



Regione del Veneto

Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa
rimodulazione

(art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104
art. 26 decreto legge 25 maggio 2021, n. 73
art. 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234)

Il decreto legge n. 104 approvato il 14 agosto 2020 ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", convertito, con modificazioni, dalla l. n. 126/2020, all'art. 29 ha dettato le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa con la finalità di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 e di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura.

A tale fine il citato articolo ha previsto che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possano avvalersi degli strumenti straordinari di cui all'articolo medesimo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale. Questo a decorrere dalla entrata in vigore del decreto legge in parola e sino al 31 dicembre 2020.

Ai sensi del comma 4 dell'art. 29 citato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono state autorizzate a ricorrere in maniera flessibile agli strumenti straordinari sopra riportati (di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 29), entro i limiti di spesa indicati negli allegati A e B del medesimo decreto legge.

Successivamente, il decreto legge n. 73 del 25 maggio 2021 recante "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" (c.d. decreto sostegni bis), convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 23 luglio 2021, all'art. 26, ha disposto che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possano ricorrere, dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto e fino al 31 dicembre 2021, agli istituti e alla risorse previste dal succitato art. 29 del d.l. n. 104/2020. Ciò per consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica.

La recente legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" ha previsto, all'art. 1, comma 276, che le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021, convertito, con modificazioni dalla l. n. 106/2021, siano prorogate fino al 31 dicembre 2022.

Il citato art. 26 dispone che:

1. Per le finalità del Piano di cui all'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2021:

a) per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126;



5fc9b1bb



b) per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1, possono integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020.

In sintesi, si descrivono gli strumenti straordinari indicati dall'art. 29 d.l. n. 104/2020.

Per il recupero dei ricoveri ospedalieri sono previsti:

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

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening sono previsti:

- prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale; viene previsto un aumento della tariffa oraria, con esclusione dei servizi di guardia;
- per le prestazioni di accertamenti diagnostici, prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale; viene previsto un aumento della tariffa oraria;
- incremento, in parziale alternativa a quanto indicato nei punti precedenti, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

Inoltre, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1, del citato art. 26 del d.l. n. 73/2021 (sopra riportate), è prevista la possibilità di integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato accreditato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del d. lgs. n. 502/1992, in deroga ai limiti di spesa previsti dall'art. 15, comma 14, del d.l. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 135/2012 e fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale.

Si ritiene, a questo punto, dare evidenza delle azioni più importanti messe in campo, nel tempo, dalla Regione del Veneto per il governo delle liste di attesa, sia relativamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale che di ricovero ospedaliero.

Innanzitutto va menzionato l'art. 38 della legge regionale 28 dicembre 2016, n. 30. Il comma d) del citato articolo individua i tempi di attesa, divisi in classi di priorità, entro cui le Aziende ULSS, le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS devono erogare le prime visite o le prime prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Ricordando che con atto n. 28/CSR del 21 febbraio 2019 la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ha approvato il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019 - 2021, si evidenzia che le tempistiche indicate dalla L.R. 30/2016 sono più favorevoli all'utente rispetto a quelle indicate nel PNGLA.

Il mantenimento delle classi e dei tempi di attesa previsti dalla citata legge regionale è stato, peraltro, confermato dallo stesso Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) approvato con la deliberazione n. 1164 del 06 agosto 2019. Si riporta nella tabella che segue il relativo confronto:



Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Art. 38 Legge Regionale 30/2016
Classe U (urgente)	Comunque entro 72 ore	Entro 24 ore dalla prenotazione
Classe B (breve)	Entro 10 giorni	Entro 10 giorni dalla prenotazione
Classe D (differibile)	Entro 30 giorni per le visite entro 60 giorni per le prestazioni diagnostiche	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe P (programmata)*	Da eseguire entro 120 giorni	Entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore

* nella legge regionale 30/2016 viene usato il termine programmabile

Sempre in materia di assistenza specialistica ambulatoriale il PRGLA conferma lo strumento delle liste di galleggiamento che coincide con il concetto di pre lista del PNGLA. Lo scopo della lista di galleggiamento è:

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

Si riportano i tempi previsti dal PRGLA:

- 48 h lavorative per le prestazioni con classe di priorità B;
- 4 giorni lavorativi per le prestazioni con classe di priorità D o P.

I termini decorrono dal momento del primo contatto dell'utente con la struttura sanitaria attraverso qualsiasi canale e tale data dovrà essere registrata a sistema e comunque sempre tracciata e comunicata all'utente in forma scritta.

Per quanto riguarda l'effettuazione degli interventi chirurgici, sempre l'art. 38 della L.R. 30/2016, al comma 16, ne definisce i tempi massimi. Anche in questo caso i tempi massimi regionali sono più favorevoli per il paziente rispetto a quelli indicati dal PNGLA. Si riporta nella tabella che segue il relativo confronto:

Classe di priorità	PNGLA 2019-2021	Art. 38 Legge Regionale 30/2016
Classe A	Entro 30 giorni dalla prenotazione	Entro 30 giorni dalla prenotazione
Classe B	Entro 60 giorni dalla prenotazione	Entro 60 giorni dalla prenotazione
Classe C	Entro 180 giorni dalla prenotazione	Entro 90 giorni dalla prenotazione
Classe D	Senza attesa massima comunque entro 12 mesi	Classe D entro 180 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore
		Classe E almeno entro 12 mesi

Un'importante novità introdotta dall'art. 38 della L.R. n. 30/2016, con il comma 13, e confermata con il PRGLA, riguarda l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana e l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini.

Con l'obiettivo di offrire all'utente esterno fasce orarie alternative di accesso alle prestazioni sanitarie, le Aziende ULSS e le Aziende ospedaliere nonché i presidi ospedalieri accreditati privati assicurano ordinariamente i servizi ambulatoriali attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno tre giorni alla settimana, e dalle ore 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi.

Con l'intento di aumentare la potenzialità operativa delle RM e delle TC in un'ottica di continuo miglioramento, la programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per dodici ore al giorno per almeno sei giorni alla settimana.

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

- attività sistematica di valutazione sull'appropriatezza e congruità prescrittiva



5fc9b1bb



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

Sul versante specifico dell'assistenza ospedaliera, giova ricordare la deliberazione n. 614 del 14 maggio 2020 con la quale la Giunta Regionale, nel rispetto dei principi delineati nel Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, ha approvato le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie di tutti gli Enti, pubblici e privati accreditati, del Servizio Sanitario Regionale.

Il modello gestionale/organizzativo delineato con la normativa sopra evidenziata ha consentito alla Regione del Veneto, in un contesto ordinario (non emergenziale), il governo dei tempi di attesa massimi per le prestazioni ambulatoriali e per le prestazioni erogate in regime di ricovero per acuti.

Merita ora anche evidenziare che con deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020, anche per dare una efficace risposta alla situazione emergenziale in essere, è stata riconosciuta agli Enti del SSR la possibilità di erogare servizi sanitari con modalità di Telemedicina, in coerenza con le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa del 20 febbraio 2014 (rep. atti n.16/CSR), disponendo che le prestazioni sanitarie di cui al vigente Nomenclatore Tariffario Regionale della specialistica ambulatoriale (e CVP) siano erogate in modalità di Telemedicina.

Ora, alla luce di quanto disposto all'art. 1, commi 276-278-279, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, e dell'attuale contesto epidemiologico caratterizzato da elevata incidenza di casi, si sta procedendo alla rimodulazione del vigente Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa tenendo conto delle specifiche azioni regionali finora messe in campo che vengono di seguito ricordate.

L'attivazione da parte di tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale di ogni strumento utile per ripristinare i livelli di produttività antecedenti l'epidemia. Convenzionalmente è stata considerata come riferimento la produttività del 2019. E' evidente che il conseguimento di tale risultato ha costituito e costituisce un obiettivo di per sé sfidante, in quanto le procedure di sicurezza (degli operatori e degli assistiti) introdotti durante l'epidemia, hanno comportato e comportano indubbiamente una riduzione della produttività. Il target regionale atteso, riferito al raggiungimento quantomeno dei medesimi volumi di produzione mensili, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento all'esercizio 2019 è stato recepito nel sistema degli obiettivi aziendali afferenti al ciclo della performance aziendale.

Per consentire il recupero delle prestazioni non erogate nel periodo emergenziale, in ossequio a quanto previsto dall'art. 1, comma 276, della l. n. 234/2021, si ribadiscono le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del d.l. n. 73/2021, convertito, con modificazioni dalla l. n. 106/2021, che sono prorogate fino al 31 dicembre 2022.

Per garantire la migliore omogeneità possibile, pur nel rispetto della diversità della situazione che può caratterizzare ciascuna Azienda del SSR, oltre agli strumenti normativi sopra riportati, sono confermati i criteri di riferimento – generali e specifici che di seguito si riportano - per la definizione dei piani operativi aziendali, evidenziando inoltre che deve essere posta massima attenzione:

- alle prestazioni traccianti;
- all'area della psichiatria/neuropsichiatria e del disagio psichico;
- alle prestazioni tempo-dipendenti;
- alla gestione dei pazienti post COVID-19.

Criteri generali:



5fc9b1bb



- riorganizzazione, in termini di efficientamento, delle risorse interne a favore dell'attività di recupero delle prestazioni non erogate, sia dei ricoveri ospedalieri, sia delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, sia dell'attività di screening oncologici. Tale riorganizzazione deve prendere in considerazione prioritariamente l'utilizzo del personale non più impiegato nelle attività di contrasto all'epidemia;
- promozione di processi di efficientamento nella gestione delle liste di attesa (c.d. "pulizia delle liste");
- ottimizzazione dell'informatizzazione nella gestione delle liste di attesa;
- ampliamento dell'offerta erogativa (anche nei prefestivi e nei giorni festivi, oltre che nelle fasce pomeridiane e serali);
- stipula di accordi interaziendali con altre Aziende (Ulss, Ospedaliere o Istituto Oncologico) in grado di far fronte ad un aumento della richiesta. Tale opzione deve prevedere un accordo interaziendale ben declinato, delimitato nel tempo e alla contingenza attuale.

Criteri specifici ricoveri ospedalieri:

- recupero delle prestazioni non erogate tenendo conto sia della classe di priorità, sia della data di inserimento in lista più lontana nel tempo (principio di equità nell'accesso);
- revisione dell'attribuzione delle classi di priorità che, in quanto azione clinica, è di pertinenza dello specialista competente;
- revisione della gestione complessiva delle sale operatorie sulla base dei principali criteri di efficientamento presenti anche in letteratura (es: anticipazione di inizio intervento, riduzione degli intervalli di turnover, ottimizzazione dei tempi di posizionamento, efficientamento dell'utilizzo della pre-sala operatoria);
- definizione di percorsi di gestione e di presa in carico post-intervento (es. PDTA frattura di femore, PDTA protesi anca o ginocchio), che prevedano una semplificazione del percorso di cura postoperatorio ed una riduzione dei tempi di degenza.

Criteri specifici specialistica ambulatoriale:

- promozione di processi di efficientamento delle agende ambulatoriali (ad es. valutare la possibilità di prenotazione in "overbooking", prevedendo in caso di mancata presentazione dell'utente o mancata comunicazione di disdetta della prestazione, un sistema di richiamo);
- ampliamento dell'offerta, tramite estensione dell'orario delle agende e conseguente estensione dell'orario di attività ambulatoriale;
- valutazione dell'erogazione prioritaria delle prime visite e dei primi accessi sulla base del criterio temporale e di priorità, per una precoce presa in carico e valutazione del bisogno dei cittadini ed, a seguire, le viste e gli accessi successivi al primo;
- introduzione di modalità di erogazione dei controlli e di monitoraggio a distanza tramite l'utilizzo della telemedicina, laddove la prestazione lo consenta.

Criteri specifici screening oncologici

- erogazione prioritaria delle prestazioni da erogare a soggetti risultati positivi ai test di screening di primo livello, rispetto a prestazioni equivalenti richieste per soggetti asintomatici, come screening spontaneo;
- erogazione delle prestazioni di secondo livello con tempistiche non superiori a quelle garantite nel 2019;
- erogazione delle prestazioni all'interno dei programmi organizzati di screening oncologici, o comunque tramite personale formato in materia di screening oncologici.

Oltre alla azioni regionali già messe in atto, così come sopra riportate, al fine di pervenire ad una puntuale e esauriente rimodulazione del Piano operativo regionale vigente è stata effettuata l'analisi dei dati che le Aziende del SSR hanno inviato, utilizzando a tale scopo le schede tecniche e le matrici inviati alla Regione con la nota della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute, prot. n. 1525 del 24 gennaio 2022. Si rappresenta che molti dati non sono disponibili negli appositi flussi e pertanto si è reso necessario richiederli ad ogni singola Azienda del SSR (ad es. i dati relativi ai registri di sala operatori). Nel merito si rappresenta che è in corso l'implementazione di un nuovo sistema informativo regionale che consentirà la disponibilità immediata dei dati a livello regionale. L'analisi dei dati è stata effettuata confrontando i dati in due periodi temporali: 2019/2020 e 2019/2021.



5fc9b1bb



La rimodulazione del Piano vigente, inoltre, prende in debita considerazione quanto previsto dal documento “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-COV-2” trasmesso con la citata nota prot. n. 1525 del 24 gennaio 2022.

In particolare, confermando che deve essere posta la massima attenzione:

- alle prestazioni traccianti
- all'area della psichiatria/neuropsichiatria e del disagio psichico
- alle prestazioni tempo-dipendenti
- alla gestione dei pazienti post COVID-19

si individua, quale criterio clinico prioritario, il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.

Viene privilegiata l’effettiva presa in carico del paziente al fine di garantire la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.

A seguito dell’analisi dei dati pervenuti dalle Aziende del SSR, vengono individuate le modalità organizzative per procedere al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia, per mettere in atto puntuali azioni atte a fronteggiare l’incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all’infezione da SARS-CoV-2, ed inoltre, per garantire, a tutti gli assistiti, l’erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, nel rispetto dei criteri di priorità previsti dall’art. 38 della L.R. 30/2016, per le seguenti categoria di prestazioni:

- ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero);
- prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche);
- prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali).

Le modalità organizzative sono coerenti con gli strumenti messi a disposizione dall’art. 1, commi 276-277-278-278, della l. n. 234/2021.

Nelle azioni per il recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia, viene privilegiato il superamento del limite posto dai “confini geografici” delle Aziende Ulss; ciò a garanzia del principio di prossimità previsto anche nel vigente PSSR. A tale scopo vengono individuati i criteri esplicativi del principio di prossimità, criteri che consentono alle Aziende Ulss di potersi avvalere anche di erogatori pubblici e privati accreditati ubicati nei comuni confinanti afferenti ad altre Aziende Ulss. Richiamando che già il vigente Piano Operativo Regionale prevede che la Aziende del SSR possano stipulare accordi interaziendali finalizzati al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia, si allega alla presente una prima ipotesi esplicativa dei criteri (allegato 2).

Viene, altresì, confermato quanto già previsto dalla normativa regionale citata che il medico cui spetta la presa incarico del paziente deve procedere alla prescrizione delle eventuali ulteriori prestazioni evitando quindi che il paziente stesso sia rimandato al MMG o al PLS.

Inoltre, concordemente a quanto già messo in atto nella prima ondata pandemica, i MMG e i PLS rivalutano le priorità delle prescrizioni ancora non erogate in un’ottica di appropriatezza in conformità con i criteri RAO che saranno a breve oggetto di approvazione da parte della Giunta Regionale.

Per quanto riguarda le prenotazioni delle prestazioni di specialistica si evidenzia che la disponibilità dell’offerta, sia delle strutture pubbliche che delle strutture private accreditate, viene gestita in maniera trasparente attraverso il sistema CUP, tramite il quale si può accedere alle agende relative sia all’attività istituzionale sia di libera professione intramuraria.

I Direttori Generali delle Aziende del SSR dovranno approvare i Piani operativi aziendali attuativi per il recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Operativo Regionale.



5fc9b1bb



L'attuazione del Piano Operativo Regionale, così come declinato nei piani aziendali attuativi, costituisce elemento di valutazione dei Direttori Generali delle Aziende del SSR.

Verrà conseguentemente effettuato un puntuale e preciso monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi dei Piani aziendali attuativi con cadenza trimestrale.

Infine si rappresenta che le risorse di cui al comma 278 dell'art. 1 della legge di Bilancio 2022 sono finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero, confermando che l'attività ordinaria viene sostenuta con il finanziamento ordinario del Servizio Sanitario Regionale.

Si allega (allegato 1) la relazione nella quale vengono riportate le analisi delle attività svolte al 31 dicembre 2021 e i piani di recupero delle prestazioni non erogate per l'anno 2022 relativamente a:

- ricoveri ospedalieri;
- specialistica ambulatoriale;
- screening.



5fc9b1bb



Normativa regionale di riferimento

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 759 del 15.06.2021 con oggetto “Disposizioni in merito all'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l.25 maggio 2021, n. 73”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 958 del 13.07.2021 con oggetto “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende e Istituti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2021”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1061 del 03.08.2021 con oggetto “Aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, approvato con dgr n. 1329 dell'8 settembre 2020. Art. 29, comma 9, del d.l. 14 agosto 2020, n. 104, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della l. 13 ottobre 2020, n. 126 e art. 26 del d.l. 25 maggio 2021, n. 73”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1129 del 17.08.2021 con oggetto “Determinazione degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi di Azienda Zero per l'anno 2021”;
- Deliberazione della Giunta Regionale n. 1293 del 21.09.2021 con oggetto “DGR 759/2021. Modalità di finanziamento dei Piani per il recupero delle prestazioni sanitarie sospese per l'esercizio 2021”.



5fc9b1bb



Allegato 1 – Relazione Piano Operativo sul recupero liste d’attesa

In riferimento al Piano Operativo Regionale di cui alla DGR 1329/2020 e al successivo aggiornamento di cui alla DGR 1061/2021, è stato chiesto ad ogni Azienda Sanitaria innanzitutto di ripristinare i livelli di produttività antecedenti la pandemia.

Convenzionalmente è stata considerata come riferimento la produttività del 2019. E' evidente che il conseguimento di tale risultato è stato un obiettivo di per sé sfidante, in quanto le procedure di sicurezza (degli operatori e degli assistiti) introdotte durante l'epidemia hanno comportato indubbiamente una riduzione della produttività, oltre al fatto che nel corso del 2021 si è assistito alla 3° e 4° ondata della pandemia stessa. Per tale motivo, si è ritenuto necessario che il sistema degli obiettivi aziendali afferenti al ciclo della performance aziendale recepisce immediatamente - qualora non già avvenuto - il target regionale atteso, riferito al raggiungimento quantomeno dei medesimi volumi mensili di produzione, garantiti precedentemente all'epidemia, con riferimento all'esercizio 2019.

Il Piano operativo aziendale di recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza pandemica, pertanto, doveva indicare:

- le eventuali iniziative adottate, volte a recuperare la produttività del 2019, con la supervisione dell'OIV;
- le modalità di recupero delle prestazioni non erogate a causa dell'emergenza epidemica che avrebbero dovuto essere erogate in supero alla produttività del 2019.

Di seguito si riportano le analisi dell'attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici, rispetto all'anno standard 2019, di riferimento, oltre ai specifici Piani Operativi di recupero delle liste d'attesa aggiornati all'anno 2022.

Si precisa che, per le prestazioni di screening oncologici, in alcune Aziende ULSS il 2019 non rappresenta un vero anno di riferimento, a causa dell'incremento o riduzione delle attività di screening rispetto ai volumi abituali, rendendo poco idonea l'analisi dell'attività di recupero svolta nel 2020 e 2021, attraverso il confronto con tale anno.

Di seguito quindi i risultati degli sforzi fatti per soddisfare la richiesta dei cittadini nell'erogazione dei LEA nell'anno 2021, pur rispettando tutte le nuove procedure di sicurezza messe in campo per tutelare l'assistito dal contagio del COVID-19.

Per una lettura più accurata dei dati, ed un'analisi più attenta dei trend, si ricordano i periodi di sospensione dell'attività programmata:

- dal 12 marzo 2020 al 5 maggio 2020 per l'attività di primo livello degli screening oncologici;
- dal 10 novembre 2020 al 31 gennaio 2021 per l'attività specialistica ambulatoriale;
- dal 10 novembre 2020 al 7 febbraio 2021 per l'attività di ricovero;
- dal 29 marzo al 26 aprile 2021;
- dal 14 dicembre 2021 al 8 febbraio 2022.

Le sospensioni riguardano in particolare:

- i ricoveri chirurgici programmati in cui è previsto l'utilizzo della Terapia Intensiva e i ricoveri in area internistica con eccezione per le attività non rinviabili e/o oncologiche;



5fc9b1bb



- tutta l'attività ambulatoriale prenotabile presso le strutture ospedaliere con eccezione delle prestazioni con priorità U e B, garantendo anche in questo ambito l'attività oncologica, materno infantile, oltre alle prestazioni legate alle malattie rare.

Ultima nota in merito alla presente relazione: i dati riferiti all'anno 2021 non possono ancora considerarsi consolidati, soprattutto per l'Azienda Azienda ULSS 6 Euganea a causa dell'attacco hacker alla rete informatica avvenuto nel mese di Dicembre 2021.



5fc9b1bb



1. Ricoveri ospedalieri

a. Risultati raggiunti sulla scorta dei finanziamenti previsti dal DL n.73/2021

Il monitoraggio dell'attività ospedaliera nel triennio 2019-2021 è stato effettuato considerando i ricoveri per acuti, ad esclusione dei parti/nascite e dei ricoveri di riabilitazione/lungodegenza.

La produzione complessiva del 2020 si è ridotta di oltre 90 mila ricoveri rispetto al 2019 (-16,2%): circa 2/3 del calo riguarda i ricoveri programmati (-60.370) ed in particolare i DGR chirurgici (-45.590).

N. dimessi per acuti	Δ 2020/2019			
	Medico	Chirurgico	Totale	% variazione totale 2019
Flag Ricovero Urgente				
Ricovero urgente	-25.965	-4.340	-30.305	-5,4%
Ricovero non urgente/non indicato	-14.780	-45.590	-60.370	-10,8%
Totale	-40.745	-49.930	-90.675	-16,2%
% variazione totale 2019	-7,3%	-8,9%	-16,2%	

Tab.1: Differenziale n. dimessi per acuti anni 2019/2020

Nel 2021 la riduzione è stata minore, -14,1%: sono stati rinviati circa 46 mila ricoveri programmati di cui la maggior parte chirurgici (-33.238).

N. dimessi per acuti	Δ 2021/2019			
	Medico	Chirurgico	Totale	% variazione totale 2019
Flag Ricovero Urgente				
Ricovero urgente	-29.420	-3.350	-32.770	-5,9%
Ricovero non urgente/non indicato	-12.891	-33.238	-46.129	-8,3%
Totale	-42.311	-36.588	-78.899	-14,1%
% variazione totale 2019	-7,6%	-6,6%	-14,1%	

Tab.2: Differenziale n. dimessi per acuti anni 2019/2021

Di seguito si riportano le variazioni dei ricoveri programmati per Azienda Sanitaria nel triennio 2021-2021 (Strutture Pubbliche e Private Accreditate)



	2021	2020	2019	Δ 2021/2019	Δ 2020/2019
501. Dolomiti	7.612	7.195	10.058	-2.446	-2.863
502. Marca Trevigiana	35.594	34.426	42.707	-7.113	-8.281
503. Serenissima	24.518	22.215	28.925	-4.407	-6.710
504. Veneto Orientale	7.921	7.097	8.968	-1.047	-1.871
505. Polesana	12.481	11.902	14.795	-2.314	-2.893
506. Euganea	23.715	24.244	36.194	-12.479	-11.950
507. Pedemontana	12.595	10.553	14.098	-1.503	-3.545
508. Berica	24.550	21.246	25.603	-1.053	-4.357
509. Scaligera	49.502	46.191	55.278	-5.776	-9.087
901. AOU Padova	26.986	28.386	30.044	-3.058	-1.658
912. AOUI Verona	28.753	26.635	33.377	-4.624	-6.742
952. IRCCS IOV	6.428	6.324	6.737	-309	-413
Totale	260.655	246.414	306.784	-46.129	-60.370

Tab. 3: Dimessi in elezione triennio 20219-2021 (Strutture Pubbliche e Private Accreditate)

Tutte le Aziende Sanitarie nell'anno 2021 sono riuscite a recuperare il gap dell'anno precedente nell'attività in elezione, anche se non ricalcando la performance 2019.



5fc9b1bb



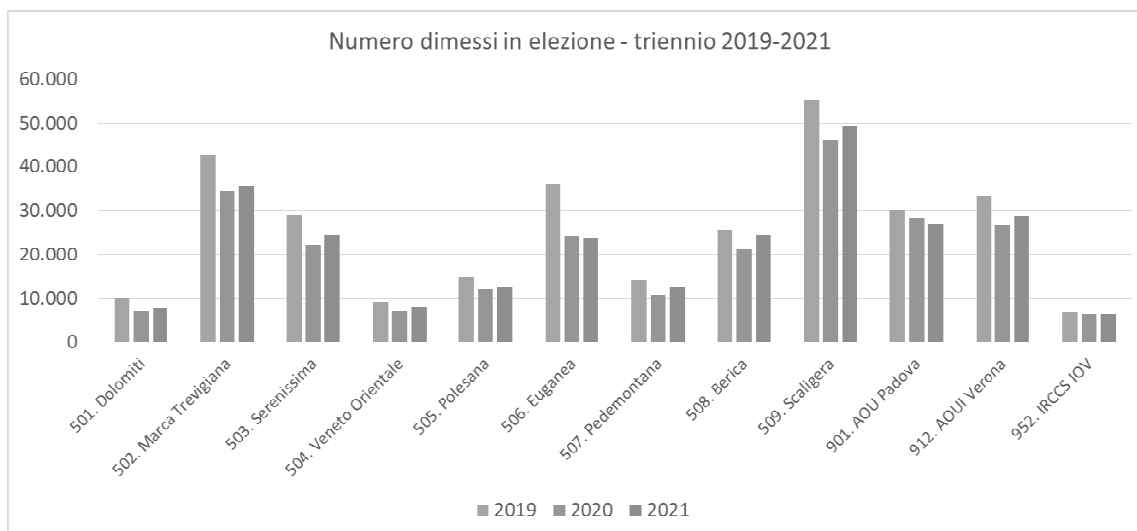


Fig. 1. Numero dimessi in elezione - triennio 2019-2021

Le sole strutture Private Accreditate invece, come si può vedere dalla tabella e dal grafico sotto riportato (Fig.2), nel 2021 hanno replicato il trend del 2019, ricoverando quasi lo stesso numero di pazienti.

N. dimessi	PRIVATO			PUBBLICO		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Gennaio	6.409	6.459	5.388	17.622	17.631	8.186
Febbraio	7.173	7.591	6.835	18.661	18.825	11.744
Marzo	7.735	4.757	7.971	20.336	11.521	14.854
Aprile	6.796	2.112	7.460	18.156	7.094	12.570
Maggio	7.568	5.085	7.494	20.228	11.821	15.086
Giugno	7.177	7.062	7.120	17.978	15.089	15.947
Luglio	7.218	7.745	6.988	17.400	16.627	15.855
Agosto	4.272	5.407	4.090	13.895	12.988	13.667
Settembre	6.886	7.225	7.037	17.527	16.400	16.869
Ottobre	8.201	8.084	7.601	22.130	19.326	19.401
Novembre	7.499	7.068	6.269	19.784	13.088	18.784
Dicembre	6.431	5.708	5.979	19.702	11.701	17.460
Totale	83.365	74.303	80.232	223.419	172.111	180.423

Tab. 4: Dimessi in elezione per Strutture Pubbliche e Private Accreditate - triennio 2021-2021



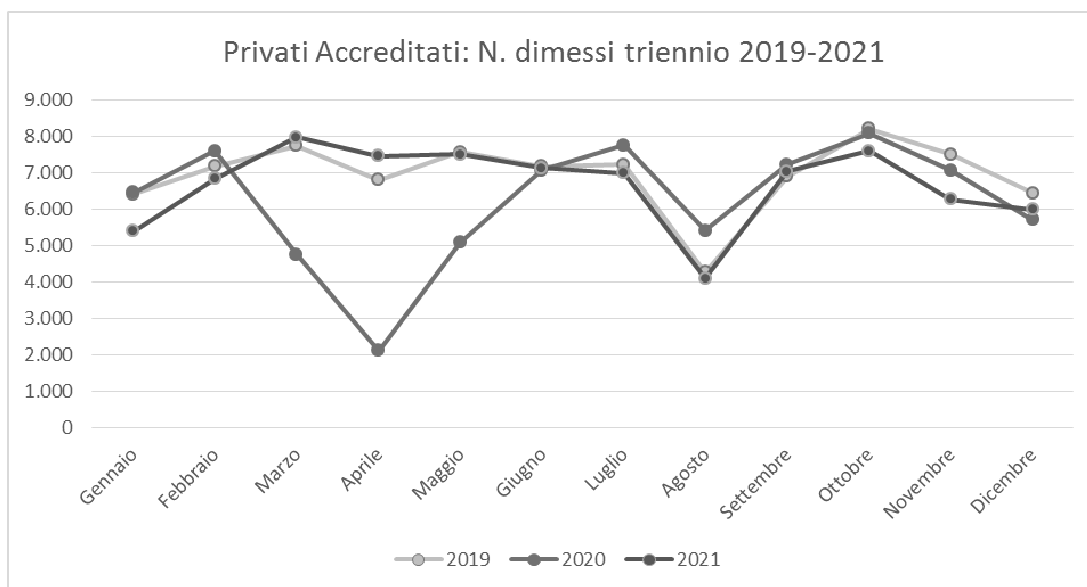


Fig. 2. Privati Accreditati: n. dimessi triennio 2019-2021

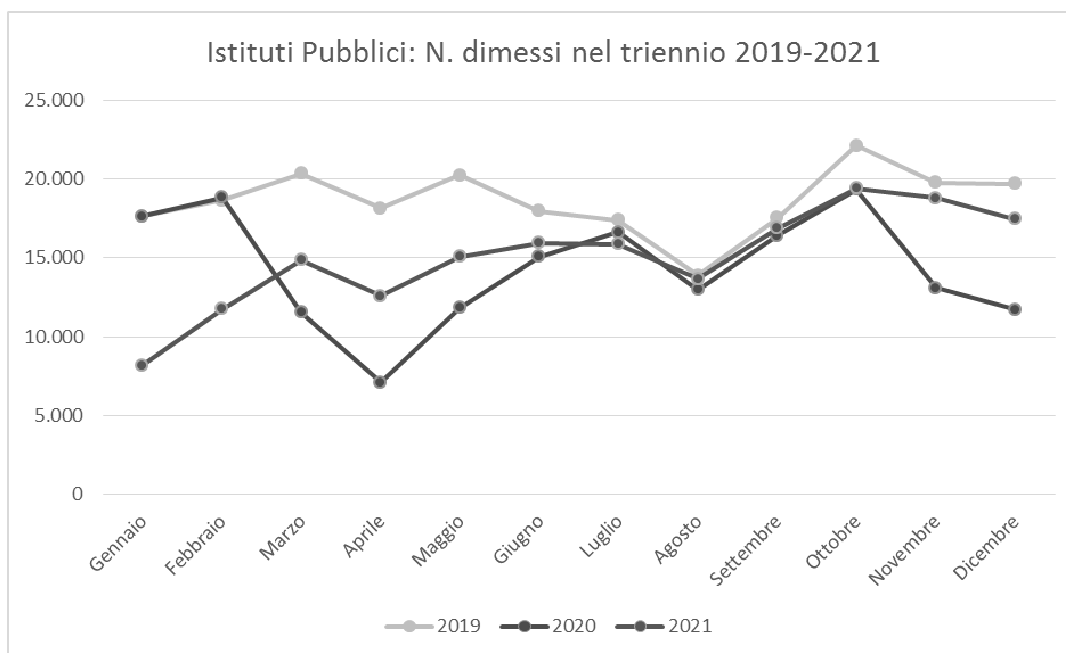


Fig. 3. Istituti Pubblici: n. dimessi triennio 2019-2021

Di seguito si riportano i dati sintetici del differenziale di produzione per DRG chirurgici, stratificati per priorità al ricovero e per classi di complessità, secondo le specifiche ministeriali.



Δ 2020/2019	Classe priorità ¹						
Classificazione complessità DRG chirurgici	A (≤ 30 gg)	B (≤ 60 gg)	C (≤ 90 gg)	D (≤ 180 gg)	E (≤ 365 gg)	Totale	Variazion e % totale 2019
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	-1.614	-1.846	-893	-568	-112	-5.033	-2%
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	-2.385	-5.829	-6.213	-5.349	-824	-20.600	-9%
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-2.268	-3.754	-5.863	-7.969	498	-19.356	-8%
Totale	-6.267	-11.429	-12.969	-13.886	-438	-44.989	-19%
Variazione totale % 2019	-3%	-5%	-6%	-6%	0%	-19%	

Tab.5: differenziale del volume dei ricoveri ospedalieri programmati: DRG chirurgici 2020/2019

Nell'anno 2020 i dimessi chirurgici sono diminuiti del 19%, di questo, solo il 2% è relativo alla classe di complessità 1; nel 2021 la riduzione del 13% ha coinvolto i ricoveri di classe 1 solo per l'1%.

Δ 2021/2019	Classe priorità						
Classificazione complessità DRG chirurgici	A (≤ 30 gg)	B (≤ 60 gg)	C (≤ 90 gg)	D (≤ 180 gg)	E (≤ 365 gg)	Totale	Variazion e % totale 2019
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	-123	-1.348	-1.175	-150	-59	-2.855	-1%
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo	2.582	-2.647	-5.478	-6.843	-649	-13.035	-6%
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	-406	-1.275	-3.345	-10.724	520	-15.230	-6%
Totale	2.053	-5.270	-9.998	-17.717	-188	-31.120	-13%
% variazione totale 2019	1%	-2%	-4%	-8%	0%	-13%	

Tab.6: differenziale del volume dei ricoveri ospedalieri programmati: DRG 2021/2019

Secondo la riclassificazione per complessità DRG chirurgici si può constatare come l'attività prioritaria, della classe 1, sia sempre stata generalmente garantita (Fig. 4), sia nel 2020 sia nel 2021.

¹ v. Art. 38 Legge Regionale 30/2016



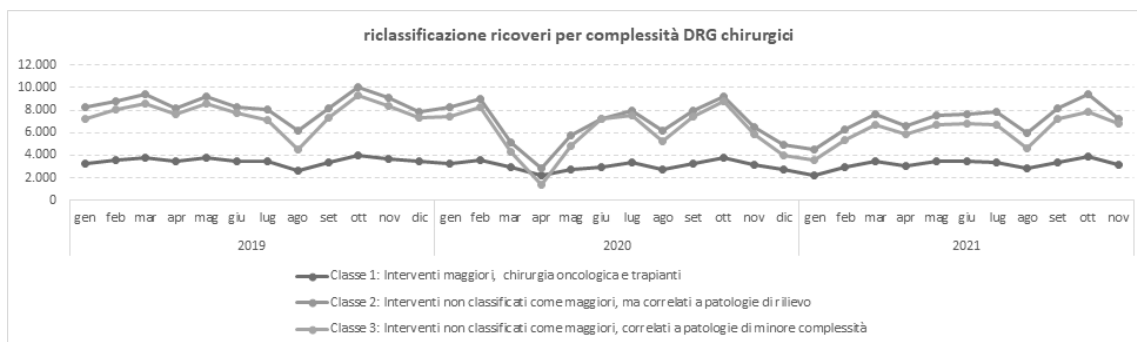


Fig. 4: Riclassificazione dei ricoveri per complessità DRG chirurgici

b. Piano di recupero prestazioni di ricovero

Di seguito si riportano i volumi di pazienti in lista d'attesa al 1.01.2022 per classe di complessità DRG e per Classe di priorità, secondo le indicazioni ministeriali, con la premessa che tutti gli Istituti Pubblici gestiscono informaticamente le liste operatorie.

Numero di Pazienti in Lista al 01.01.2022	Classe di Priorità di ricovero					totale
	A (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	
CRITERI DI PRIORITA'						
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	3.855	2.828	2.500	2.154	1.326	12.663
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	2.223	5.238	7.724	7.361	4.025	26.471
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	1.374	3.777	7.268	12.989	7.645	33.053
Totale	7.452	11.843	17.392	22.504	12.996	72.187

Tab. 7: Stima prestazioni da recuperare anno 2022 (Fonte Liste di attesa DRG chirurgici)

Il tempo medio di attesa, riportato nella tab. 8, è stato calcolato come differenza tra la data intervento prenotata e data di inserimento in lista, esclusi eventuali periodi di sospensione, ipotizzando la classe DRG secondo lo storico.



TEMPO MEDIO DI ATTESA (gg) PER CLASSE DI PRIORITA' o data elaborazione	Classe di Priorità di ricovero					totale
	A (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	
CRITERI DI PRIORITA'						
Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti	23,9	47,8	100,7	172,5	257,4	51,7
Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo	36,7	82,1	118,2	180,8	270,8	122,6
Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità	20,7	110,0	127,9	189,8	335,3	157,6
Totale	29,3	82,3	115,0	187,0	298,4	114,8

Tab. 8: Tempo medio prestazioni da recuperare anno 2022 (Fonte Liste di attesa DRG chirurgici)

Il numero di pazienti in lista saranno trattati secondo differenti modalità organizzative e secondo le fasi temporali di seguito riportate.

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero interventi chirurgici da effettuare anno 2022)	Entro il 31 Marzo 2022	Entro il 30 Giugno 2022	Entro 30 Settembre 2022	Entro 31 Dicembre 2022	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	COSTO STIMATO (€)
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI / ATTIVITA' ORARIO ISTITUZIONALE	28.528	6.144	8.806	6.894	6.684	40%	
2A. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE DIRIGENZA	33.648	4.728	10.642	8.909	9.369	47%	22.778.421
3. ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	926	64	195	216	451	1%	40.000
4. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	850	80	215	295	260	1%	5.730.533
Totale	63.952	11.016	19.858	16.314	16.764	89%	28.548.954

Tab.9: Definizione Piano Operativo di Recupero - Ricoveri

Si stima un costo di 28,5mln/€ per il recupero dell'attività chirurgica, in elezione.



5fc9b1bb



2. Specialistica ambulatoriale - Liste d'attesa

a. Risultati raggiunti sulla scorta dei finanziamenti previsti dal DL n.73/202

Il volume di prestazioni erogate dagli Istituti Pubblici nel corso del 2021 è stato maggiore del 9,25% rispetto a quello dell'anno 2020 anche se non ancora al pari dell'anno 2019, preso di riferimento per una piena produttività. La perdita di produttività degli Istituti Pubblici, nell'ambito della specialistica ambulatoriale, è passata dal -21% nel 2020 a -14% nel 2021 (v. Tabella 11 e Fig. 7).

Gli Istituti Privati Accreditati hanno limitato la riduzione in questione, producendo nel 2021 volumi maggiori del 4% rispetto al 2019, come si evince dalla tabella 11 e dalle Figg.5 e 6 di seguito riportate.

Rapporto SSN Struttura Erogante	Istituti Pubblici			Privati Accreditati		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
N. prestazioni/ mese						
gen	1.092.591	1.057.573	707248	392.944	392.554	343.387
feb	1.023.191	1.023.666	837599	411.251	410.438	414.214
mar	1.096.948	648.607	1.010.688	436.692	230.665	481.877
apr	1.013.912	388.555	886970	394.490	94.469	438.136
mag	1.132.585	689.161	937473	436.830	302.898	463.242
giu	979.643	854.747	916058	386.349	403.269	439.045
lug	1014589	897.361	861977	389.776	436.366	400.054
ago	821.173	730.506	783154	268.514	306.489	292.343
set	1025756	938.667	951904	365.987	419.909	393.508
ott	1189304	994864	981069	455.087	490.351	431.683
nov	1.039.860	828505	967684	413.029	433.820	431.874
dic	935.231	709717	823112	340.120	350.504	366.341
Totale	12.364.783	9.761.929	10.664.936	4.691.069	4.271.732	4.895.704

Tab.10.: Numero di prestazioni erogate da istituti Pubblici e Privati Accreditati nel triennio 2019-2021, esclusa branca Laboratorio

Rapporto SSN Struttura Erogante	Δ 2020/2019		Δ 2021/2019	
	Pubblico	Privato	Pubblico	Privato
gen	-35.018	-390	-385.343	-49.557
feb	475	-813	-185.592	2.963
mar	-448.341	-206.027	-86.260	45.185
apr	-625.357	-300.021	-126.942	43.646
mag	-443.424	-133.932	-195.112	26.412



giu	-124.896	16.920	-63.585	52.696
lug	-117.228	46.590	-152.612	10.278
ago	-90.667	37.975	-38.019	23.829
set	-87.089	53.922	-73.852	27.521
ott	-194.440	35.264	-208.235	-23.404
nov	-211.355	20.791	-72.176	18.845
dic	-225.514	10.384	-112.119	26.221
Totale	-2.602.854	-419.337	-1.699.847	204.635
% Variazione rispetto il 2019	-21%	-9%	-14%	4%

Tab 11.: Differenziale n. prestazioni anni 2019/2021 e 2019/2021 suddiviso tra Istituti Pubblici e Privati Accreditati, esclusa branca Laboratorio

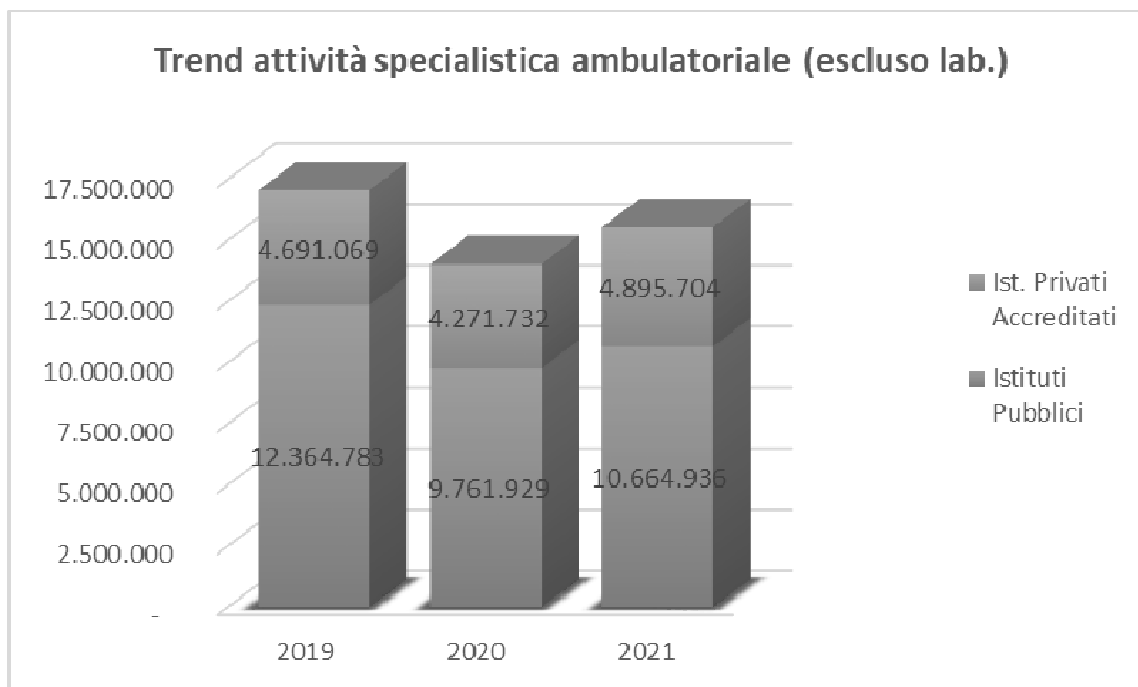


Fig.5: trend attività specialistica ambulatoriale (escluso laboratori)



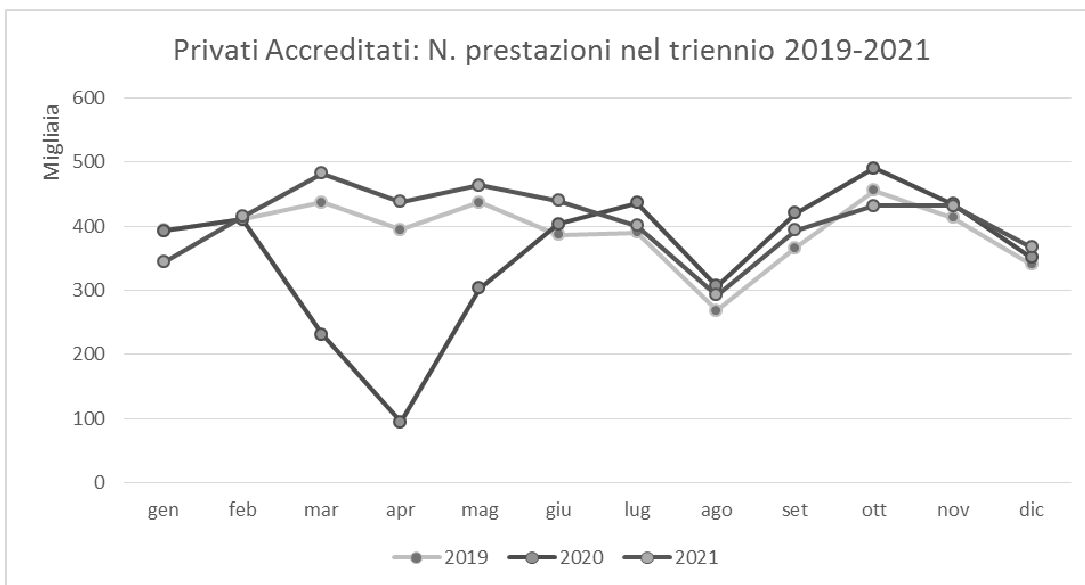


Fig.6: Privati Accreditati: n. prestazioni nel triennio 2019-2021

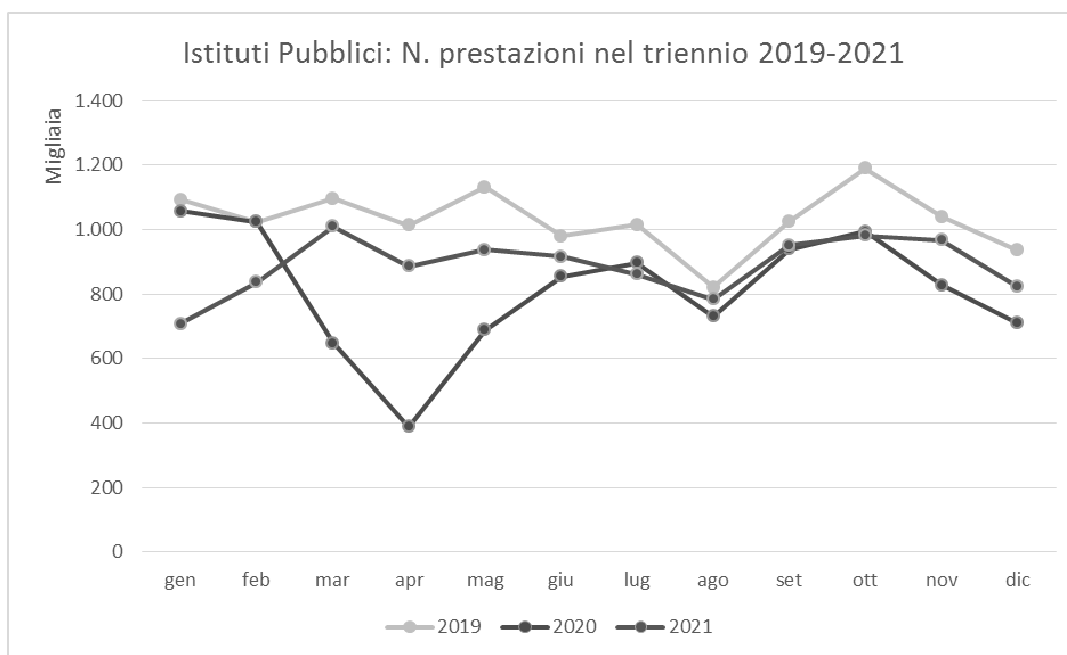


Fig.7: Istituti Pubblici: n. prestazioni nel triennio 2019-2021

Di seguito viene riportato il differenziale delle prestazioni negli anni 2020 e 2021 rispetto al 2019, derivato dalla produttività degli Istituti Pubblici, raggruppato secondo le indicazioni fornite dal Ministero ed esplicitate al punto b. Piano di recupero prestazioni ambulatoriali:



Criteri di priorità	Δ 2020/2019		Δ 2021/2019	
	Numero	%	Numero	%
Prime visite PNGLA*	-335.670	-31%	-204.830	-19,2%
Diagnostica per il paziente oncologico (Esenzione 048) escluso visite controllo	-69.036	-6%	5.771	0,5%
Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	-453.449	-17%	-232.709	-8,5%
Eventuali prime visite con priorità B (diverse da quelle elencate nel PNGLA*)	23.569	25%	20.320	22,0%
Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (*) escluse nei punti precedenti	-262.374	-20%	-183.461	-14,2%
Prestazioni ambulatoriali chirurgiche	-80.295	-22%	-53.362	-14,6%
Tutto il resto, escluso laboratorio, tipologia 2,3,12,15	-1.426.683	-25%	-1.051.106	-18,5%
Totale	-2.603.938	-21%	-1.699.377	-13,7%

Tab 12.: Differenziale n. prestazioni anni 2019/2021 e 2021/2021 Istituti Pubblici, esclusa branca Laboratorio

Da quanto sopra si evince che non solo la diagnostica per il paziente oncologico è moderatamente calata nel 2020 (6%), con un incremento nel 2021, ad indicare l'attenzione mantenuta per questa tipologia di utenti, ma anche che tutta l'attività ad elevato priorità (B) è stata garantita con un aumento della produttività rispettivamente del 25% e del 22%

Nel corso del 2021 si è provveduto, in particolare, a recuperare le prestazioni ambulatoriali in stato "sospeso" nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov 2 in seguito alle indicazioni fornite dalla Regione. Dalla tabella sottostante, si può vedere lo sforzo messo in campo dalle singole Ulss che ha portato ad una riduzione di circa il 70% di tali prestazioni. Si ricorda che, dal 14 dicembre 2021 al 04 febbraio 2022 era ancora vigente la disposizione delle sospensioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con le esclusioni già sopra riportate.

Azienda	NUMERO PRESTAZIONI da recuperare al 30 aprile 2021 non eseguiti nel periodo pandemico	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 30 settembre 2021		NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 ottobre 2021		NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 30 novembre 2021		NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 dicembre 2021	
		Delta %	Delta %	Delta %	Delta %	Delta %	Delta %		
501. Dolomiti	10.339	3.820	37	2.896	28	1.831	18	-	-
502. Marca Trevigiana	13.195	4.525	34	4.104	31	2.725	21	2.098	16
503. Serenissima	32.395	17.114	53	16.827	52	16.061	50	15.959	49
504. Veneto Orientale	-	0	-	0	-	0	-	-	-
505. Polesana	1.780	1.570	88	1.271	71	1.216	68	1.335	75
506. Euganea	17.428	10.636	61	4.283	25	4.283	25	1.673	10
507. Pedemontana	26.669	21.063	79	3.963	15	2.603	10	2.014	8
508. Berica	7.703	4.102	53	3.051	40	2.686	35	1.501	19
509. Scaligera	208.184	89.203	43	89.203	-	89.203	43	75.218	36
901. AOU Padova	4.021	91	2	36	1	36	1	1.230	31
912. AOU Verona	2.648	2.034	77	133	5	85	3	302	11
952. IRCCS IOV	980	0	0	-	-	-	-	-	-
Totale	325.342	154.158	47	125.767	39	120.729	37	101.330	31

Tab.13: Andamento del recupero delle prestazioni ambulatoriali "sospese" nel periodo pandemico 2021

b. Piano di recupero prestazioni ambulatoriali

Con nota prot. n. 1356 del 21/01/2022 il Ministero ha fornito le indicazioni per l'individuazione delle prestazioni da monitorare per il recupero delle liste d'attesa, aggiornate in data 17/02/2022.

La Regione del Veneto ha provveduto quindi, con nota prot. n. 3305 dell'8/02/2022, a richiedere alle singole Aziende il numero effettivo delle prestazioni in lista d'attesa al 01.01.2022 ricavandolo dai flussi informativi "dedicati" in possesso alle stesse, nonché dal sistema CUP di prenotazione per quanto riguarda



5fc9b1bb



prestazioni prenotate al di fuori del rispetto dei tempi d'attesa. I criteri di estrazione comunicati sono stati i seguenti:

- Tutte le prime visite monitorate dal PNGLA (in quanto non sono presenti prime visite con codice esenzione 048 per pazienti oncologici);
- Tutte le prestazioni diagnostiche prescritte per soggetti oncologici con codice di esenzione 048;
- Tutte le visite di controllo prescritte con qualsiasi codice di esenzione (compresi i codici di invalidità)
- Tutte le prime visite con priorità "B" non comprese nel PNGLA;
- Tutte le altre prestazioni monitorate dal PNGLA, con esclusione di quanto già elencato nei punti precedenti;
- Tutto quanto esula dalla rilevazione dei punti precedenti.

Di seguito si riportano il numero di prestazioni da prenotare al 01.01.2022 ed il Piano Operativo di recupero, secondo le indicazioni ministeriali.

La discrepanza con i dati riportati con nota Regione del Veneto n. 43741 del 31/01/2022 (264.745 prestazioni ancora "sospese") è dovuta sia al fatto che sono state conteggiate a parte le prestazioni ambulatoriali chirurgiche (v. tab. 16) sia al fatto che dal 1 gennaio ad oggi si è continuato nell'attività di prenotazione/erogazione delle prestazioni da recuperare.

CRITERI DI PRIORITA'	N. prestazioni in galleggiamento e sospese al 01.01.2022
Prime visite PNGLA	50.916
Diagnostica per il paziente oncologico (Esenzione 048) escluso visite controllo	13.602
Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	38.291
Eventuali prime visite con priorità B (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	1.377
Altre prestazioni monitorate dal PNGLA escluse nei punti precedenti	63.402
Altre prestazioni non incluse nel PNGLA e nei punti precedenti	35.154
Totale	202.742

Tab 14: Stima prestazioni ambulatoriali recuperabili anno 2022 (Fonte dati da CUP Regionali/Aziendali) escluso prestazioni chirurgiche (data rilevazione 14/02/2022)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prest. da effettuare anno 2022)	Entro il 31 Marzo 2022	Entro il 30 Giugno 2022	Entro 30 Settembre 2022	Entro 31 Dicembre 2022	% RECUPERO STIMATO SUL TOTALE	COSTO STIMATO (€)
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	44.354	13.429	14.339	9.304	7.384	22%	
2. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	87.607	14.435	28.426	18.362	26.906	43%	6.400.635
3. INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMB. CONVENZIONATA INTERNA	4.548	289	1.519	1.180	1.559	2%	187.684



4. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	55.113	4.286	12.267	13.176	16.546	27%	6.995.744
5. RICORSO ALLA TELEMEDICINA PER LE VISITE DI CONTROLLO	3.397	431	988	969	1.008	2%	51.802
6. ACCORDO CON AOPD DA DEFINIRE	3.424					2%	
Totale	198.483	32.870	57.539	42.991	51.403	98%	13.635.866

Tab.15: Definizione Piano Operativo di Recupero – Prestazioni ambulatoriali escluso chirurgiche

Di seguito il volume e Piano di recupero delle prestazioni ambulatoriali chirurgiche:

CRITERI DI PRIORITA'	Numero di Pazienti in Lista al 01.01.2022 o data elaborazione
Prestazioni chirurgiche in regime ambulatoriale	42.058

Tab 16: Stima prestazioni ambulatoriali chirurgiche recuperabili anno 2022 (Fonte registro Liste d'Attesa interventi chirurgici) data rilevazione 14/02/2022

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prest. da effettuare anno 2022)	Entro il 31 Marzo 2022	Entro il 30 Giugno 2022	Entro 30 Settembre 2022	Entro 31 Dicembre 2022	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	COSTO STIMATO (€)
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI / ATTIVITA' ORARIO ISTITUZIONALE	16.953	3.247	3.891	3.898	5.458	40%	
2. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	14.685	1.487	4.490	4.105	4.352	35%	3.113.342
3. ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	0	0	0	0	0	0%	
4. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	2.150	150	480	615	705	5%	2.110.250
Totale	33.788	4.884	8.861	8.618	10.515	80%	5.223.592

Tab.17: Definizione Piano Operativo di Recupero – Prestazioni ambulatoriali chirurgiche

Si stima un costo di 18,9mln/€ per il recupero dell'attività ambulatoriale.



5fc9b1bb



Screening oncologici

C. Risultati raggiunti sulla scorta dei finanziamenti previsti dal DL n.73/202

Le attività dei programmi di screening oncologici nella Regione del Veneto hanno subito un'interruzione, solo per i primi livelli, esclusivamente nel corso della prima ondata della pandemia COVID tra marzo 2020 e maggio 2020. I secondi livelli non sono mai stati interrotti, e, in corso di recupero, dove possibile, sono stati potenziati parallelamente al rinforzo delle attività di primo livello, per evitare il rischio di allungare i tempi di attesa per gli approfondimenti richiesti in caso di positività al primo livello.

In considerazione della necessità di garantire gli elevati livelli qualitativi dell'offerta di screening anche per le prestazioni di recupero, sono state fornite alle Aziende ULSS le seguenti raccomandazioni:

- erogazione delle prestazioni di secondo livello con tempistiche non superiori a quelle garantite nel 2019;
- erogazione delle prestazioni di recupero da personale già operativo all'interno dei programmi organizzati di screening oncologici, o comunque tramite personale formato in materia di screening oncologici.

Le attività di screening, da maggio 2020 a dicembre 2021, sono proseguite con forte coinvolgimento delle ULSS nell'attivare i piani di recupero (tabella 3: volumi di inviti e di soggetti esaminati al primo livello nei programmi di screening della Regione del Veneto nel 2020 vs 2019 e nel 2021 vs 2019).

Per lo screening del colon-retto e lo screening della mammella, i dati relativi agli inviti e all'attività erogata nei primi livelli nel 2021, evidenziano l'incremento di attività rispetto al 2019, scelto come anno di riferimento. Per lo screening della cervice uterina, le analisi di confronto con il 2019, presentano dei limiti oggettivi di valutazione in quanto i volumi di inviti risentono delle modifiche attuate nel programma con l'esecuzione dello screening con test HPV, che prevede un diverso intervallo di chiamata per le donne.

Inoltre, nel 2021 è stata avviata, come da indicazioni contenute nel Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025, la ridefinizione dello screening della cervice uterina nelle donne con vaccinazione per HPV effettuata con due dosi entro i quindici anni. Pertanto, per circa 14.500 donne venticinquenni, nel 2021 l'invito a screening è stato posticipato al compimento dei 30 anni.

Regione del Veneto		Delta Volumi Primo Livello 2020 vs 2019	Delta % Volumi Primo Livello 2020 vs 2019	Delta Volumi Primo Livello 2021 vs 2019	Delta % Volumi Primo Livello 2021 vs 2019
Screening del colon-retto	Inviti	-113.099	-19%	99.544	16%
	Esaminati	-103.560	-26%	47.363	12%
Screening della mammella	Inviti	-55.226	-15%	59.697	16%
	Esaminati	-56.794	-23%	15.765	6%
Screening della cervice uterina*	Inviti	-114.010	-33%	-16.663	-5%
	Esaminati	-70.578	-39%	-9.705	-5%

Tabella 18: volumi di inviti e di soggetti esaminati al primo livello nei programmi di screening della Regione del Veneto nel 2020 vs 2019 e nel 2021 vs 2019



Note:

* per lo screening della cervice uterina il confronto con l'anno 2019 presenta dei limiti correlati all'impiego del test HPV che presenta diverso round di screening, e al posticipo al 2026 del primo invito screening per circa 14.500 donne venticinquenni vaccinate per HPV con due dosi entro i 15 anni, che pertanto non sono state chiamate nel 2021.

Al fine di evidenziare l'importante attività di recupero svolta dalle ULSS nel 2021, di seguito viene rappresentato il confronto tra i volumi di soggetti esaminati, ai test di primo livello, suddivisi per ULSS, rispettivamente per screening del colon retto, screening della mammella e screening della cervice-uterina, effettuati nel 2019 e nel 2021 (figura 8,9 e 10).

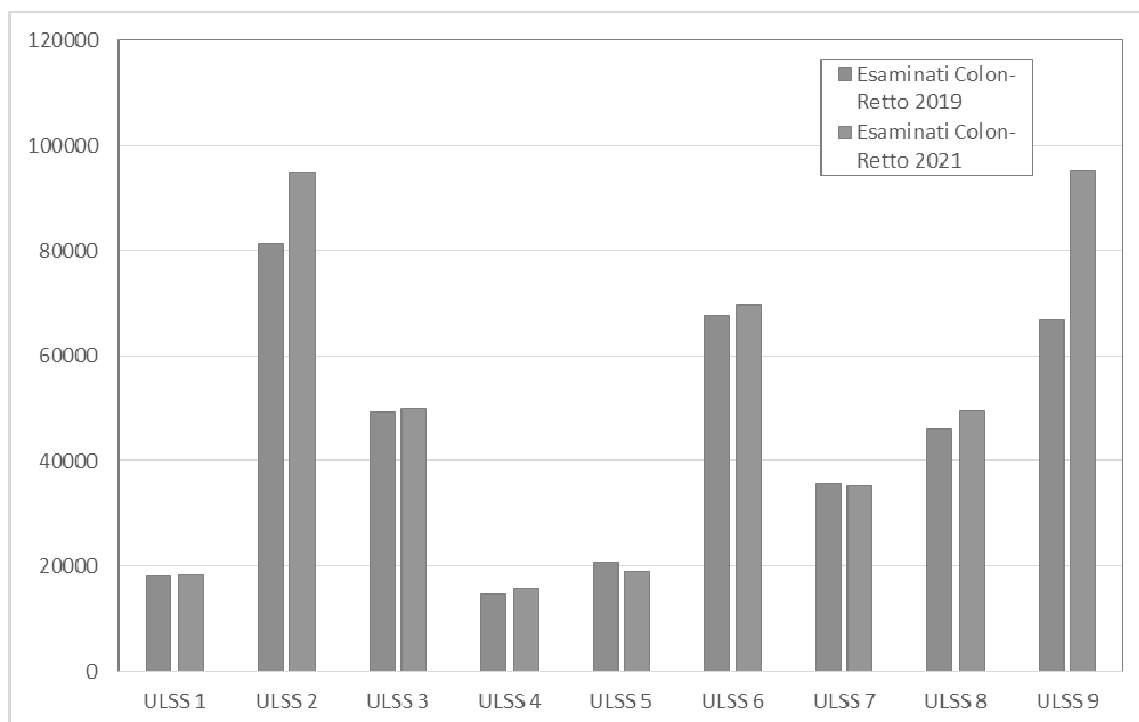


Fig. 8: Volumi di soggetti esaminati allo screening del colon-retto (test di primo livello), per ULSS, confronto tra il 2019 e il 2021



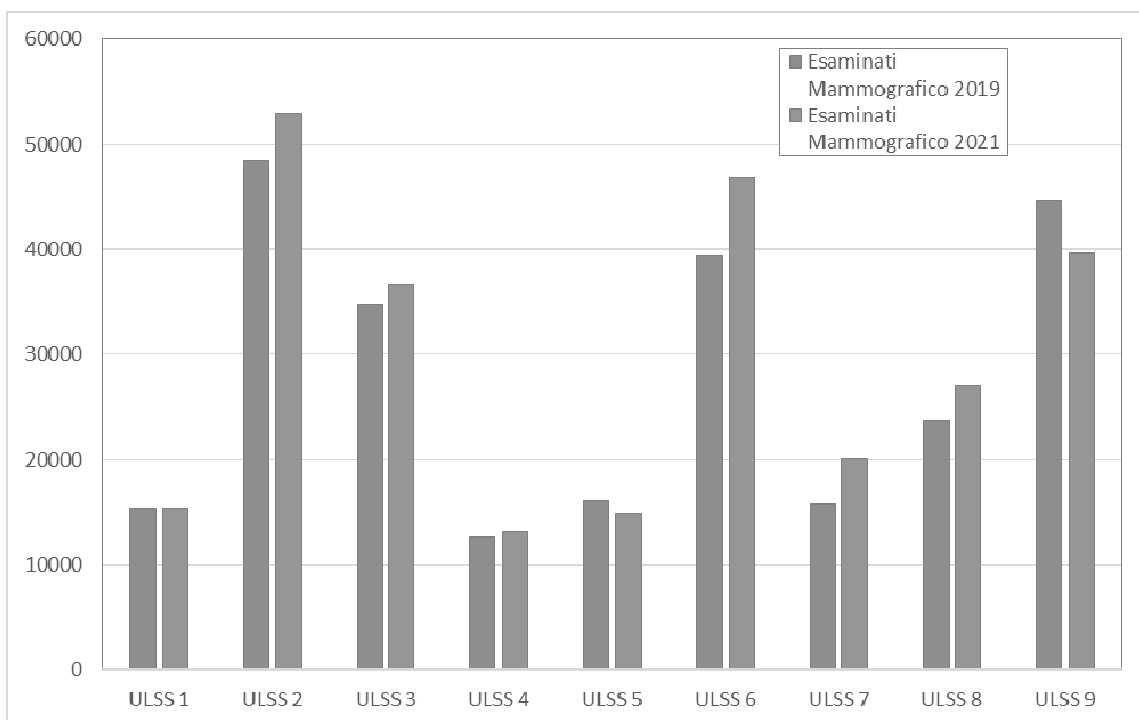


Fig. 9: Volumi di soggetti esaminati allo screening della mammella (test di primo livello), per ULSS, anni 2019 e 2021

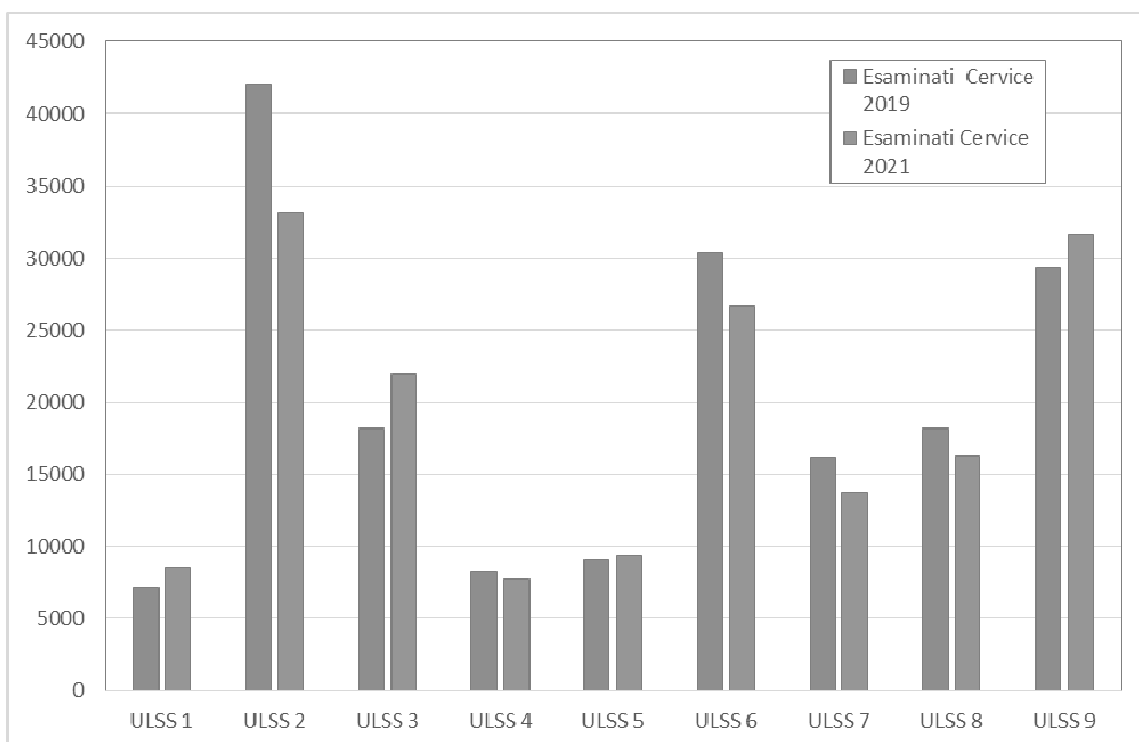


Fig. 10: Volumi di soggetti esaminati allo screening della cervice uterina (test di primo livello), per ULSS, anni 2019 e 2021



d. Piano di recupero prestazioni di screening

Di seguito si riportano il numero di inviti e di prestazioni di screening oncologici, primi livelli e approfondimenti, da recuperare nell'anno 2022 ed il Piano Operativo di recupero, secondo le indicazioni ministeriali.

INDICATORE	Attività da recuperare nei programmi organizzati di screening
Inviti screening del colon-retto	25.781
Inviti screening della mammella	28.075
Inviti screening della cervice uterina°	115.357
Totale inviti	169.213
Prestazioni screening del colon-retto, test primo livello	30.217
Prestazioni screening della mammella, test primo livello	30.803
Prestazioni screening della cervice uterina, test primo livello^	79.872
Approfondimenti per screening del colon-retto (stima basata sui tassi positività al primo livello)	1.715
Approfondimenti per screening della mammella (stima basata sui tassi positività al primo livello)	1.137
Approfondimenti per screening della cervice uterina (stima basata sui tassi positività al primo livello)	2.808
Totale prestazioni	146.552
*stima del recupero calcolata come differenziale tra attività (2020+2021) vs 2019 (24 mesi 2019)	
° il recupero degli inviti per la cervice uterina è sovrastimato a causa dell'effetto della transizione a test HPV, con round di invito a 5 anni	
^è stata considerata anche la riduzione di attività legata alla ridefinizione del calendario di screening per le donne vaccinate HPV	

Tab. 19: Stima inviti e prestazioni screening oncologici, primi livelli e approfondimenti, da recuperare nell'anno 2022 (Fonte: Software Regionale Screening oncologici e rilevazioni ad hoc fornite dalle ULSS)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prest. da effettuare anno 2022)	Entro il 31 Marzo 2022	Entro il 30 Giugno 2022	Entro 30 Settembre 2022	Entro 31 Dicembre 2022	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	COSTO STIMATO (€)
1. PROGRAMMA PRESTAZIONI IN ORARIO ISTITUZIONALE	32.008	9.158	7.741	6.976	8.133	22%	0
2. PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	83.032	16.045	23.677	21.837	21.473	57%	1.698.143
3. COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO**	3.140	820	820	750	750	2%	113.500
4. INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA INTERNA	75	15	20	20	20	0%	2.170
Totale	118.255	26.038	32.258	29.583	30.376	81%	1.813.813

**attraverso convenzioni già in essere pre 2020, con personale formato nelle attività di screening oncologici

Tab.20: Definizione Piano Operativo di Recupero – Screening oncologici

Si stima un costo di 1,8Mln/€ per il recupero dell'attività di screening oncologico.



5fc9b1bb



Allegato 2

IPOTESI CRITERI DEL PRINCIPIO DI PROSSIMITÀ PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

Nelle azioni per il recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia, viene privilegiato il principio di prossimità - previsto anche nel vigente PSSR - ed il superamento del limite posto dai “confini geografici” delle Aziende Ulss. Con questo si intende che la programmazione del recupero delle prestazioni, nel rispetto delle Classi di priorità e dei tempi massimi di attesa, considera la prossimità della struttura erogatrice al luogo di residenza dei cittadini, uno dei principali criteri.

A tale scopo vengono individuati i criteri esplicativi che consentono alle Aziende Ulss di potersi avvalere anche di erogatori pubblici e privati accreditati ubicati nei comuni confinanti afferenti ad altre Aziende Ulss. Il vigente Piano Operativo Regionale prevede inoltre che le Aziende del SSR possono stipulare accordi interaziendali finalizzati al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia.

Le Aziende ULSS predispongono la programmazione del recupero delle attività di erogazione delle prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa in accordo con i seguenti criteri:

- **CRITERIO 1:** Garanzia di erogazione della prestazione presso una struttura con una distanza fino a 30 km oppure fino a 30' di percorrenza dal luogo di residenza dell'Assistito, presso:
 - Strutture Aulss - erogazione diretta, regime istituzionale;
 - Strutture Aulss - erogazione diretta, libera professione intramuraria;
 - Strutture Aulss limitrofe a seguito di stipula di accordi;
 - Strutture Private accreditate;

- **CRITERIO 2:** Garanzia erogazione della prestazione presso una struttura con distanza fino a 50 km oppure fino a 50' di percorrenza dal luogo di residenza presso:
 - Strutture Aulss - erogazione diretta, regime istituzionale;
 - Strutture Aulss - erogazione diretta, libera professione intramuraria;
 - Strutture Aulss limitrofe a seguito di stipula di accordi;
 - Strutture Private accreditate.

SET MINIMO PER IL MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DEI CRITERI:

Filtro - Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso, la visita o necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico)

Data di prenotazione: data riferita all'assegnazione di una disponibilità di prestazione susseguente ad una specifica richiesta.



5fc9b1bb



Tipologia prestazione: indica la tipologia di prestazione prescritta;

Classe di priorità: sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute. Sono escluse le prestazioni con Classe U (Urgente).

Comune residenza paziente: indica il codice ISTAT del comune di residenza del paziente

Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Comune struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice ISTAT del comune della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Distanza struttura da residenza paziente.: campo calcolato, indica la distanza dal centroide del comune di residenza del paziente al centroide del comune della struttura sanitaria che eroga la prestazione,

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostico-terapeutiche (e galleggiami), ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto. Sono escluse dal monitoraggio tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente).



5fc9b1bb

