-19:00	GINECOLOGIA	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	UROLOGIA	GINECOLOGIA

PIANIFICAZIONE SLOT CHIRURGICHE PO VASTO		LUNEDI	MARTEDI	MERCOLEDI	GIOVEDI	VENERDI
SALA 1	8:00-14:00	CHIRURGIA	UROLOGIA	CHIRURGIA	UROLOGIA	CHIRURGIA
	14:00-19:00	CHIRURGIA	UROLOGIA	CHIRURGIA	UROLOGIA	CHIRURGIA
SALA 2	8:00-14:00	UROLOGIA	ORTOPEDIA	ORL	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
	14:00-19:00	UROLOGIA	ORTOPEDIA	ORL	ORTOPEDIA	ORTOPEDIA
SALA 3	8:00-14:00	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	ORL
	14:00-19:00	ORTOPEDIA	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	GINECOLOGIA	ORL
SALA 4	8:00-14:00	ORL	UROLOGIA	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	UROLOGIA
	14:00-19:00	ORL	UROLOGIA	ORTOPEDIA	CHIRURGIA	UROLOGIA

*Nel PO di Ortona, Lanciano e Vasto lo slot dedicato alla Chirurgia viene utilizzato anche per gli interventi ERCP

Dev'essere quindi costruita una pianificazione che associa ad ogni chirurgo, appartenente ad una data unità operativa, le sale operatorie che deve occupare in ciascuna giornata della settimana di pianificazione degli interventi. Una sala operatoria, dunque, è occupata da una sola U.O. ed equipe chirurgica della disciplina per tutta la durata del periodo in cui gli è stata assegnata.

Differente è la pianificazione fatta nel modello attuale, in cui, ogni sala operatoria, nell'arco di un'intera giornata, poteva essere assegnata a più specialità chirurgiche del presidio ospedaliero.

Secondo il modello proposto, la direzione sanitaria e il responsabile del blocco operatorio, assegnerà per esempio, all'unità operativa di Ortopedia, una sala operatoria in ciascuna giornata della settimana di pianificazione degli interventi chirurgici, per un totale di 10-12 slot temporali disponibili per 5-6 giorni, di cui 4 vengono dedicate agli interventi di traumatologia che hanno avuto bisogno di preparazione (femore dell'anziano), fermo restando la disponibilità della sala urgenza. L'U.O. interessata prevede inoltre, in ciascun periodo di una singola giornata, lo svolgimento di operazioni appartenenti ad un'unica classe (es. interventi protesici, non protesici o traumatologici).

In una giornata tipo ad esempio dell'unità operativa di Ortopedia è presente una sessione di 12 ore in cui possono essere eseguiti interventi programmabili (protesi) nella sessione mattutina e interventi non protesici nelle sessioni pomeridiane.

Gli interventi protesici sono classificati come: intervento all'anca, al ginocchio o alla spalla. Ciascuna tipologia è caratterizzata da un grado distinto di complessità che, per motivi organizzativi, richiede che in ciascuna sala operatoria, nell'arco di una delle sessioni mattutine della settimana in analisi, vengano eseguiti un numero di interventi protesici di tipo diverso. Nelle UU.OO. è previsto, in linea teorica, lo svolgimento di due operazioni in ciascun periodo della giornata (mattina-pomeriggio) in base alla complessità degli

interventi, mantenendo così le attività lavorative entro l'orario regolare di apertura delle sale operatorie.

Tuttavia è possibile programmare un numero di operazioni superiore al valore standard, ma la pianificazione in overtime è concessa solo se si tratta di operazioni non complesse.

Un'ulteriore modifica apportata al modello attuale, in base alle abitudini organizzative e lavorative delle unità operative chirurgiche è costituita dalla considerazione, in fase di pianificazione, della richiesta che un chirurgo può fare di essere affiancato durante un intervento da un collega appartenente alla stessa disciplina o diversa, ma con competenze specialistiche necessarie al raggiungimento dell'obiettivo prefissato.

Tali richieste vengono gestite, dalla direzione sanitaria di presidio, mediante la definizione di una serie di relazioni determinate dai medici del dipartimento chirurgico, che indicano il chirurgo che ha richiesto la consulenza e l'affiancamento di un collega nel tipo di intervento che si andrà a svolgere.

Il modello dovrà quindi soddisfare correttamente tali richieste, impedendo l'assegnazione di una sala operatoria, ad un chirurgo, nello stesso periodo della giornata in cui è stata richiesta la sua presenza, per effettuare un intervento in un'altra sala operatoria.

L'assegnazione dei periodi della settimana in analisi, ai vari chirurghi, deve inoltre soddisfare, vincoli "politici" interni alla struttura ospedaliera.

Così come per l'insieme delle specialità chirurgiche del presidio ospedaliero è dunque possibile definire un ordinamento sull'insieme dei chirurghi afferenti all'unità operativa di Ortopedia o altra disciplina, in base alla lunghezza della lista di attesa dell'Unità Operativa pesata per priorità dei pazienti iscritti.

Per quanto riguarda le risorse coinvolte indirettamente nelle attività chirurgiche, i posti letto, dei presidi ospedalieri aziendali vengono distribuiti tra le diverse specialità chirurgiche al bisogno.

Qualora nelle unità operative chirurgiche i posti letto non risultassero in numero adeguato e costituire quindi una criticità, bisogna considerare in fase di pianificazione la disponibilità dei posti letto nella programmazione delle attività chirurgiche, nel caso in cui la domanda superi la disponibilità, di usufruire dei posti letto dedicati ad altre specialità chirurgiche della struttura ospedaliera.

Il modello proposto non presenterà, quindi, i vincoli di capacità produttiva cui era soggetto il modello attuale per la gestione dei posti letto e dei ricoveri in terapia intensiva. Il modello proposto prevede altresì slot dedicati ai prelievi ematici in accordo con i centri trasfusionali aziendali, con pianificazione di prelievi del sangue precedenti all'operazione dei pazienti che potrebbero dover subire delle trasfusioni durante l'intervento. Lo scopo è di rendere i pazienti autosufficienti nel loro fabbisogno ematico, sottoponendoli a prelievi prima dell'intervento.

Tale iniziativa permetterebbe di limitare le richieste, di sacche ematiche che rappresentano una risorsa scarsa e condivisa da tutte le unità operative dei PP.OO.

Si deve cercare dunque di costruire la corretta prassi per il deposito di sacche ematiche per ottenere un giusto utilizzo di tale risorsa. Al momento della pianificazione può essere considerato un indicatore, associato a ciascun paziente, che fornisce informazioni relative alla presunta necessità di doverlo sottoporre a trasfusioni durante l'intervento e alla possibilità di poter effettuare dei prelievi preoperatori in base all'età e alla condizione clinica del paziente considerato.

La pianificazione degli interventi chirurgici, si conclude con la comunicazione da parte dell'U.O. a ciascun paziente selezionato, della data programmata per l'intervento. Si verifica quindi la loro disponibilità, per poter confermare le date pianificate ed ottenere il programma definitivo degli interventi della settimana in analisi. Nel caso in cui qualche paziente non sia disponibile ad essere operato nel giorno programmato, è necessario ottenere un'altra pianificazione in cui o il giorno dell'intervento del paziente risulta cambiato o il paziente viene sostituito e rinviato alla pianificazione della settimana successiva.

Si è ritenuto necessario quindi, fornire un nuovo modello di un sistema di controllo dei giorni confermati o meno dai pazienti, non solo per la data dell'intervento, ma anche per la data della visita anestesilogica e dei due prelievi ematici cui devono sottoporsi i pazienti definiti critici o idonei.

Al fine di procedere al recupero della mobilità passiva e di applicare il modello sopra rappresentato, questa Azienda ha già posto in essere le procedure di reclutamento delle risorse dedicate alle discipline di cardiologia, ortopedia e chirurgia come evidenziato di seguito.

Per la disciplina di Cardiologia, mediante avviso pubblico, sono state reclutate a tempo determinato ulteriori n. 4 unità di cui n.2 già in servizio e n. 2 di prossimo inizio. È in corso di costituzione la Commissione Esaminatrice del Concorso pubblico aggregato per n.6 posti.

Per la disciplina di Chirurgia, mediante concorso pubblico aggregato, sono state assunte a tempo indeterminato n. 8 unità di cui n. 5 dal 01.07.2022, n. 1 dal 16.08.2022, n. 1 dal 16.09.2022 e n. 1 dal 01.10.2022.

Per la disciplina di Ortopedia e Traumatologia, mediante concorso pubblico aggregato, sono state assunte n. 2 unità attualmente a tempo determinato, che saranno assunte a tempo indeterminato non appena conseguito il titolo di specializzazione. Mediante mobilità è stata assunta a tempo indeterminato n.1 unità con decorrenza 15.10.2022.

Per tale tipo di programmazione, occorrono 13 DD.MM di Anestesia e Rianimazione di cui 2 da utilizzare in sostituzione di 2 DD.MM. attualmente in servizio f, fino a dicembre, con contratto a tempo determinato.

Per Chieti, al fine di utilizzare a pieno le sale operatorie, fisicamente pronte dopo periodo di ristrutturazione, sono necessari 21 unità infermieristiche e 8 OSS per poter operare 12 ore al giorno dal lunedì al venerdì su tutte le sale operatorie architettonicamente disponibili.

Il sabato si effettuerà attività ridotta a poche sale programmate per il fisiologico ripristino delle sale operatorie per la settimana successiva.

Per quanto concerne gli interventi strutturali, sono stati ultimati i lavori di ristrutturazione del blocco operatorio di Chieti, in imminente consegna, dotando lo stesso di nuovi sistemi di anestesia e monitor.

Di recente è stato sostituito il precedente robot tramite noleggio del nuovo Da Vinci di ultima generazione, dotato di simulatore chirurgico e tavolo operatorio connessi, per garantire un aumento della qualità degli interventi chirurgici.

Un particolare rilievo è stato dato alla innovazione tecnologica di tutta l'Azienda, infatti sono stati acquistati

- Letti per ortopedia;
- Monitor per la chirurgia laparoscopica;
- Colonna laparoscopica con gara in atto;
- Amplificatori di brillantezza portatili (Arco a C);
- Strumentazione endoscopica;
- Ecotomografi multidisciplinari per tutti i presidi;
- Ecocardiografi di alta gamma per tutti i presidi ospedalieri.

Quanto sopra consentirà, congiuntamente ad una efficiente riprogrammazione degli slot di sala operatoria, di recuperare la mobilità passiva e attiva per le discipline chirurgiche e migliorare la presa in carico dell'utenza nei percorsi assistenziali.

Organizzazione e miglioramento dell'attività chirurgica – Livelli di responsabilità

Il blocco operatorio è il cuore pulsante della capacità produttiva di un ospedale per acuti, pertanto i livelli decisionali non possono che essere quelli della direzione strategica con l'obiettivo di ottenere soddisfacenti livelli di saturazione degli slot attraverso un ottimale organizzazione.

La chirurgia è una delle attività più complesse dal punto di vista organizzativo che si svolgono all'interno degli ospedali e il percorso chirurgico rappresenta il centro di costo più rilevante, per questo la direzione strategica vuole agire per ottenere la massima efficienza

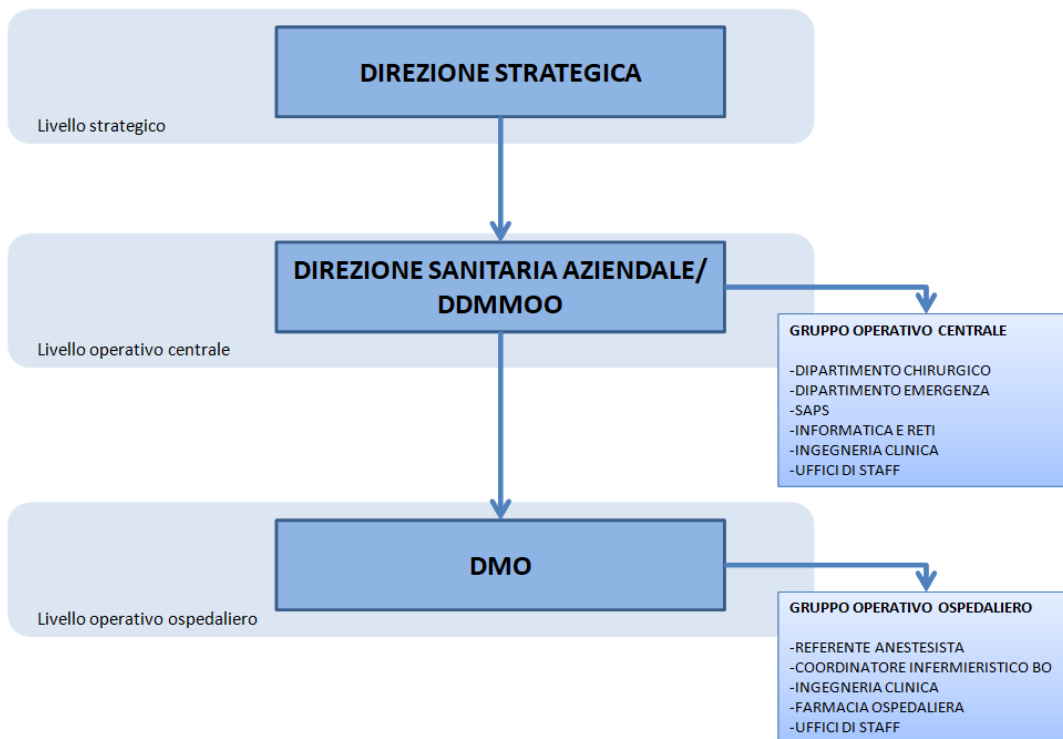
Il livello strategico ha già preso decisioni che riguardano investimenti tecnologici e strutturali relativi a alle sale operatorie presso i presidi di Chieti e Vasto e ha dato mandato all'ufficio risorse umane di reclutare figure professionali necessarie per l'operatività dei blocchi operatori.

Per garantire il governo efficiente, efficace, appropriato ed equo del percorso del paziente chirurgico la **direzione sanitaria aziendale** coordina un **gruppo operativo centrale** composto dai direttori delle DMO, dal Direttore Dipartimento Chirurgico, dal Direttore Dipartimento Emergenza, dal Direttore Governo Liste d'attesa, dal Direttore SAPS, dal Direttore Informatica e Reti, dall' Ingegneria Clinica e dagli uffici di Staff con il compito di adottare modelli organizzativi e percorsi assistenziali funzionali ai fabbisogni espressi dagli utenti, pianificare i programmi operatori mensili, garantire la trasparenza delle liste di attesa; ottimizzare il corretto utilizzo delle risorse strutturali, strumentali, umane; definire i flussi informativi con particolare riferimento a indicatori di performance e tracciamento di utilizzo delle sale.

Il livello operativo ospedaliero di pianificazione del blocco operatorio è **in carico** alla direzione sanitaria aziendale che si avvale delle DMO con il supporto del referente Anestesista, del coordinatore infermieristico del blocco operatorio, degli uffici di staff, dell'ingegneria clinica e della farmacia ospedaliera, assegnando in modo ottimale le slot mattutine e pomeridiane di ogni sala operatoria ai team chirurgici per discipline anche omogenee, programmandole per un mese.

Il livello operativo monitora la sequenza di interventi che verranno svolti in ogni sala operatoria ogni giorno coordinandosi con i responsabili delle terapie intensive per i pazienti che avessero bisogno di ricovero in terapia intensiva.

Il livello operativo monitorerà anche le urgenze che non devono interferire con gli interventi in elezione programmati. È Compito del referente anestesista e del coordinatore infermieristico seguire il corretto svolgimento delle liste operatorie, controllare i motivi di ritardo non previsti, verificare eventuali difformità dalla programmazione e valutare i tempi di fine intervento per ciascuna sala operatoria e avvertire la direzione sanitaria aziendale quando emergano difformità nella programmazione già validata delle sale.



Programmazione del blocco operatorio

La programmazione del blocco operatorio costituisce la base per un ottimale organizzazione del lavoro di sala operatoria.

Leve di attività:

- Pianificazione delle risorse orse disponibili di carattere organizzativo, clinico e assistenziale (sale operatorie, specialisti clinici e tecnici, apparecchiature, strumenti e materiale) necessari per condurre l'intervento chirurgico con il maggior livello di efficacia, efficienza e sicurezza. La pianificazione ha lo scopo di bilanciare l'assegnazione delle risorse con le reali esigenze della struttura sanitaria e garantire il pieno utilizzo delle sale operatorie al fine di non avere dei buchi di inutilizzo degli slot.

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

- Programmazione e assegnazione delle risorse operatorie sulla base della consistenza e criticità delle liste di attesa per ogni disciplina, patologia e classe di priorità.
- Tutti i blocchi operatori dei presidi ospedalieri devono avere linee di attività chirurgica programmata basate su slot H 12 per disciplina anche omogenea a garanzia della continuità operatoria, con i casi di maggior impegno, in termini di complessità e di tempo totale previsto (preparazione, tempo chirurgico e uscita dalla sala operatoria), di norma inseriti ad inizio seduta, mentre i casi con infezioni trasmissibili per via aerea vanno inseriti a fine seduta;
- L'U.O. coordina la fase di pre-ospedalizzazione e la gestione dell'agenda di prenotazione in lista operatoria;
- Il livello operativo ospedaliero con la DMO di Presidio, programma e pianifica le sedute del blocco operatorio;
- Il referente anestesista e il coordinatore infermieristico del blocco operatorio organizza i flussi che transitano per le sale operatorie (per esempio, i pazienti programmati ed i pazienti in emergenza-urgenza);
- Il referente anestesista e il coordinatore infermieristico del blocco operatorio coordinano il trasporto del paziente e della sua tempistica (ovvero del tempo intercorrente tra «chiamata» ed «arrivo», che ha evidenti ripercussioni sulla gestione della seduta operatoria, in termini di sforamenti, ritardi e rinvii);
- Il bed manager dell'U.O. gestisce le dimissioni del post-acuto al fine di liberare posti letto per acuti;
- Gli interventi in setting assistenziali di Day Surgery devono essere programmati su una linea di attività dedicata possibilmente su un giorno settimanale e non devono interferire sulle attività chirurgiche per patologie complesse dei presidi ospedalieri di Chieti, Lanciano e Vasto.
- La DS deve essere programmata anche presso il P.O. di Ortona a seguito di valutazione della U.O. interessata.

Organizzazione dell'attività chirurgica in Emergenza e Urgenza

Ogni Blocco Operatorio deve avere una sala chirurgica dedicata all'attività di Emergenza (sala EMERGENZE) per tutte le specialità chirurgiche afferenti al blocco, la valutazione dello stato clinico di Emergenza da parte dei chirurghi che propongono l'intervento, deve essere molto ponderata.

Chirurgia Robotica

Emerge la necessità di un coordinamento centrale della gestione/governo della tecnologia robotica con il centro di riferimento di Chieti (bacino di utenza dimensione attività, competenza, multidisciplinarietà, efficienza economica) strutturato in rete hub-spoke con le U.O. chirurgiche aziendali.

I pazienti inseriti in lista di presa in carico, dopo lo studio e la preparazione in pre-ricovero, definita l'eleggibilità all'intervento in setting di robotica, devono essere inseriti in lista di attesa e operati presso il centro Hub di Chirurgia Robotica di Chieti, in considerazione di introdurre meccanismi di monitoraggio sui processi, esiti, costi della tecnologia in dotazione.

Tutto ciò rientra in un modello organizzativo a rete sulla base di alcuni aspetti peculiari della chirurgia robotica, quali gli elevati costi di acquisizione, mantenimento e funzionamento con l'esigenza aziendale di un livello minimo di volume di attività per garantire efficacia/qualità della procedura chirurgica ed efficienza nella gestione della stessa, oltre alla necessità di avere garanzia della competenza dei professionisti sanitari (chirurghi, anestesisti, infermieri, tecnici) utilizzatori della robotica.

La concentrazione dell'attività presso il centro di Chieti ha lo scopo di avere una dimensione di attività con livelli competenza elevati e diffusi tra il personale chirurgico, anestesilogico ed infermieristico con multidisciplinarietà nell'impiego del sistema.

Dimissioni del paziente

Al fine di garantire una riduzione dei tempi di degenza ed un'occupazione efficiente dei posti letto, si prevede di migliorare il percorso "in uscita" dei pazienti, attraverso il potenziamento della presa in carico in ADI, il trasferimento in strutture di riabilitazione ospedaliera (cod.56), di riabilitazione extraospedaliera (ex Art. 26), in strutture residenziali (RSA/RA/Hospice) o semiresidenziali, attraverso la riorganizzazione e il potenziamento di percorsi già presenti all'interno della ASL Lanciano – Vasto- Chieti.

Ove il medico ritenesse necessario il trattamento in medicina riabilitativa (cod.56), verrà contattata, per il tramite della assistente sanitaria/sociale il referente della struttura accettante per concordare il trasferimento e verificare la disponibilità di posti letto. Qualora il posto letto nella struttura riabilitativa non sia disponibile al momento della dimissione, ma lo sia entro le 72 ore ed il paziente è clinicamente stabile, questo può essere dimesso in dimissione protetta con lettera di dimissione da cui risulti che verrà ammesso in struttura riabilitativa nel giorno concordato con essa.

Verrà inoltre potenziato l'istituto della Dimissione Protetta mediante l'invio al PUA, almeno 72 ore prima del giorno feriale della presunta dimissione, escluso il festivo, della richiesta di dimissione protetta da parte del Medico di reparto, Coordinatore Infermieristico/Infermiere e l'Assistente Sociale, previa valutazione della disponibilità del Care Giver, nel caso di Accesso alle Cure Domiciliari. Si prevede l'estensione dell'attività del PUA anche alla giornata del sabato nelle ore antimeridiane al fine di garantire la continuità assistenziale anche per le dimissioni che avvengono a ridosso del week-end.

Si prevede inoltre l'implementazione di percorsi di dimissione programmata in pazienti fragili attraverso una pianificazione della dimissione fin dall'inizio dell'ammissione in Ospedale, mediante lo stretto coordinamento tra le UO Ospedaliera di dimissione, il Medico di Medicina Generale, il PUA, l'infermiere di Fragilità, i Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente (laddove necessario) il paziente e la sua famiglia.

LA TELEMEDICINA NEI PDTA SVILUPPO APPLICAZIONE

PREMESSA

Il Progetto di Digitalizzazione dei servizi sanitari si inquadra in una nuova visione della ASL2Abruzzo che individua nell'innovazione uno dei driver fondamentali per l'efficientamento dei propri processi. L'uso di tecnologie innovative ICT (Information and Communication Technology) applicate ai servizi sanitari territoriali si pone come obiettivo primario di ri-orientare i servizi sanitari di prevenzione, assistenza, riabilitazione e follow up in una *visione* olistica ed integrata che prenda in carico il cittadino fin dalla prima manifestazione del bisogno e accompagni il paziente in tutte le fasi *post processing*. Integrando funzionalmente i setting di assistenza ospedalieri e quelli territoriali la ASL2 Abruzzo ha l'ambizione di realizzare, la propria *mission* attraverso un *continuum* organizzativo che si avvalga di tutte le professionalità coinvolte e delle tecnologie innovative ICT al fine di:

- **migliorare l'outcome diagnostico-terapeutico** nei pazienti cronici seguiti a livello territoriale,
- **ridurre le iniquità** nell'erogazione dei servizi a causa di disomogeneità orografiche o sociali,
- **integrare funzionalmente i setting** di assistenza ospedalieri e territoriali,
- **ridurre gli accessi inappropriati** ai servizi di Emergenza Urgenza dei presidi ospedalieri
- **ridurre la mobilità passiva** intra ed extra regionale e con essa i disagi della popolazione.

Il Progetto è inserito nell'ambito della missione 6 del PNRR e costituisce uno strumento attraverso il quale la ASL2 Abruzzo intende rispondere al bisogno di salute e benessere dei cittadini.

Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva 2023-2024-2025	Versione 00 del 09/02/2023		Pag.103/107
--	----------------------------	--	-------------

Il sistema è strutturato sul territorio di riferimento della Provincia di Chieti nella quale esistono 3 presidi ospedalieri DEA di I livello (Chieti-Ortona, Lanciano e Vasto), 3 aree territoriali nelle quali sono individuati 15 Case della Comunità e 13 punti erogativi nei quali vengono rese prestazioni sanitarie extraospedaliere.

La ASL2 Abruzzo nel sistema integrato OTT pianifica investimenti ed integra Risorse Umane (i professionisti), Strutturali e Strumentali (Infrastrutture e apparecchiature elettromedicali), Metodologiche (i Percorsi Diagnostici-Terapeutici Assistenziali), IT (la piattaforma di IT):

✓ Gestione delle Risorse Umane

Il sistema integrato si avvale di specialisti che possono operare sia in ambiente ospedaliero che extraospedaliero attraverso una pianificazione a rotazione delle attività e delle sedi. Un programma di formazione specifico permetterà di omogeneizzare le competenze in termine di utilizzo delle tecnologie a disposizione e della conoscenza dei PDTA in vigore;

✓ Gestione degli investimenti (Infrastrutture ed apparecchiature elettromedicali)

Nel sistema integrato sono previsti investimenti strutturali e tecnologici.

✓ Gestione dei PDTA

Tutta l'assistenza ospedaliera verrà erogata in osservanza delle Linee Guida emanate dalla Società scientifiche internazionali e dei PDTA regionali o aziendali. L'applicazione più diffusa è negli ambiti cardiovascolare, diabete e sue complicanze, malattie dell'apparato respiratorio, tuttavia l'ambito della Cardiologia è stato individuato quale settore di avvio della nuova modalità di assistenza integrata Ospedale-Territorio-Telemedicina.

✓ Gestione della piattaforma di IT.

Il sistema è costituito da una piattaforma di servizi informatici di registrazione dati, trasferimento di informazioni, accessibilità da punti e professionisti diversi che attraverso standard tecnologici omogenei possano condividere linguaggi, metodi, finalità della gestione del paziente cronico.

L'ampio coinvolgimento di risorse e metodologie rappresenta il meccanismo attraverso il quale il sistema OTT intende promuovere la centralità del paziente nelle varie forme di assistenza.

Il modello descritto si propone di superare l'attuale gestione delle patologie attraverso una strategia di risposta alle manifestazioni del bisogno in un'ottica proattiva di presa in carico integrata che identifica nell'applicazione diffusa delle innovazioni tecnologiche il *leitmotiv* dell'azione.

Il sistema OTT gestisce *in house* tutte le attività di prevenzione, cura in fase acuta e cronica riabilitazione e assistenza a lungo termine accogliendo il paziente fin da quando manifesta il suo bisogno di salute al Medico di Medicina Generale (MMG) presso il suo studio o presso una Casa della Comunità o allo specialista. Entrambi possono erogare alcune prestazioni di base, prenotarne altre direttamente attraverso il sistema di prenotazione CUP di II livello, indirizzare il paziente ad un ulteriore consulto specialistico, avvalersi di un teleconsulto in *second opinion* nei casi controversi o di patologie rare, seguire il paziente nelle sue fasi post trattamento, monitorarne l'aderenza alla terapia ed agli stili di vita prescritti, fornire supporto alle attività di preospedalizzazione. Dopo il trattamento in acuto il sistema OTT accompagna il paziente sia attraverso Programmi Ospedalieri di Medicina Riabilitativa (Cod. 56), di Medicina per pazienti con comorbilità e fragilità (PO Ortona) o Lungodegenza (PO Atessa e Vasto) sia attraverso strutture intermedie di assistenza territoriale (3 Ospedali di Comunità già operativi (Guardagrele, Casoli, Gissi) ed ulteriori 3 da attivare (Chieti, Lanciano/Atessa, S. Salvo) ed un sistema di Case della Comunità (15) e punti erogativi (13) che operano in sinergia attraverso i PDTA aziendali. Le 4 COT (Chieti, Lanciano, Casoli, S. Salvo) gestiscono le fasi di transizione dei pazienti.

In quest'ambito le possibilità offerte dalla telemedicina sono tra le più rilevanti nel campo dell'Innovazione Digitale dei servizi sanitari i cui obiettivi sono:

- **Migliorare** attraverso la digitalizzazione dei processi, **le attività di prevenzione, assistenza e cura** dei cittadini con patologie croniche di tipo cardiovascolare;
- **centralizzare** su un'unica piattaforma informatica **l'intero processo di presa in carico** e gestione dei piani di prevenzione assistenza e cura definiti;
- **facilitare la cooperazione e collaborazione di tutte le** strutture e le **figure professionali** coinvolte nel processo di prevenzione, assistenza e cura dei cittadini, secondo i vari livelli di responsabilità e azione;
- **integrare tutte le reti dei servizi aziendali** con particolare riferimento alle “reti cliniche delle malattie rare”, ai “Centri delle cure palliative”, all'ADI;
- **rendere operativa la rete di telemedicina** (definizione dei processi operativi del provider e delle COT) per la gestione dei dati, delle relazioni e dei referti acquisiti attraverso gli strumenti di Telemonitoraggio, Televisita, Teleconsulto e Telecooperazione sanitari;
- **rafforzare la relazione con il cittadino** e migliorare la sua percezione dei servizi.

Il sistema OTT si avvale di una piattaforma elettronica che renda operativo un ambiente informatico che è raccordato con il sistema di Gestione dati dei Processi delle Acuzie e integra diverse funzioni:

- portale di Gestione della Cronicità (Cartella Clinica Territoriale)
- portale che gestisca l'ambito della Telemedicina (Telemonitoraggio, Televisita, Teleconsulto/Telecooperazione, Teleassistenza, Teleriabilitazione)
- applicativo che consenta la prenotazione/assegnazione dei dispositivi e la loro tracciabilità;
- cruscotto che renda disponibile in interfaccia *Physician friendly* il quadro di monitoraggio dei parametri, dati clinici ritenuti descrittivi dal Medico che ha in carico il paziente;
- App mobile a disposizione dell'utente che vi accede tramite Identità digitale che consenta un contatto diretto con il proprio MMG o specialista, registri e mantenga aggiornata l'agenda delle (tele) visite, consenta la visualizzazione e l'aggiornamento del proprio piano terapeutico, monitorizzi la compliance al percorso di cura (assunzione farmaci, stili di vita, mobilità attiva etc.);
- Interfaccia con i sistemi informativi sovrazionali (Regione Abruzzo e Ministero della Salute) e con il FSE.

Il percorso assistenziale *tech integrated* individua nel momento della presa in carico il punto cruciale della propria strategia pertanto il paziente per il quale può essere considerata questa nuova forma di assistenza *person based* viene individuato in fase:

- ospedaliera: al momento della dimissione da un reparto per acuti;
- extraospedaliera: l'MMG, lo specialista cardiologo territoriale o l'ADI individuano il bisogno ed attivano i vari percorsi.

Il sistema di Telemedicina consentirà le funzioni di;

- *Telemonitoraggio*;
- *Televisita* ;
- *Telediagnostica*;
- *Teleconsulto/Telecooperazione*;
- *Teleassistenza*;
- *Teleriabilitazione*.

L'attivazione prevede la consegna del/i dispositivi di telemedicina al domicilio del paziente, la formazione del care giver la verifica della funzionalità del sistema integrato di flusso di informazioni, il raccordo con il MMG per l'analisi delle informazioni che ne discendono. Detti sistemi sono attualmente prevalentemente incentrati sulla rilevazione e trasmissione semiautomatica di parametri precedentemente definiti.

Tutti gli attori che intervengono nel percorso di cura devono essere dotati di interfaccia informatica (tablet) in grado di:

Piano industriale aziendale per la riduzione delle liste d'attesa e recupero mobilità passiva 2023-2024-2025	Versione 00 del 09/02/2023		Pag.105/107
--	----------------------------	--	-------------

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

- accedere ad informazioni disponibili sul sistema informativo aziendale (esami di laboratorio, diagnostica per immagini, etc.);
- mettersi in contatto attraverso videoconferenza con consulenti previamente individuati e disponibili in fasce orarie definite;
- trasmettere immagini utili per una più dettagliata definizione diagnostica o valutare l'efficacia di un trattamento;
- verificare la disponibilità di dispositivi da fornire al paziente ed eventualmente effettuarne l'ordine/assegnazione;
- fornire a paziente/care giver informazioni/indicazioni/modalità operative tramite filmati o altri supporti *user friendly*.

Il sistema centralizzato analizzerà il flusso dei dati e laddove si dovessero registrare dei parametri discrepanti rispetto a quanto definito invierà degli *alert* alla COT che informerà il MMG e/o lo specialista che seguono il paziente in accordo con i PDTA di riferimento.

Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano Vasto Chieti

Di seguito il PEF riferito ai costi e ai ricavi derivanti dalle azioni descritte nel presente documento.

PEF - incrementale

	Tipologia	2023	2024	2025
Ricavi Totali		13.252.603	16.488.731	16.852.692
	<i>Prestazioni ortopedia</i>	2.163.632	1.697.333	2.303.522
	<i>Prestazioni chirurgia</i>	3.186.000	4.123.000	5.431.000
	<i>Prestazioni cardiologia</i>	179.161	236.245	170.425
	<i>Prestazioni cardiocirurgia e cardiologia</i>	257.600	322.000	322.000
	<i>Prestazioni colon retto</i>	101.145	73.314	73.313
	<i>Prestazioni urologia</i>	1.174.331	1.654.048	551.349
	<i>Interventi chirurgici altre discipline</i>	2.558.868	3.990.642	4.195.321
	<i>Sedute LINAC</i>	2.317.456	2.320.451	941.262
	<i>pet-tac</i>	238.124	546.155	873.848
	<i>RM</i>	480.000	800.000	1.120.000
	<i>TAC</i>	200.000	250.000	300.000
	<i>Esami propedeutici colon retto</i>	131.306	157.567	189.081
	<i>Offerta diagnostica senologia</i>	236.892	284.270	341.124
	<i>Offerta diagnostica ortopedia</i>	28.088	33.706	40.447
Costi Totali		8.382.914	11.084.447	12.075.968
Costi del personale		3.156.648	5.142.928	5.330.208
	<i>Anestesia</i>	166.000	581.000	581.000
	<i>TSRM</i>	656.000	861.000	861.000
	<i>RADIOLOGIA- Medici</i>	664.000	913.000	913.000
	<i>Cardiologia - Medici</i>	498.000	498.000	498.000
	<i>Ortopedia e traumatologia- Medici</i>	149.000	415.000	581.000
	<i>Chirurgia generale - Medici</i>	498.000	913.000	913.000
	<i>Specialisti ambulatoriali convenzionati</i>	193.648	214.928	236.208
	<i>Gastroenterologi</i>	166.000	581.000	581.000
	<i>Urologia</i>	166.000	166.000	166.000
Beni e servizi		3.976.266	4.691.519	5.495.760
Ammortamento		1.250.000	1.250.000	1.250.000
Margine		4.869.689	5.404.284	4.776.724

I ricavi delle prestazioni sono stati calcolati considerando un valore medio delle prestazioni per le singole discipline.

Il costo dell'ammortamento considerato è calcolato con l'aliquota al 25% ridotta del 50%.

Il costo di beni e servizi è calcolato sulla proiezione del +20% rispetto ai valori del 2019 per l'anno 2023 e riproporzionato per il 2024-2025.

Il Direttore Amministrativo

Giovanni Stroppa

f.to digitalmente

Il Direttore Sanitario

Angelo Muraglia

f.to digitalmente

Il Direttore Generale

Thomas Schael

f.to digitalmente