Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 218/12
di iniziativa del Consigliere P. STRAFACE,P. RASO,G. MATTIANI recante:
"Misure per il recupero e l''abbattimento delle liste d''attesa per l''accesso a prestazioni sanitarie"
relatore: P. STRAFACE;

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	27/07/2023
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	27/07/2023
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	II Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 28/07/2023

Testo del Provvedimento

Proposta di legge 218/XII pag. 4

"Misure per il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie"

Normativa citata

Decreto Ministero della Salute 9 dicembre 2015 pag. 18

"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"

Documentazione citata

C.C.N.L .del 08 giugno 2000 (art. 55) pag. 27

"CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVOROQUADRIENNIO 1998-2001 DELL'AREA DELLA DIRIGENZASANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMMINISTRATIVADEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"

Piano nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 pag. 29

"ALLEGATO A"

Piano nazionale di Governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 (All. b) pag. 58

"ALLEGATO B"

Normativa nazionale

Decreto legge 14 agosto 2020 , n. 104 (art. 29) pag. 72

"Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"

Normativa comparata

Deliberazione della Giunta Regionale 28 gennaio 2022, n. 48-4605 - Piemonte pag. 77

"Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024"."

Deliberazione della Giunta regionale n. 162 del 22 febbraio 2022 (all. A) - Veneto pag. 129

"Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa rimodulazione"

Deliberazione della Giunta regionale 13 aprile 2022, n. 347 - Umbria pag. 158

"Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa"

Deliberazione della Giunta regionale del 18 maggio 2022, n. 472 - Umbria pag. 181

"PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL

TRIENNIO 2022-2025"

Deliberazione del 18 maggio 2022, n. 472 (allegato 2) - Umbria pag. 191

"PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025"

Deliberazione della Giunta regionale 28 luglio 2022, n. 1088 - Puglia pag. 206

"Piano recupero Liste d'attesa. - Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104. Aggiornato ai sensi della Legge 23 luglio 2021, n. 106. Art. 1, comma 276, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Variazione al bilancio di previsione per l'e.f. 2022."

Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2019, n. U00302 - Lazio pag. 233

"Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021."

Proposta di legge recante:

“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”

I Consiglieri regionali proponenti:

F.to Pasqualina Straface
F.to Pietro Raso
F.to Giuseppe Mattiani

Proposta di legge recante:

“Misure per il recupero e l’abbattimento delle liste d’attesa per l’accesso a prestazioni sanitarie”

RELAZIONE DESCRITTIVA

La presente proposta di legge intende promuovere misure per il recupero e l’abbattimento delle liste di attesa per esami, visite e ricoveri nel sistema sanitario regionale al fine di contenere il fenomeno delle lunghe attese per prestazioni ospedaliere e territoriali.

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.

L'emergenza sanitaria derivante dal Covid-19 ha inciso negativamente in modo estremamente critico sui tempi di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie. Oltre a quelli relativi al Covid-19 ci sono, infatti, molti percorsi di diagnosi e cura dei quali il sistema sanitario deve occuparsi con la stessa o maggiore attenzione accordata alla patologia pandemica. Durante i *lockdown* imposti dalle ondate pandemiche, si è, peraltro, dato luogo alla riduzione di prestazioni sanitarie alle quali vanno ad aggiungersi quelle che ordinariamente continuano ad essere prenotate e che devono essere gestite in un contesto estremamente difficile ostacolato dalla gestione del Covid-19. In tale contesto i tempi di attesa sono destinati ad allungarsi ulteriormente.

Nel contesto sopra delineato, la Regione Calabria si pone l’obiettivo di mettere in atto azioni specifiche per il recupero e l’abbattimento delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

La presente proposta, oltre ad indicare le prime misure da adottare per l’abbattimento delle liste di attesa nella sanità, vuole essere la base per organizzare e promuovere tali azioni portando alla elaborazione di un Piano operativo regionale e, inoltre, alla predisposizione di un Regolamento che sarà redatto a cura del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all’ambito della prevenzione attiva.

Il Piano regionale verrà predisposto secondo le indicazioni contenute nella nota del Ministero della Salute prot. n.1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 di invio delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2 ", in cui sono definite le indicazioni per la redazione e l'aggiornamento dei Piani regionali.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il sistema dell'Offerta Sanitaria della Regione Calabria è così configurato:

- 5 Aziende Sanitarie Provinciali (ASP);
- 4 Aziende Ospedaliere (AO);
- 1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico IRCCS (INCRA);

- 29 Case di Cura private, convenzionate con il SSN;
- 14 Distretti Sanitari.

Sul tema "liste e tempi di attesa" sono state poste in essere sin dall'anno 2022 da parte del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari e delle Aziende Sanitarie della Regione Calabria diverse azioni atte a dare sostegno normativo a tutte le iniziative attuate per il contenimento e la riduzione dei tempi di attesa.

Le azioni hanno interessato, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste di attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

Ogni anno sono stati assegnati ai Direttori generali obiettivi relativi ai tempi di attesa per le visite e prestazioni ambulatoriali e prestazioni di screening oncologici.

EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE CALABRIA

La gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali, organizzazioni rappresentative degli erogatori privati a livello regionale (ANISAP, AIOP, ARIS ecc.), per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte dei professionisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (così come indicato nel D.M. 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale").

È utile anche ricordare che il tema non trova risposta gestionale in un'unica azione risolutiva, ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatorio e operativo su più livelli.

Al fine di assicurare il ripristino ed il recupero delle liste di attesa, le ASP e le Aziende Ospedaliere (AO) devono, ad esempio, assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna. attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana (venerdì, sabato e domenica), sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett.d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

La soluzione alle criticità nella gestione delle liste di attesa, pertanto, non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza, sia di priorità delle prestazioni.

Non meno importante, deve stimolare performance virtuose, anche incoraggiando responsabilità competitive che riducano i divari dei tempi di attesa tra prestazioni istituzionali e attività libero professionali, divari oggi profondi ma che dovrebbero invece essere allineati. Per tale ragione si propone, con la presente iniziativa legilativa, l'istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (Rula). La nomina di un Responsabile Unico Aziendale, al quale affidare i compiti di presidio dell'organizzazione aziendale relativamente, ad esempio, al corretto rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, all'ottimale utilizzo delle risorse disponibili e al quale affidare la gestione esclusiva delle agende, in sinergia con le Direzione strategiche aziendali, è considerata

difatti una misura utile al perseguimento di una più efficiente organizzazione orientata al perseguimento dell'obiettivo del contenimento delle liste d'attesa. Il Responsabile Unico Aziendale sarà inoltre competente della definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati. Le funzioni sono, inoltre, quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori.

La proposta mira altresì alla istituzione di un Centro di coordinamento, al fine di assumere iniziative utili a rendere omogenea, sull'intero territorio regionale, la risposta sui tempi e a promuovere iniziative di supporto reciproco tra le diverse organizzazioni ospedaliere per contenere fenomeni di particolare criticità.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale sia periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto al quale deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra le azioni poste in essere per il governo delle liste d'attesa e:

- le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo "prescrizione - prenotazione - referto", con particolare attenzione alle Classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;
- gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive, sia per l'attività libero-professionale intramuraria;
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle Linee guida nazionali- sistema CUP Unico regionale (SovraCup).

Tra l'altro, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni poste a carico del SSR ed il conseguente efficientamento dei fattori produttivi investiti in sanità, provoca - come conseguenza diretta - la riqualificazione della spesa sanitaria stessa.

Alcune delle maggiori criticità, in un percorso organizzato di governo delle liste d'attesa, riguardano l'ambito finanziario, in parte determinate da condizioni oggettive nazionali:

- l'emanazione di norme di limitazione della spesa regionale sul Fondo sanitario nazionale, con conseguente riduzione della spesa sanitaria;
- l'imposizione di abbassamento dei tetti di spesa per il personale del SSR, o della quota destinata agli erogatori privati accreditati.

Al fine di ricomporre la frammentarietà normativa e l'eterogeneità dei comportamenti aziendali, è risultato evidente come sia indispensabile prevedere degli strumenti che consentano di rendere omogenee le modalità di gestione dei tempi di attesa, garantendo l'accessibilità dei servizi ai cittadini, la garanzia dei tempi massimi - come previsto dalla normativa nazionale - ed il monitoraggio regionale degli standard di erogazione.

L'attenzione sul tema delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata rimarcata, in Regione Calabria già nel 2020.

Il percorso che si vuole avviare da subito prevede la redazione, da parte della Giunta regionale, del

"Piano regionale per il Governo e l'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale" per il triennio 2023-2025.

L'atto ha lo scopo di definire una prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio e di individuare, tra l'altro, le aziende sanitarie regionali che saranno coinvolte ed i bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle Classi di priorità.

Il modello operativo dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione;
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione;
- accessibilità ai vari servizi;
- modalità di accesso alla prestazione;
- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata;
- frequenza di consumo della prestazione (domanda/utilizzo);
- grado di diffusione della prestazione: eseguibilità da parte di differenti soggetti o erogatori, livello di professionalità richiesta/disponibilità della disciplina;
- rischio connesso all'esecuzione (ambito di sicurezza) per invasività della manovra e/o somministrazione mezzi di contrasto (MdC) o farmaci;
- utilizzo di apparecchiature/tecnologie (costo, gestione, manutenzione, materiali di consumo);
- livello di specializzazione del personale medico, infermieristico, tecnico e paramedico coinvolto.

Nell'ambito dell'individuazione dei "Raggruppamenti Omogenei di Attesa" ("Modello RAO"), per le branche ad oggi individuate quali prioritarie dal Piano nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021 l'AGENAS indica, in specifico:

- gastroenterologia;
- radiodiagnostica;
- cardiologia.

PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE OGGETTO DEL PROGRAMMA

Il modello operativo da implementare si riferisce in via prioritaria, alle tipologie di prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, ai livelli di priorità cliniche, aì primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate quali modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso, o accesso successivo.

Vengono posti in essere sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici PDTA.

IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI

In tale ambito, al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è

necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato verso le Aziende Sanitarie regionali.

Il modello di riferimento del piano operativo dovrà essere confermato nelle "Aree Omogenee di Programmazione" ex DM 70/2015 coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le 5 Aziende Sanitarie Provinciali regionali, le 4 Aziende Ospedaliere e l'INCRA.

Le modalità di collaborazione da parte delle Aree Omogenee sono da concordarsi fra le Aziende afferenti alle stesse, previo accordo con la Direzione Sanità, in base alla tipologia del bisogno assistenziale.

L'attuazione del Piano operativo regionale deve essere realizzata attraverso la costituzione di un Centro di coordinamento regionale i cui obiettivi a livello regionale e aziendale sono i seguenti:

- analizzare la situazione attuale per quanto riguarda i tempi e le liste di attesa per interventi, visite, prestazioni e screening;
- definire, in tale ambito, le principali criticità;
- mettere in atto azioni di miglioramento coerenti.

Presso ogni Azienda Sanitaria viene istituita la "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", le quali dovranno operare in sinergia per l'attuazione degli interventi previsti a livello di Area Omogenea di Programmazione.

La gestione dei percorsi e delle prenotazioni derivanti deve comunque avvenire attraverso la piattaforma CUP Unico regionale (Sovracup), opportunamente configurata.

AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA

Le azioni sui bisogni e sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante della comunicazione e sensibilizzazione con i cittadini e sull'appropriatezza prescrittiva.

A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

La proposta si compone di 11 articoli, come di seguito descritti:

- l'art. 1 prevede, quali finalità e obiettivi della legge, l'adozione di misure per il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie;
- l'art. 2 prevede la predisposizione di un Piano operativo regionale per il Governo e l'Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- l'art. 3 prevede un'azione di "monitoraggio e pubblicazione dei dati" al fine di una adeguata informazione ai cittadini;
- l'art. 4 prevede la presa in carico dell'assistito fino al completamento del percorso diagnostico;

- l'art. 5 prevede l'istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA);
- l'art. 6 prevede la costituzione di un Centro di coordinamento regionale con funzioni di monitoraggio e propositive;
- l'art. 7 prevede la predisposizione di un Regolamento al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all'ambito della prevenzione attiva;
- l'art. 8 prevede la realizzazione di forme di comunicazione istituzionale al fine di promuovere la sensibilizzazione e l'informazione capillare dei cittadini;
- l'art. 9 prevede la Clausola di invarianza degli oneri finanziari

  l'art. 10 prevede la clausola valutativa;
- l'art. 11 dispone l'entrata in vigore anticipata della legge rispetto al termine ordinario di 15 giorni (*vacatio legis*) in quanto il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa rappresenta una delle priorità in materia di Salute per garantire livelli essenziali di assistenza a tutti gli assistiti.

RELAZIONE TECNICO-FINANZIARIA

La presente legge reca disposizioni di carattere ordinamentale che non comportano oneri finanziari per il bilancio regionale.

Relazione finanziaria

Quadro di riepilogo analisi economico finanziaria

(allegato a margine della relazione tecnico finanziaria art. 39 Statuto Regione Calabria)

Titolo della legge: "Misure per il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie".

Tab. 1 - Oneri finanziari:

	Descrizione spese	Tipologia I o C	Carattere temporale A o P	Importo
Art. 1	Norma a carattere ordinamentale che prevede, quali finalità e obiettivi della legge, l'adozione di misure per il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie.			0

Art. 2	Norma a carattere ordinamentale che prevede la predisposizione di un Piano operativo regionale per il Governo e l'Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.			0
Art.3	Norma a carattere ordinamentale che, al fine di una adeguata informazione ai cittadini, prevede un'azione di "monitoraggio e pubblicazione dei dati".			0
Art.4	Norma a carattere ordinamentale che prevede la presa in carico dell'assistito fino al completamento del percorso diagnostico.			0
Art.5	Norma a carattere ordinamentale che prevede l'istituzione del Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA).			0
Art.6	Norma a carattere ordinamentale che prevede la costituzione di un Centro di coordinamento regionale con funzioni di monitoraggio e propositive.			0
Art.7	Norma a carattere ordinamentale che prevede la predisposizione di un			0

	Regolamento al fine di individuare specifiche modalità di offerta e di prenotazione afferenti all'ambito della prevenzione attiva.			
Art.8	Norma a carattere ordinamentale che prevede la realizzazione di forme di comunicazione istituzionale al fine di promuovere la sensibilizzazione e l'informazione capillare dei cittadini.			0
Art.9	Prevede la clausola di invarianza finanziaria.			0
Art.10	Prevede la clausola valutativa.			0
Art.11	Dispone l'urgenza della legge, anticipandone l'entrata in vigore rispetto al termine ordinario di 15 giorni decorrenti dalla pubblicazione della stessa sul BURC telematico.			0

Tab. 2 Copertura finanziaria:

Programma / capitolo	Anno 2023	Anno 2024	Anno 2025	Totale
	0,00			
	0,00			
Totale	0,00	0,00	0,00	0,00

Proposta di legge recante

"Misure per il recupero e l'abbattimento delle liste d'attesa per l'accesso a prestazioni sanitarie"

Art. 1

(Finalità e obiettivi)

1. La Regione Calabria, in conformità con le linee di intervento definite nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA), promuove l'adozione del "Piano regionale di governo delle liste di attesa" 2023-2025 (PRGLA 2023-2025).

2. Il Piano di cui al comma 1 ha lo scopo di delineare i criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio nonché di individuare, tra l'altro, le aziende sanitarie regionali che saranno coinvolte ed i bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle Classi di priorità.

Art. 2

(Piano regionale per il Governo e l'Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale)

1. La Giunta regionale entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge redige il "Piano regionale per il Governo e l'Abbattimento dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale" per il triennio 2023-2025.

2. La Regione Calabria mira ad implementare pienamente il "Piano regionale di governo delle liste d'attesa" 2023-2025 promuovendo l'adozione di specifiche misure ed azioni di intervento al fine di raggiungere il totale abbattimento delle stesse in favore dei soggetti assistiti.

Art. 3

(Monitoraggio e pubblicazione dei dati)

1. Con cadenza bimestrale, e comunque non oltre il quinto giorno del bimestre successivo, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli IRCCS di diritto pubblico, provvedono a pubblicare sul relativo sito istituzionale i dati di monitoraggio distinti per Classi di priorità sui tempi d'attesa nell'erogazione di tutte le visite, prestazioni e ricoveri eseguiti nell'ambito delle attività istituzionale e dell'attività libero-professionale intramuraria (ALPI).

2. Le pubblicazioni di cui al comma 1 devono riferirsi a ogni singola unità operativa ospedaliera o territoriale autorizzata all'erogazione e aggregati per lo stesso tipo di prestazione.

3. Le Aziende sanitarie attivano campagne di informazione per sensibilizzare gli utenti sulle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri nonché sulla appropriatezza prescrittiva utilizzando gli usuali strumenti informativi.

4. Nel sito istituzionale della Regione - Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari - viene pubblicato semestralmente l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio di cui al comma 1, raggruppate per Azienda; i

dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai Criteri di priorità U – URGENTE con attesa massima 72 ore; B – BREVE con attesa massima 10 gg; D – DIFFERIBILE con attesa massima 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni diagnostico strumentali; P – con attesa massima 120 gg. (codici U-B-D-P).

5. Le prenotazioni istituzionali in ALPI devono essere effettuate per mezzo dei Centri Unici di Prenotazione (CUP).

Art. 4

(Presa in carico dell'assistito)

1. Al fine di evitare che per gli accertamenti diagnostici connessi alla medesima patologia il paziente venga iscritto in una pluralità di successive liste di attesa, il medico specialista che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito fino alla completa conclusione del percorso diagnostico.

2. Il medico specialista, si affianca e si coordina con il medico di medicina generale nel processo di presa in carico del paziente.

Art. 5

(Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa)

1. Entro e non oltre quindici giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso ogni Azienda Sanitaria Locale viene istituita la "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", presieduta e coordinata dalla Direzione Strategica e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione.

2. Nell'ambito delle Unità di cui al comma 1, i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico provvedono a individuare il Responsabile unico aziendale delle liste d'attesa (RULA) a cui si attribuiscono, senza alcun onere a carico dell'Azienda sanitaria, le funzioni e gli obiettivi tematici e temporali contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa da adottare con validità annuale.

3. Le Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa, costituite presso ogni Azienda Sanitaria, dovranno operare in sinergia per l'attuazione degli interventi previsti a livello di Area Omogenea di Programmazione.

4. Il RULA di cui al comma 2 è responsabile dell'attuazione e del raggiungimento degli obiettivi contenuti nel Piano aziendale sulle liste d'attesa e delle attività di cui al comma 1 e provvede al controllo sull'avvenuto adempimento.

5. I RULA devono essere nominati tra il personale in servizio presso le rispettive organizzazioni sanitarie, dotati di qualifica dirigenziale ed esperienza coerente con la funzione da assolvere.

6. Il RULA detiene e aggiorna un apposito registro in cui sono riportati volumi, tempi di attesa e ogni altro dato necessario al monitoraggio di cui al comma 1. Redige, con cadenza annuale, un Report di monitoraggio delle prestazioni critiche e delle liste d'attesa in ambito aziendale e segnala

al direttore generale e all'organismo paritetico di promozione e verifica dell'ALPI le inadempienze e le violazioni alle disposizioni della presente legge e all'atto aziendale.

7. Il RULA è inoltre competente della definizione di interventi formativi che garantiscano che l'accoglienza dei pazienti e la comunicazione sulla permanenza nelle liste d'attesa siano gestite con competenze adeguate da parte degli operatori incaricati.

Art. 6

(Centro di Coordinamento regionale)

1. L'attuazione del Piano regionale di cui all'articolo 1 deve essere implementata e messa a regime attraverso la costituzione di un Centro di coordinamento regionale presieduto dal Presidente della Giunta regionale o suo delegato e del quale, oltre ai Dirigenti del Settore Ospedaliero, del Settore Territoriale e di Azienda Zero, fanno parte i Direttori Sanitari di ciascuna Azienda del SSR, che costituiscono il " Gruppo di Coordinamento del 'Piano operativo regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale' ".

2. Il Gruppo di cui al comma 1 ha sede presso il Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Socio-sanitari ed è inoltre composto da:

a) il Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari del Dipartimento Tutela della Salute;

b) il Responsabile Settore Ospedaliero del Dipartimento Tutela della Salute;

c) il Responsabile Settore Territoriale del Dipartimento Tutela della Salute;

d) il Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle Aziende Sanitarie regionali del Dipartimento Tutela della Salute;

e) il Responsabile del Settore Sistemi informativi e della Gestione dei Flussi Sanitari del Dipartimento Tutela della Salute;

f) il Direttore Sanitario di Ciascuna Azienda Sanitaria.

3. Il Centro di coordinamento regionale ha competenza funzionale a monitorare l'andamento del processo di riduzione dei tempi d'attesa, a proporre iniziative di coordinamento dalle aziende e strutture sanitarie finalizzate a ridurre eventuali disomogeneità territoriali nella gestione delle liste d'attese e a proporre iniziative di supporto reciproco dalle aziende e strutture sanitarie regionali per superare condizioni di particolare criticità e a promuovere un sistema di gestione e governo regionale delle liste d'attesa completamente digitalizzato e informatizzato, con l'utilizzo delle più innovative tecnologie per il monitoraggio e l'accessibilità diretta.

4. Il Centro di Coordinamento regionale si avvale di tutte le possibili e necessarie collaborazioni tecnico-scientifiche al fine di attuare gli scopi della presente legge, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 7

(Prestazioni di prevenzione attiva)

1. La Giunta regionale approva, entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge, un regolamento per individuare le modalità di offerta e di prenotazione riguardanti la prevenzione attiva assicurando i tempi e le modalità di accesso e di fruizione, e ne dà visibilità sul proprio sito istituzionale, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione *target*.

Art. 8

(Comunicazioni istituzionali)

1. La Giunta regionale assicura il monitoraggio della presenza sui siti web - sezione su liste e tempi di attesa - delle aziende sanitarie pubbliche e private accreditate le quali garantiscono la comunicazione su tempi e liste di attesa e il rafforzamento della multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui campagne informative, uffici relazioni con il pubblico (URP), carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti web regionali e aziendali.

Art. 9

(Clausola di invarianza degli oneri finanziari)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri finanziari a carico del bilancio regionale.

Art. 10

(Clausola valutativa)

1. La Giunta regionale, entro il 31 marzo di ciascun anno, a partire dal secondo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, trasmette al Consiglio regionale una relazione annuale sullo stato di attuazione e sulla efficacia della presente legge.

Art. 11

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale telematico della Regione Calabria.

F.to Pasqualina Straface
F.to Pietro Raso
F.to Giuseppe Mattiani

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 9 dicembre 2015

Condizioni di erogabilita' e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. (16A00398)

(GU n.15 del 20-1-2016)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visto l'art. 15-decies, del decreto legislativo 23 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che prevede per i medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, nonche' per i medici specialisti che abbiano titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a pazienti, all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, l'obbligo di specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto del Ministro della sanita' 22 luglio 1996, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e successive modificazioni, recante «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe»;

Vista l'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del 2 luglio 2015 e, in particolare, il punto B.1. «Riduzione delle prestazioni inappropriate di assistenza specialistica ambulatoriale»;

Visto il decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, recante «Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuita' dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonche' norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali.»;

Visto, in particolare, l'art. 9-quater del citato decreto-legge n. 78 del 2015, con cui, in attuazione della predetta intesa del 2 luglio 2015, si prevede che con decreto del Ministro della salute sono individuate le condizioni di erogabilita' e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto ministeriale 22 luglio 1996, disponendo, altresi', che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilita' previste dal decreto ministeriale sono a totale carico dell'assistito, nonche' l'obbligo dei medici di conformare il proprio comportamento prescrittivo alle condizioni ed indicazioni di cui al medesimo decreto ministeriale;

Visto il parere del Consiglio superiore di sanita' espresso nelle sedute del 14 settembre e del 25 settembre 2015 sulle condizioni di erogabilita' e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ai sensi del predetto decreto ministeriale 22 luglio 1996;

Vista l'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 26 novembre 2015

Decreta:

Art. 1

Oggetto

1. Il presente decreto individua le condizioni di erogabilita' e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996.

Art. 2

Definizioni

1. Ai fini del presente decreto, si intende per:

a) «condizioni di erogabilita'» le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalita' della prestazione (terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi in assenza delle quali la prestazione specialistica risulta inappropriata e non puo' essere erogata nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale;

b) «indicazioni di appropriatezza prescrittiva» le specifiche circostanze riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalita' della prestazione (terapeutica diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni), al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi o alla coerenza con le indicazioni di enti regolatori nazionali o internazionali specificate nell'allegato 1, in assenza delle quali la prestazione, comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale, risulta ad alto rischio di inappropriatezza;

c) «specialista» il medico che, in relazione al rapporto di lavoro in essere, ha titolo per erogare le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per conto del Servizio sanitario nazionale.

2. Ai fini dell'applicazione delle condizioni di erogabilita' nella prescrizione delle prestazioni di radiologia diagnostica di cui al presente decreto, per la definizione del «sospetto oncologico» di cui all'allegato 1, note n. 32, 34, 36, 38 e 40 devono essere considerati i seguenti fattori: 1) anamnesi positiva per tumori; 2) perdita di peso; 3) assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane; 4) eta' sopra 50 e sotto 18 anni; 5) dolore ingravescente, continuo anche a riposo e con persistenza notturna.

3. Ai fini dell'applicazione delle condizioni di erogabilita' nella prescrizione delle prestazioni di odontoiatria, si intende per:

a) «vulnerabilita' sanitaria» la presenza di condizioni cliniche che possono essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante;

b) «vulnerabilita' sociale» una condizione di svantaggio sociale ed economico correlata di norma al basso reddito, a condizioni di marginalita' o esclusione sociale.

Art. 3

Allegati

1. L'allegato 1, che costituisce parte integrante del presente decreto, riporta le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996, cui sono associate condizioni di erogabilita' o indicazioni di appropriatezza prescrittiva. Per ciascuna prestazione sonoindicati:

a) il numero progressivo identificativo (NUMERO NOTA) della

condizione o indicazione che il medico e' tenuto a riportare negli appositi spazi della ricetta;

b) la notazione (R, H) che, ai sensi del decreto ministeriale 22 luglio 1996, individua la tipologia di ambulatori presso i quali e' erogabile la prestazione; la notazione * di cui al medesimo decreto ministeriale e' sostituita dalla condizione di erogabilita' o dalla indicazione di appropriatezza prescrittiva di cui al presente decreto;

c) il codice numerico identificativo della prestazione ai sensi del decreto ministeriale 22 luglio 1996;

d) le condizioni di erogabilita', contrassegnate da lettere identificative da riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta;

e) le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, contrassegnate da lettere identificative da riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta.

2. L'allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto, riporta:

a) nella colonna A, le patologie diagnosticabili con le prestazioni di genetica medica, contrassegnate da un codice alfanumerico (Pxxx) che il medico e' tenuto a riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta;

b) nella colonna B, le patologie e condizioni per le quali e' appropriata l'esecuzione di prestazioni di citogenetica,contrassegnate da un codice alfanumerico (Cxxx) che il medico e' tenuto a riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta;

c) nella colonna C, le patologie e condizioni oncoematologiche per le quali l'indagine genetica e/o citogenetica e' indicata per confermare la diagnosi e/o definire la prognosi, a seguito a indagini (biochimiche, ematologiche, morfologiche) e valutazioni specialistiche; le patologie e condizioni sono contrassegnate da un codice alfanumerico (Exxx) che il medico e' tenuto a riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta;

d) nella colonna D, le patologie e condizioni per le quali e' appropriata l'esecuzione di prestazioni di immunogenetica, a seguito di indagini (biochimiche, ematologiche, morfologiche) e valutazioni specialistiche, contrassegnate da un codice alfanumerico (Fxxx) che il medico e' tenuto a riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta;

e) nella colonna E, le patologie e condizioni per le quali e' appropriata l'esecuzione di prestazioni di genetica molecolare su materiale bioptico a seguito di indagini (istologiche e morfologiche) e valutazioni specialistiche, contrassegnate da un codice alfanumerico (Gxxx) che il medico e' tenuto a riportare sulla ricetta, di seguito alla prestazione prescritta.

3. L'allegato 3, che costituisce parte integrante del presente decreto, indica i criteri in base ai quali sono state identificate le condizioni di erogabilita' delle prestazioni di odontoiatria, secondo quanto previsto dall'art. 9, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dall'allegato 2B del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 recante «Definizione dei livelli essenziali di assistenza».

Roma, 9 dicembre 2015

Il Ministro: Lorenzin

Allegato 1

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 2

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 3

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI EROGABILITA'
DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Premessa

La normativa nazionale in materia di assistenza odontoiatrica e' costituita principalmente dal decreto legislativo n. 502/1992 e succ.mod. che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN, e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza». Tali disposizioni nazionali prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata a:

a) programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'eta' evolutiva;

b) assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilita'.

2. Programmi di tutela della salute odontoiatrica in eta' evolutiva (0-14 anni)

Premesso che la prevenzione attiva anche in tema di salute odontoiatrica ricade nella assistenza sanitaria collettiva, la prevenzione in campo odontoiatrico richiede anzitutto specifici programmi a favore della popolazione in eta' evolutiva. La disamina degli interventi gia' posti in essere a livello regionale, fanno ritenere efficace prevedere per i soggetti interessati (0-14 anni) l'attivazione di programmi che prevedano:

a) il monitoraggio della carie e delle malocclusioni;

b) il trattamento della patologia cariosa;

c) la correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio (gradi 4° e 5° dell'indice IOTN (1)).

Detti interventi, tramite l'offerta attiva da parte del SSN, dovranno consentire di giungere alla diagnosi precoce delle patologie, con particolare attenzione ai bambini provenienti da contesti socio-economici problematici, segnalati come soggetti che presentano maggiori problemi di accesso alle cure necessarie (vedi di seguito vulnerabilita' sociale).

Destinatari delle prestazioni: i cittadini in eta' evolutiva (0-14 anni).

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle, riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «0-14 anni»):

a) visita odontoiatrica: a tutti i soggetti in eta' evolutiva, (nella visita sono comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo)

b) altre prestazioni riguardanti: estrazioni, chirurgia parodontale, chirurgia orale ricostruttiva, ablazione del tartaro, incappucciamento indiretto della polpa, trattamenti ortodontici limitatamente ai minori con patologie ortognatodontiche a maggior rischio (grado 5° dell'indice IOTN) che versano in condizioni di vulnerabilita' sanitaria e/o sociale, ecc.

3. Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilita'.

Considerato che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 fa generico riferimento a «condizioni di vulnerabilita'», occorre individuare le condizioni cliniche per le quali e' necessario effettuare le cure odontoiatriche ed anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private.

Possono pertanto essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilita':

Vulnerabilita' sanitaria: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;

Vulnerabilita' sociale: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalita' e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

La Vulnerabilita' Sanitaria

Per definire le condizioni di vulnerabilita' sanitaria, vale a dire le malattie o le condizioni per le quali sono necessarie cure odontoiatriche, possono essere adottati due differenti criteri:

il primo criterio (criterio «ascendente») prende in

considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.)

il secondo criterio (criterio «discendente») prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

Le discipline regionali intervenute su questa materia associano, in genere, entrambi i criteri, identificando platee piu' o meno ampie di destinatari.

Cio' premesso, la vulnerabilita' sanitaria deve essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio «discendente»), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi «quoad vitam» del soggetto.

Destinatari: in tale ottica, sono individuabili almeno le seguenti condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave;
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in eta' evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio «ascendente»), potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilita' sociale.

Occorrera' comunque definire piu' in dettaglio, le caratteristiche e gli attributi che identificano la patologia stessa ed il periodo di concessione del beneficio (es. durata dell'assistenza post-trapianto). Inoltre, occorrera' definire in modo puntuale le modalita' ed i percorsi attraverso i quali tali soggetti possano essere individuati.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «vulnerabilita' sanitaria»)

Date le premesse e la gravita' delle patologie stesse, ai soggetti cosi' definiti in condizioni di vulnerabilita' sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

La Vulnerabilita' Sociale

Puo' essere definita come quella condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalita' e/o esclusione sociale, che impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilita' ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private.

In particolare, l'elevato costo delle cure presso gli erogatori privati, unica alternativa oggi per la grande maggioranza della popolazione, e' motivo di ridotto accesso alle cure stesse soprattutto per le famiglie a reddito medio/basso; cio', di fatto, limita l'accesso alle cure odontoiatriche di ampie fasce di popolazione o impone elevati sacrifici economici qualora siano indispensabili determinati interventi.

Pertanto, tra le condizioni di vulnerabilita' sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure e' ostacolato o impedito:

a) situazioni di esclusione sociale (indigenza)
b) situazioni di poverta'
c) situazioni di reddito medio/basso

Destinatari

E' demandata alle Regioni ed alle Province autonome la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socio-economica (ad esempio indicatore ISEE o altri) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilita' sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Analogamente, puo' essere demandata alle Regioni l'adozione di criteri piu' articolati (ad esempio, la previsione di determinate condizioni socioeconomiche per i soggetti affetti da patologie - croniche o rare - non incluse tra quelle che determinano la «vulnerabilita' sanitaria», ovvero per altre categorie socialmente protette), in considerazione delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione interessata e delle risorse da destinare a questo settore.

L'indicatore socio-economico potrebbe essere utilizzato, inoltre, per identificare «clusters» di soggetti in condizioni di vulnerabilita' sociale e socio-sanitaria cui garantire alcune prestazioni gratuite ed altre erogabili con una compartecipazione crescente in funzione del reddito.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «vulnerabilita' sociale»)

Stanti le considerazioni precedentemente esposte circa l'impiego di risorse e la platea dei destinatari, a tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilita' sociale devono essere almeno garantite:

1. visita odontoiatrica
2. estrazioni dentarie
3. otturazioni e terapie canalari
4. ablazione del tartaro
5. applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
6. applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto)
7. apicificazione ai soggetti 0-14 anni

4. La popolazione generale.

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nella categorie di protezione indicate (tutela eta' evolutiva e condizioni di vulnerabilita'), devono essere comunque garantite le prestazioni riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «popolazione generale» e, in particolare, le seguenti:

1. visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
2. trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarita' smalto-dentinali conseguente a frattura).

(1) L'Indice di Necessita' di Trattamento Ortodontico (IOTN), ideato per stadiare la necessita' di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno ad alterazioni funzionali. E' raccomandato dalla British Orthodontic Society (come strumento per discriminare l'erogabilita' e la priorita' di trattamento ortodontico che avvenga con onere a carico del NHS), e prevede 5 classi di gravita': grado 1 - nessuna necessita' di trattamento;grado 2 - insufficiente necessita' di trattamento; grado 3 - casi border line; gradi 4/5 - necessita' di trattamento

Allegato 2

Parte di provvedimento in formato grafico

Allegato 3

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLE CONDIZIONI DI EROGABILITA' DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Premessa

La normativa nazionale in materia di assistenza odontoiatrica e'

costituita principalmente dal decreto legislativo n. 502/1992 e succ.mod. che definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e disciplina il funzionamento dei Fondi integrativi del SSN, e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza». Tali disposizioni nazionali prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata a:

a) programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'eta' evolutiva;

b) assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilita'.

2. Programmi di tutela della salute odontoiatrica in eta' evolutiva (0-14 anni)

Premesso che la prevenzione attiva anche in tema di salute odontoiatrica ricade nella assistenza sanitaria collettiva, la prevenzione in campo odontoiatrico richiede anzitutto specifici programmi a favore della popolazione in eta' evolutiva. La disamina degli interventi gia' posti in essere a livello regionale, fanno ritenere efficace prevedere per i soggetti interessati (0-14 anni) l'attivazione di programmi che prevedano:

a) il monitoraggio della carie e delle malocclusioni;

b) il trattamento della patologia cariosa;

c) la correzione delle patologie ortognatodontiche a maggior rischio (gradi 4° e 5° dell'indice IOTN (1)).

Detti interventi, tramite l'offerta attiva da parte del SSN, dovranno consentire di giungere alla diagnosi precoce delle patologie, con particolare attenzione ai bambini provenienti da contesti socio-economici problematici, segnalati come soggetti che presentano maggiori problemi di accesso alle cure necessarie (vedi di seguito vulnerabilita' sociale).

Destinatari delle prestazioni: i cittadini in eta' evolutiva (0-14 anni).

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle, riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «0-14 anni»):

a) visita odontoiatrica: a tutti i soggetti in eta' evolutiva, (nella visita sono comprese la radiografia endorale e l'eventuale rimozione di corpo estraneo)

b) altre prestazioni riguardanti: estrazioni, chirurgia parodontale, chirurgia orale ricostruttiva, ablazione del tartaro, incappucciamento indiretto della polpa, trattamenti ortodontici limitatamente ai minori con patologie ortognatodontiche a maggior rischio (grado 5° dell'indice IOTN) che versano in condizioni di vulnerabilita' sanitaria e/o sociale, ecc.

3. Assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilita'.

Considerato che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 fa generico riferimento a «condizioni di vulnerabilita'», occorre individuare le condizioni cliniche per le quali e' necessario effettuare le cure odontoiatriche ed anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private.

Possono pertanto essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilita':

Vulnerabilita' sanitaria: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;

Vulnerabilita' sociale: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalita' e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

La Vulnerabilita' Sanitaria

Per definire le condizioni di vulnerabilita' sanitaria, vale a dire le malattie o le condizioni per le quali sono necessarie cure odontoiatriche, possono essere adottati due differenti criteri:

il primo criterio (criterio «ascendente») prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite,

alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.)

il secondo criterio (criterio «discendente») prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

Le discipline regionali intervenute su questa materia associano, in genere, entrambi i criteri, identificando platee piu' o meno ampie di destinatari.

Cio' premesso, la vulnerabilita' sanitaria deve essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio «discendente»), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi «quoad vitam» del soggetto.

Destinatari: in tale ottica, sono individuabili almeno le seguenti condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave;
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in eta' evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio «ascendente»), potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilita' sociale.

Occorrera' comunque definire piu' in dettaglio, le caratteristiche e gli attributi che identificano la patologia stessa ed il periodo di concessione del beneficio (es. durata dell'assistenza post-trapianto). Inoltre, occorrera' definire in modo puntuale le modalita' ed i percorsi attraverso i quali tali soggetti possano essere individuati.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «vulnerabilita' sanitaria»)

Date le premesse e la gravita' delle patologie stesse, ai soggetti cosi' definiti in condizioni di vulnerabilita' sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

La Vulnerabilita' Sociale

Puo' essere definita come quella condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalita' e/o esclusione sociale, che impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilita' ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private.

In particolare, l'elevato costo delle cure presso gli erogatori privati, unica alternativa oggi per la grande maggioranza della popolazione, e' motivo di ridotto accesso alle cure stesse soprattutto per le famiglie a reddito medio/basso; cio', di fatto, limita l'accesso alle cure odontoiatriche di ampie fasce di popolazione o impone elevati sacrifici economici qualora siano indispensabili determinati interventi.

Pertanto, tra le condizioni di vulnerabilita' sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure e' ostacolato o impedito:

a) situazioni di esclusione sociale (indigenza)
b) situazioni di poverta'
c) situazioni di reddito medio/basso

Destinatari

E' demandata alle Regioni ed alle Province autonome la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socio-economica (ad esempio indicatore ISEE o altri) e dei criteri per selezionare le

fasce di popolazione in condizione di vulnerabilita' sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Analogamente, puo' essere demandata alle Regioni l'adozione di criteri piu' articolati (ad esempio, la previsione di determinate condizioni socioeconomiche per i soggetti affetti da patologie - croniche o rare - non incluse tra quelle che determinano la «vulnerabilita' sanitaria», ovvero per altre categorie socialmente protette), in considerazione delle specifiche caratteristiche demografiche e socio-economiche della popolazione interessata e delle risorse da destinare a questo settore.

L'indicatore socio-economico potrebbe essere utilizzato, inoltre, per identificare «clusters» di soggetti in condizioni di vulnerabilita' sociale e socio-sanitaria cui garantire alcune prestazioni gratuite ed altre erogabili con una compartecipazione crescente in funzione del reddito.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «vulnerabilita' sociale»)

Stanti le considerazioni precedentemente esposte circa l'impiego di risorse e la platea dei destinatari, a tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilita' sociale devono essere almeno garantite:

1. visita odontoiatrica
2. estrazioni dentarie
3. otturazioni e terapie canalari
4. ablazione del tartaro
5. applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
6. applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto)
7. apicificazione ai soggetti 0-14 anni

4. La popolazione generale.

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nella categorie di protezione indicate (tutela eta' evolutiva e condizioni di vulnerabilita'), devono essere comunque garantite le prestazioni riportate nell'allegato 1, cui e' associata la condizione di erogabilita' «popolazione generale» e, in particolare, le seguenti:

1. visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
2. trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarita' smalto-dentinali conseguente a frattura).

(1) L'Indice di Necessita' di Trattamento Ortodontico (IOTN), ideato per stadiare la necessita' di un trattamento ortodontico in funzione della presenza o meno di alterazioni nella disposizione dentale, associate o meno ad alterazioni funzionali. E' raccomandato dalla British Orthodontic Society (come strumento per discriminare l'erogabilita' e la priorita' di trattamento ortodontico che avvenga con onere a carico del NHS), e prevede 5 classi di gravita': grado 1 - nessuna necessita' di trattamento;grado 2 - insufficiente necessita' di trattamento; grado 3 - casi border line; gradi 4/5 - necessita' di trattamento

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DEL LAVORO

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO
QUADRIENNIO 1998-2001 DELL'AREA DELLA DIRIGENZA
SANITARIA PROFESSIONALE TECNICA ED AMMINISTRATIVA
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

(GU n.170 del 22-7-2000 - Suppl. Ordinario n. 117)

PARTE III

TITOLO I
LA LIBERA PROFESSIONE

CAPO I
LA LIBERA PROFESSIONE DEI DIRIGENTI DEL RUOLO SANITARIO

ART. 55
Tipologie di attivita' libero professionali

1. L'esercizio dell'attivita' libero professionale avviene al di fuori dell'impegno di servizio e si puo' svolgere nelle seguenti forme:

a) libera professione individuale, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente del singolo professionista cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'art. 54, comma 4.

b) attivita' libero professionale a pagamento, ai sensi dell'art. 54, comma 4, svolte in e'quipe all'interno delle strutture aziendali, caratterizzata dalla richiesta di prestazioni da parte dell'utente, singolo o associato anche attraverso forme di rappresentanza, all'e'quipe, che vi provvede nei limiti delle disponibilita' orarie concordate.

c) partecipazione ai proventi di attivita' richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in e'quipe, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione con le stesse;

d) partecipazione ai proventi di attivita' professionali, a pagamento richieste da terzi all'azienda all'interno delle strutture aziendali, anche al fine di consentire la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le e'quipes dei servizi interessati.

2. Si considerano prestazioni erogate nel regime di cui alla lettera d) del comma 1 anche le prestazioni richieste, in via eccezionale e temporanea, ad integrazione dell'attivita' istituzionale, dalle aziende ai propri dirigenti allo scopo di ridurre le liste di attesa o di acquisire prestazioni aggiuntive, soprattutto in presenza di

carenza di organico ed impossibilita' anche momentanea di coprire i relativi posti con personale in possesso dei requisiti di legge, in accordo con le equipes interessate e nel rispetto delle direttive regionali in materia.

3. L'attivita' libero professionale e' prestata con le modalita' indicate nell'art. 1, comma 4 del DM 31 luglio 1997, pubblicato nella G.U. 5 agosto 1997. L'autorizzazione ivi prevista e' concessa anche nei casi di esercizio di attivita' professionali svolte in qualita' di specialista in medicina del lavoro o medico competente nell'ambito delle attivita' previste dal d.lgs 626/1994, con esclusione dei dirigenti che versino in condizioni di incompatibilita' in quanto direttamente addetti alle attivita' di prevenzione di cui all'art. 59.

4. La gestione dell'attivita' libero professionale in regime di ricovero e' soggetta alle norme di cui all'articolo 3, commi 6 e 7, della Legge 23.12.1994, n. 724, in materia di obbligo di specifica contabilizzazione.

ALLEGATO A

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2019-2021

1. INTRODUZIONE

Questa edizione del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa nasce con l'obiettivo prioritario di avvicinare ulteriormente la sanità pubblica ai cittadini, individuando elementi di tutela e di garanzia volti ad agire come leve per incrementare il grado di efficienza e di appropriatezza di utilizzo delle risorse disponibili.

La realizzazione di un Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni e Province Autonome, che convengono su azioni complesse e articolate, fondate sulla promozione del principio di appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, organizzativa e prescrittiva, a garanzia dell'equità d'accesso alle prestazioni. Il presente Piano mira ad individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

L'attuazione del Piano Nazionale Cronicità, nelle varie realtà regionali, potrà comportare un miglioramento della gestione dei tempi di attesa, in riferimento all'implementazione dei relativi Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). La presa in carico globale del paziente cronico rappresenta un fattore fondamentale per una riorganizzazione all'interno delle strutture sanitarie, finalizzata ad una programmazione più efficace di tutte le prestazioni necessarie alla persona assistita, comprese quelle di controllo che direttamente programmate dalla struttura consentiranno una migliore gestione delle Agende e una reale verifica delle necessità contingenti.

Il governo delle liste di attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta.
Nella ridefinizione di tali modalità, devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata di cui al D.M. 2 novembre 2011;
- gli orientamenti delineati in materia di Piano Nazionale Anticorruzione vigente;
- gli obiettivi dei contratti e degli Accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);
- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012, e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee Guida Nazionali - sistema CUP e successive integrazioni.

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

Per la piena attuazione del PNGLA verrà istituito, presso la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, entro 120 giorni dalla stipula della presente Intesa, l'**Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa** composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Agenas, di tutte le Regioni e Province Autonome, dell'Istituto Superiore di Sanità e dalle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute. L'Osservatorio, oltre ad affiancare Regioni e Province Autonome nell'implementazione del Piano, provvederà a monitorare l'andamento degli interventi previsti dal presente atto, rilevare le criticità e fornire indicazioni per uniformare comportamenti, superare le disuguaglianze e rispondere in modo puntuale ai bisogni dei cittadini.

L’Osservatorio fornirà periodicamente elementi informativi, dati ed indicatori per il Nuovo Sistema di Garanzia dell’assistenza sanitaria di cui al Decreto Legislativo n. 56/2000.

3

Il presente Piano:

A. prevede il rispetto, da parte delle Regioni e delle Province Autonome, dei tempi massimi di attesa, che non devono essere superiori a quelli indicati dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA), individuati nei loro Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) per tutte le prestazioni erogate sul proprio territorio.

B. individua l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi elencati al successivo punto I (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

C. ribadisce che, in caso di mancata esplicitazione da parte delle Regioni e delle Province Autonome dei tempi massimi di attesa delle sopra citate prestazioni, nelle Regioni e Province Autonome interessate si applicano direttamente i parametri temporali determinati nel presente Piano.

D. conferma le aree cardiovascolare e oncologica quali aree prioritarie per lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali, PDTA (secondo modalità che saranno disciplinate da specifiche Linee Guida da elaborare all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa), a garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento; prevede, altresì, di considerare ulteriori aree critiche connesse a quadri clinici di cronicità.

E. conferma l'obbligo di indicare chiaramente su tutte le prescrizioni il Quesito diagnostico, se trattasi di prestazioni in primo accesso o se trattasi di accesso successivo e, per le prestazioni in primo accesso, la Classe di prioritàe.
L'indicazione del Quesito diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del medico di effettuare prestazioni e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.
Nelle prescrizioni deve essere chiaro se trattasi di prestazione in primo accesso (primo contatto del cittadino con il SSN per un dato problema clinico ossia prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore e nel caso di paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o prestazione successiva al primo accesso (visita o prestazione di approfondimento, per

pazienti presi in carico dal primo specialista, controlli, *follow up*) - Allegato D, Glossario.
Quindi, le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione.
A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve dotarsi di strumenti atti a garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia, anche nell'ottica di evitare il ricorso a prestazioni caratterizzate da una più elevata complessità erogativa (es. ospedalizzazione c.d. evitabile).
Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e *follow up*, si istituiranno apposite Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, Agende che saranno integrate nel sistema CUP.
La mancata indicazione della tipologia di accesso e della biffatura della Classe di priorità avrà ripercussioni sulla valutazione del Monitoraggio *ex post*.
Inoltre, ai fini di distinguere le situazioni di oggettiva difficoltà di accesso da quelle determinate dalla scelta discrezionale dell'utente di rivolgersi ad altra struttura sanitaria o di richiedere la prestazione in altra data successiva alla prima proposta, appare opportuno che i sistemi di prenotazione CUP prevedano la possibilità di registrare l'avvenuta scelta e distinguere questa situazione dall'effettiva capacità di offerta.

F. prevede che sia evidente la separazione tra primi accessi e accessi successivi sia nella fase di prenotazione sia in quella dell'erogazione della prestazione.

G. promuove la valutazione ed il miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Suggerisce che gli Accordi collettivi nazionali relativi alla disciplina dei rapporti con i MMG e PLS e con gli specialisti richiamino l'opportunità di attenersi a quanto previsto dal PNGLA per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, nonché l'utilizzo delle Classi di priorità, del Quesito diagnostico e l'identificazione di primo o accesso successivo; introduce sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita, con

l'obiettivo di generare cruscotti di monitoraggio aziendali che consentano, attraverso un *benchmark* interno, di orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi.

H. prevede la gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali.

Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP e devono essere suddivise per Classi di priorità.
La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

I. individua i seguenti Monitoraggi:
Le azioni di monitoraggio elencate di seguito si basano sul presupposto che tutte le Agende di prenotazione, comprese quelle della libera professione intramuraria, siano gestite dai sistemi CUP.

- Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
- Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in Attività Libero Professionale Intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente);
- Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende (attività pubblica, privata e libera professione) nel sistema CUP.

I dati risultanti dai suddetti monitoraggi saranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

L. prevede la possibilità di acquisto delle prestazioni aggiuntive erogate in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

M. promuove, come strumento di governo della domanda, il modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei – RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, fermo restando la possibilità da parte delle Regioni e Province Autonome di adottare, previa analisi di fattibilità e in relazione alle risorse disponibili, differenti modelli di governo clinico. Il modello RAO: *i)* prevede il coinvolgimento partecipativo di medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti) e soggetti erogatori; *ii)* indica i criteri clinici per l'accesso appropriato e prioritario alle prestazioni facendo riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" già condiviso dalle Regioni in una prima fase sperimentale- Allegato C, e successivi aggiornamenti.

N. considera, tra gli strumenti di governo dell'offerta delle prestazioni e in relazione alle risorse disponibili, l'attuazione di modelli gestionali che estendano la capacità erogativa nel rispetto dei vincoli contrattuali, quali, per esempio, l'erogazione delle attività diagnostiche in fasce orarie ulteriori e diverse da quelle già programmate.

O. considera fondamentale per la programmazione dell'offerta che si provveda ad una accurata definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali che tenga conto anche della mobilità passiva interregionale.

P. promuove l'identificazione di percorsi individuati e condivisi in ambiti disciplinari trasversali all'Azienda con lo scopo di migliorare la qualità del servizio, la garanzia di continuità assistenziale, la riduzione dei tempi di attesa delle attività ambulatoriali e di ricovero, come il *day service*.

Q. prevede altresì l'attivazione di modalità alternative di accesso alle prestazioni nel caso in cui al cittadino non possa essere assicurata la prestazione entro i limiti previsti dalla Regione (cosiddetti "percorsi di tutela").

R. rappresenta il riferimento per la definizione di indicatori e criteri di valutazione utilizzabili dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui di cui all'articolo 9 della Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, per le proprie finalità di monitoraggio dell'assistenza sanitaria in tutte le Regioni e Province Autonome, anche ai fini della verifica degli adempimenti da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il PNGLA 2019-2021 è vigente fino alla stipula del futuro PNGLA ed è suscettibile di integrazioni e/o modifiche in corso di implementazione.

2. LINEE DI INTERVENTO CHE LE REGIONI GARANTISCONO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA NEI PIANI REGIONALI

Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) che deve riportare chiaramente e garantire:

1. i tempi massimi di attesa di tutte le prestazioni ambulatoriali e di quelle in regime di ricovero erogate sul proprio territorio. I tempi massimi stabiliti non possono essere superiori a quelli nazionali. In caso di mancata esplicitazione di detti tempi massimi da parte delle Regioni e Province Autonome, resta intesa l'applicazione dei parametri temporali determinati nel presente Piano.
2. la possibilità per le ASL e le Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria (vedi sopra riportato punto L).
3. l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini per almeno l'80% della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.
4. l'elenco delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera soggette ai monitoraggi previsti dal PNGLA (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).
5. i criteri di utilizzo delle prestazioni ambulatoriali richieste in Classe P. La Classe P si riferisce alle prestazioni di primo accesso (prestazioni per accertamenti/verifiche cliniche programmabili che non influenzano lo stato clinico/prognosi del paziente) da garantire al massimo entro 120 giorni.
6. le attività sistematiche e continuative di valutazione sulla appropriatezza e sulla congruità prescrittiva per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali e di ricovero al fine di omogeneizzare i comportamenti prescrittivi soprattutto in riferimento a:
    i. utilizzo sistematico delle Classi di priorità;
    ii. presenza del Quesito diagnostico;

iii. corretta identificazione dei primi accessi e degli accessi successivi.

7. la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, attraverso l'uso diffuso del sistema CUP, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato-Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Il CUP deve gestire in maniera centralizzata tutte le Agende delle strutture pubbliche e private accreditate. Inoltre, i sistemi CUP devono prevedere funzionalità atte ad intercettare eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente, prevedendo appositi sistemi di sbarramento che minimizzino il rischio di prenotazioni multiple, anche di natura opportunistica.
8. l'attivazione di servizi telematici dedicati alla disdetta delle prestazioni prenotate; l'adozione di strumenti trasparenti e condivisi per il recupero della quota di compartecipazione alla spesa in caso di prestazioni non disdette ed in caso di mancato ritiro dei referti.
9. la totale visibilità da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali delle Agende di prenotazione, sia per il primo accesso che per gli accessi successivi includendo sia l'attività erogata a carico del SSR sia in regime ALPI. Nello specifico l'erogatore accreditato si impegnerà "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo, nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire, su richiesta della regione, le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale/aziendale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" *(ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione).*
10. l'implementazione di strumenti di gestione della domanda, già sperimentati presso le Aziende Sanitarie di diverse Regioni italiane, modello dei "Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" per le prestazioni specialistiche ambulatoriali. La scelta dei contenuti clinici delle Classi di priorità faranno riferimento al Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO" condiviso dalle Regioni e Province Autonome - Allegato C, e successivi aggiornamenti.
11. il governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche e la separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso delle stesse, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (*follow up*, controllo). Il piano delle prestazioni erogabili deve contenere la definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, programmati in risposta ai fabbisogni previsti, sia nel pubblico che nel privato accreditato, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli.

12. il governo del fenomeno della “prestazione non eseguita” per mancata presentazione dell’utente, potenziando i servizi telefonici di richiamata - *recall* e quelli telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (sms, posta elettronica); al riguardo, si richiamano i disposti dell’art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998 in base al quale: “L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”, e comunque si ritiene possibile l’adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali/provinciali
13. la realizzazione della “presa in carico” del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha “in carico il paziente” di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.
14. la definizione e l’applicazione di “percorsi di tutela” ovvero percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.
15. l’eventuale acquisto e l’erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall’Azienda, riservando al cittadino solo l’eventuale partecipazione al costo. Le Aziende Sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste di attesa dei servizi interessati, concordare con le équipe, ai sensi dell’art. 55 comma 2 lett. d del CCNL 08/06/2000 dell’area della dirigenza medica, veterinaria e dell’area della dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L’acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un’integrazione dell’attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all’interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell’orario di lavoro istituzionale. Nell’espletamento dell’attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta degli ulteriori accertamenti.
16. in caso di superamento del rapporto tra l’attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sforamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell’attività libero professionale, fatta salva l’esecuzione delle prestazioni già prenotate.
17. l’attivazione dell’Organismo paritetico regionale, all’interno delle attività di verifica dello svolgimento dell’attività libero professionale, di cui all’Accordo Stato-Regioni 18 novembre 2010, art. 3, comma 3, e la sua composizione; tale adempimento è sottoposto a verifica nell’ambito dei lavori del Comitato LEA.
18. la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d’attesa (Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e

rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa - Allegato B).

19. l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel PNGLA, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web regionali e aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi e la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza.
20. lo sviluppo di un sistema di CUP online aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi di attesa relativi a visite o esami del SSR o della libera professione intramuraria, secondo le disponibilità effettive. Tale servizio deve consentire all'utente di:
    i. consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna Classe di priorità;
    ii. annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono oppure attraverso i CUP online;
    iii. pagare il ticket e/o il costo della prestazione con bancomat e carta di credito;
    iv. visualizzare gli appuntamenti già prenotati;
    v. ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.
21. favorire l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie di comunità.
22. la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale.
23. la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005.
24. il rispetto degli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa, che costituiscono prioritario elemento della loro valutazione secondo quanto previsto dalle disposizioni vigenti in materia e fermo restando quanto disposto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.
25. il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.
26. la trasmissione del Piano Regionale, **entro 30 giorni** dalla sua adozione alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione e delle Province Autonome.

Nella fase di messa a punto e monitoraggio dei PRGLA è necessario il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute.

3. ELENCO DELLE PRESTAZIONI E TEMPI MASSIMI DI ATTESA OGGETTO DI MONITORAGGIO

Le prestazioni oggetto dei monitoraggi previsti dal PNGLA sono quelle inserite nei punti **3.1**, **3.2** e **3.3**. Tali prestazioni possono essere incrementate, e può essere previsto l'adeguamento dei flussi informativi utili al monitoraggio. Il rispetto dei tempi di attesa deve essere assicurato su tutte le prestazioni erogate.
In caso di rilevazione di ulteriori criticità, gli elenchi di prestazioni oggetto di monitoraggio verranno rivisti.
Non sono oggetto di monitoraggio da parte del Ministero della Salute le prestazioni erogate nell'ambito della prevenzione attiva. Per queste le Regioni e le Province Autonome prevedono specifiche modalità di offerta e di prenotazione e ne assicurano i tempi dandone visibilità, anche in relazione all'obiettivo di aumentare l'adesione della popolazione target.
Le Regioni e Province Autonome prevedono, altresì, il Monitoraggio delle prestazioni di controllo con modalità che riterranno più appropriate ai loro sistemi informativi e gestionali.

3.1. Prestazioni ambulatoriali

Per tutte le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio (visite specialistiche e prestazioni strumentali), riportate nelle sottostanti tabelle, il tempo massimo di attesa indicato dalla Regione e Provincia Autonoma dovrà essere garantito (ai fini del monitoraggio) almeno per il 90% delle prenotazioni con Classi di priorità B e D, riferite a tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
La Classe di priorità è obbligatoria solo per i primi accessi.
A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla Classe P.

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN è obbligatorio l'uso sistematico:

- dell'indicazione di prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità.

- **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **B (Breve)** da eseguire entro 10 giorni;
- **D (Differibile)** da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;

- **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni(*).

(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

Ai fini del monitoraggio dei tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali sono prese in considerazione esclusivamente le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche-terapeutiche, ovvero quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il sistema relativamente al problema di salute posto; sono escluse dai monitoraggi di cui al precedente punto tutte le prestazioni di controllo e le prestazioni di screening e le prestazioni con Classe U (Urgente) che necessitano comunque di osservazione e indicazioni generali anche nel PNGLA.

VISITE SPECIALISTICHE

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
Diagnostica per Immagini			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	MDC		
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5
38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4, 88.77.5
Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio	45.24	45.24

Numero	Prestazione	CodiceNomenclatore	Codice nuovi LEA
	flessibile		
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

3.2. Prestazioni in regime di ricovero

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

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.
Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).
Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.
I Piani Regionali di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Nell'ambito dell'Osservatorio Nazionale sulle liste di attesa di cui all'Introduzione sarà adottato uno specifico set di indicatori di flusso, di utilizzo comune nell'analisi delle attività ospedaliere, atto a monitorare l'efficienza gestionale dei ricoveri ospedalieri.

Elenco prestazioni oggetto di Monitoraggio

L'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio è inserito nella tabella sottostante e sarà periodicamente revisionato.

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	**Prestazione**	**Codici Intervento ICD-9-CM**	**Codici Diagnosi ICD-9-CM**
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	**Prestazione**	**Codici Intervento ICD-9-CM**	**Codici Diagnosi ICD-9-CM**
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

3.3. Prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali nell'area cardiovascolare e oncologica

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere principali cause di morte nel nostro Paese. Pertanto, in tali ambiti, va prevista una tempistica nell'erogazione delle prestazioni che garantisca l'afferenza ad appropriati Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) in tempi adeguati, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione.
Sia in ambito cardiovascolare che oncologico, ai fini dell'appropriatezza organizzativa e dell'erogazione sequenziale delle prestazioni ricomprese nei PDTA, le Regioni e Province Autonome individuano specifici gruppi di prestazioni ambulatoriali e ne promuovono l'erogazione anche attraverso il *day service*.
Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

È evidente che la stessa sequenza può essere assicurata da modelli organizzativi diversi in funzione della realtà demografica, sociale e assistenziale in cui devono essere applicati gli interventi; ne deriva che nella valutazione dei PDTA gli indicatori scelti prescindono dal modello organizzativo, misurando gli effetti attesi in termini di tipologia di prestazioni, tempistiche ed esiti clinici. Confrontare i valori degli indicatori ottenuti attraverso modelli organizzativi diversi rappresenta un'importante fonte di informazione per individuare le scelte organizzative migliori.
Nella definizione della metodologia di monitoraggio e valutazione vengono considerati i PDTA per cui sono disponibili Linee Guida documentate e che sono stati sperimentati ai fini della loro introduzione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (Aggiornamento del decreto interministeriale 12 dicembre 2001, in adempimento al d.lgs. 56/2000), per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane, previsto anche dall'art.10, comma 7, del Patto per la Salute 2014-2016, sancito il 10 luglio 2014.
La modalità di monitoraggio dei PDTA sarà individuata nei compiti dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

La fonte dei dati per il calcolo degli indicatori PDTA è rappresentata dagli archivi sanitari elettronici amministrativi interrogabili, presenti in ciascuna Regione e per cui è possibile l'interconnessione, allo scopo di tracciare il soggetto in tutti gli accessi alle prestazioni sanitarie di interesse.

4. PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Entro 60 giorni dall'adozione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), le Aziende Sanitarie adottano un nuovo Programma Attuativo Aziendale o aggiornano quello in uso, in coerenza con quanto definito in ambito regionale e provvedono all'invio dello stesso alla Regione che provvederà al monitoraggio delle iniziative e degli interventi attuati.
Il Programma Attuativo Aziendale è reso disponibile sul portale dell'Azienda Sanitaria e costantemente aggiornato.
Il Programma Attuativo Aziendale recepisce il Piano Regionale e contempla, secondo le indicazioni del PNGLA, le misure da adottare in caso di superamento dei tempi massimi stabiliti, senza oneri aggiuntivi a carico degli assistiti, se non quelli dovuti come eventuale quota per la compartecipazione alla spesa sanitaria.
Il Programma Attuativo Aziendale, inoltre, provvede a:

- per le prestazioni di primo accesso individuare gli ambiti territoriali di garanzia nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa. Qualora la prestazione non venga erogata (es. non presente per l'alta specializzazione o per la riorganizzazione delle reti cliniche) nell'ambito territoriale di garanzia, viene messo in atto il meccanismo di garanzia di accesso per il cittadino;
- individuare le modalità organizzative attraverso cui le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate garantiscono i tempi massimi di attesa per le prestazioni di cui al punto 3.1 ad almeno il 90% dei pazienti;
- attuare un monitoraggio costante e puntuale dei flussi di specialistica ambulatoriale e dei ricoveri ed il controllo dei dati trasmessi;
- garantire la completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP;
- garantire la correttezza e l'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale (uso delle Classi di priorità, obbligatorietà del Quesito diagnostico, tipologia di accesso);
- monitorare e fornire informazioni adeguate e periodiche sull'andamento dei tempi di attesa nel proprio territorio;
- definire modalità organizzative appropriate per i rapporti con i cittadini in tema di liste di attesa assicurando una chiara comunicazione sulle problematiche esposte;
- garantire la diffusione e l'accesso a tali informazioni utilizzando gli strumenti di comunicazione disponibili (tra i quali i siti Web aziendali), nonché prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS);

- fornire alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione e controllarne l'applicazione;
- indicare quali percorsi alternativi o azioni straordinarie da adottare per garantire i tempi massimi in condizioni di criticità.

5. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

5.1. Per quanto riguarda le prestazioni libero professionali erogate su richiesta e per scelta dell'utente e a totale suo carico, le Regioni e Province Autonome, assicurano il rispetto delle disposizioni vigenti, ed in particolare della legge n. 120 del 2007 e s.m., e dei relativi provvedimenti attuativi sia per le attività ambulatoriali che per quelle di ricovero. Le Aziende assicurano adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all'attività istituzionale, nonché all'attività libero professionale.
Il professionista che eroga prestazioni in regime di libera professione su richiesta e per scelta dell'utente non può prescrivere prestazioni per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico con oneri a carico del SSR.
5.2. Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall'art. 55 comma 2 del CCNL della dirigenza del 8 giugno 2000, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste ed il contenimento dei tempi d'attesa solo dopo aver utilizzato gli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all'articolo 1, comma 4, lettera c) della legge 120/2007 e s.m., nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali. Questa "libera professione aziendale" è concordata con i professionisti e sostenuta economicamente dall'Azienda, riservando al cittadino solo la eventuale partecipazione al costo.

6. MONITORAGGI E RELATIVI FLUSSI INFORMATIVI

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

1) Monitoraggio *ex post* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
2) Monitoraggio *ex ante* delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;

3) Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
4) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
5) Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
6) Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (http://alpi.agenas.it), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
7) Monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
8) Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

I dati relativi ai monitoraggi saranno pubblicati annualmente fatte salve altre esigenze di informazione e comunicazione.

6.1. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in modalità ex post

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex post viene effettuato attraverso il flusso informativo ex articolo 50 della legge n. 326/2003 che, con il D.M. del 18 marzo 2008 attuativo delle disposizioni di cui al comma 5 del citato articolo 50, ha disciplinato la raccolta delle informazioni relative al Monitoraggio dei tempi di attesa.

Il suddetto Monitoraggio è inerente le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B e D prenotate presso tutte le strutture sanitarie (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B). Successivamente (dal 2020) sarà effettuato anche il Monitoraggio delle prestazioni in Classe P.

Ai fini del Monitoraggio tutti i seguenti campi sono obbligatori:

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

- Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, 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 l'esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
- Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per Classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico. La valorizzazione del campo "Classe di priorità" è obbligatoria solo per il primo accesso.
- Garanzia dei tempi massimi: indica se ci troviamo di fronte a una situazione in cui l'utente accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell'utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire i tempi massimi di attesa previsti.
- Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che eroga la prestazione.

Ai fini del presente Monitoraggio, si segnalano le seguenti variazioni alle specifiche tecniche per la compilazione del flusso della specialistica ambulatoriale ex art. 50 del DL 30 settembre 2003 n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge 24 novembre 2003 n. 326:

- la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano;
- la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore diviene obbligatoria per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del presente Piano.

Le sopra riportate variazioni saranno operative a partire dal 01/06/2019.

I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, per le ricette dematerializzate, mentre per le ricette in formato cartaceo saranno di tipo non vincolante. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la

prestazione con biffatura della Classe di priorità; tale semplificazione è resa possibile anche dalla nuova categorizzazione della Classe P.

Per garantire il Monitoraggio ex post dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, Regioni e Province Autonome devono prevedere che il Piano attuativo aziendale individui gli ambiti territoriali e le modalità organizzative secondo le quali le strutture pubbliche e private accreditate erogano le prestazioni in base alle Classi di priorità e nel rispetto dei tempi massimi di attesa al 90% dei pazienti (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
I dati sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del presente Piano e verranno pubblicati annualmente sul portale del Ministero della Salute.

6.2. Monitoraggio ex ante per le prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio riguarda le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 per le Classi di priorità B, D e successivamente anche per quelle in Classe P, prenotate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
Si prevede la possibilità che il Monitoraggio ex ante si estenda progressivamente a coprire tutto l'anno.
Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome dovranno fornire le % di concorso del Privato accreditato ai volumi complessivi delle prenotazioni.

6.3. Monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero programmate

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni erogate in regime di ricovero utilizza, per la periodica rilevazione dei tempi di attesa, il flusso SDO (Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi - Allegato B).
Per garantire la qualità del dato relativo alla data di prenotazione del ricovero, è obbligatorio l'utilizzo delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili nel formato e con le modalità previste nel documento prodotto dal Mattone "Tempi di Attesa": Linee guida per le Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili, tenuto conto di quanto già disciplinato dall'articolo 3, comma 8, della legge n. 724/1994, che prevede l'obbligo delle Aziende Sanitarie Locali, dei Presidi Ospedalieri delle Aziende Ospedaliere, di tenere il Registro

delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di diagnostica strumentale e di laboratorio e dei ricoveri ospedalieri.
Inoltre, il Decreto Ministeriale dell'8 luglio 2010 n. 135 e successive modifiche, recante "Regolamento recante integrazione delle informazioni relative alla scheda di dimissione ospedaliera, regolata dal decreto ministeriale 27 ottobre 2000, n. 380", ha previsto l'inserimento della data di prenotazione e della Classe di priorità.
Il Monitoraggio delle prestazioni di ricovero riguarda i ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021 e sotto riportati, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.
Per ciascuna prestazione verrà monitorata la proporzione erogata nel rispetto dei tempi massimi di attesa attribuiti, in via preliminare, alla Classe di priorità A. Per garantire trasparenti ed efficaci strumenti di governo, le Regioni e le Province Autonome si adottano di un sistema di prenotazione informatizzato centralizzato per la gestione dei ricoveri programmati, garantendo in questo modo anche le programmazioni ex ante.
Le Aziende presentano sul sito aziendale il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri.

Nello specifico:

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile (cfr. Allegato B). Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.

I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di Monitoraggio sono indicati nella tabella sottostante:

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

6.4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano devono adottare le disposizioni per regolare i casi in cui la sospensione dell'erogazione delle prestazioni è ammessa purché legata a motivi tecnici nonché prevedere interventi per fronteggiare i disagi causati dalle sospensioni.
Il Ministero della Salute rileva semestralmente le eventuali sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni ambulatoriali. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.
Le Regioni e le Province Autonome impartiscono indirizzi alle Aziende per gestire i disagi causati dalle sospensioni e ne osservano l'andamento prevedendo interventi in caso di criticità ricorrenti.
La sospensione dell'erogazione delle prestazioni legata a motivi tecnici e gli interventi conseguenti per fronteggiare i disagi, sono oggetto di confronto e individuazione di percorsi di garanzia per il cittadino, con le organizzazioni civiche di tutela del diritto alla salute (comunicazione tempestiva, ri-prenotazione automatica e via preferenziale).

6.4.1. Il comma 282, dell'articolo 1. della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006), stabilisce che per le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001.
Quindi, le Regioni e Province Autonome prevedono un'attività sistematica di vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione.

6.5. Monitoraggio dei percorsi dei pazienti con patologie oncologiche e cardiovascolari

Il Monitoraggio dei PDTA delle patologie oncologiche e cardiovascolari sarà attuato secondo la metodologia indicata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'Osservatorio Nazionale sulle Liste di Attesa.

6.6. Monitoraggio dell'Attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente

Il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione intramuraria avviene secondo le relative Linee Guida attualmente in fase di revisione presso Agenas.
Agenas, su indicazioni *dell'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di*

controllo a livello regionale e aziendale, effettua il Monitoraggio delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività Libero professionale intramuraria (di cui al punto 3.1) erogate a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e ai relativi tempi di attesa.
Agenas trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia *all'Osservatorio Nazionale sullo stato di attuazione dei programmi di adeguamento degli ospedali e sul funzionamento dei meccanismi di controllo a livello regionale e aziendale*

6.7. Monitoraggio della presenza sui siti Web della sezione su liste e tempi di attesa

La comunicazione su tempi e liste di attesa oltre ad essere disciplinata da vari atti (art.41, comma 6, d.lgs. n. 33 del 2013 sulla Trasparenza sulle liste di attesa) va sostenuta per rafforzare la multicanalità nell'accesso alle informazioni attraverso vari strumenti, tra cui: campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, sezioni dedicate e facilmente accessibili sui siti Web regionali e aziendali.
Al riguardo, si conviene di procedere ad un Monitoraggio, su tutto il territorio nazionale, di verifica della presenza delle informazioni su tempi e liste di attesa sui siti Web delle Regioni e Province Autonome e delle Aziende del SSN.
Tale attività rappresenta uno strumento di verifica della trasparenza del SSN rispetto alla tematica delle liste di attesa.
Saranno oggetto di Monitoraggio i siti Web di Regioni e Province Autonome; ASL; AO e AOU; IRCCS; Policlinici Universitari.
Saranno raccolte varie informazioni tra cui: Presenza del sito Web, Apertura sito Web, Indirizzo sito Web consultato, Data di esecuzione del Monitoraggio del sito Web, Accessibilità, Presenza del Programma Attuativo Aziendale, Dati aggregati a livello per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità B e dati aggregati per le prestazioni traccianti per la Classe di priorità D, Presenza di tempi di attesa anche se diversi rispetto a quelli previsti dal PNGLA, Prenotazione online.
I risultati del Monitoraggio saranno diffusi attraverso il Portale del Ministero della Salute.

Allegato B: Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa.

Allegato C: Manuale "Procedura gestionale per l'applicazione del modello RAO".

Allegato D: Glossario in materia di liste di attesa.

Ministero della Salute

Nuovo Sistema Informativo Sanitario

Allegato B

Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA 2019-2021)

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi per i monitoraggi dei tempi di attesa

Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali.

Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per ricoveri programmati.

Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Allegato B

PIANO NAZIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DELLE ATTESA PNGLA 2019-2021

Linee guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per i Monitoraggio dei tempi di attesa

1. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del Monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio.

I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. L'elenco sarà progressivamente incrementato.

Il Ministero della Salute rende disponibile all'interno del Cruscotto NSIS – Indicatori LEA, una sezione dedicata al Monitoraggio dei Tempi di attesa. Nella predetta sezione potranno essere consultati i report relativi alla qualità delle informazioni utili al Monitoraggio dei Tempi di attesa.

Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno le Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di Monitoraggio.

Contenuti informativi

I campi inseriti nel tracciato del comma 5 dell'art. 50 della legge 326/03 per il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali sono da considerarsi tutti obbligatori ai fini del Monitoraggio stesso.

Ai fini del Monitoraggio vanno tenute presenti le seguenti definizioni:

Data di prenotazione: data in cui l'utente attiva il sistema di prenotazione ed effettua la prenotazione.

Data di erogazione: data riferita all'effettiva erogazione della prestazione.

Classe di priorità: fa riferimento ad un sistema di prenotazione definito per classi di priorità che differenzia l'accesso alle prenotazioni in rapporto alle condizioni di salute dell'utente e quindi alla gravità del quadro clinico.

U= urgente (nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore)

B= entro 10 gg

D= entro 30 gg (visite) entro 60 gg (prestazioni strumentali)

P= programmata (con tempistica: 120gg)(*)

(*) fino al 31/12/2019 la classe P è considerata da eseguirsi entro 180 giorni

La valorizzazione del campo “Classe di priorità” è obbligatoria per il primo accesso. L’indicazione del valore da attribuire a tale campo è a cura del prescrittore. Nel caso in cui nelle ricette siano presenti più prestazioni, ad esse deve necessariamente essere attribuita la medesima Classe di priorità.
Tipo di accesso: indica se la prestazione richiesta si riferisce ad un primo accesso (prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, 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 l’esame strumentale, necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico) o accesso successivo (visita o prestazione di approfondimento, per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).
Il tipo di accesso è comune a tutte le prestazioni indicate nella singola ricetta.
Codice struttura che ha evaso la prestazione: indica il codice della struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, coerente con la codifica utilizzata nel modello STS.11. Il campo è di tipo alfanumerico di 6 caratteri.
Garanzia dei tempi massimi: indica le situazioni per le quali il cittadino accede alla garanzia dei tempi massimi oppure, per motivi vari (tra cui la scelta dell’utente diversa dalla prima disponibilità) il SSR non è tenuto a garantire il rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per la Classe di priorità indicata in ricetta. Il dato viene acquisito in fase di prenotazione e riportato nel flusso ex art. 50.
La valorizzazione del campo “Garanzia dei tempi massimi” è obbligatoria solo per il primo accesso. Il campo è di tipo alfa numerico (1 carattere) con la seguente codifica:
1= utente a cui devono essere garantiti i tempi massimi di attesa;
0= utente che non rientra nella categoria precedente.

In riferimento alle strutture nell’ambito delle quali sono garantiti al 90% degli utenti i tempi di attesa massimi regionali per le prestazioni di cui al PNGLA vigente, laddove le Regioni trasmettono, attraverso il flusso dell’articolo 50, codici delle strutture diversi da quanto previsto nei modelli SIS (D.M. 6 dicembre 2006), per le finalità del monitoraggio dei tempi di attesa è necessario procedere alla transcodifica dei codici delle strutture. Le Regioni e Province Autonome sono tenute a comunicare al Ministero della Salute le informazioni transcodificate.

Modalità e tempi di trasmissione
Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, si effettua attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, del flusso di specialistica ambulatoriale ex art. 50 L. 326/2003 al Ministero dell’Economia e Finanze, con cadenza mensile entro 10 gg del mese successivo a quello di rilevazione. Successivamente il Ministero dell’Economia e Finanze provvede a trasferire il suddetto flusso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute entro la fine del mese successivo a quello di rilevazione.
.

2. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali

Ambito del monitoraggio

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, si basa su una rilevazione dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019 - 2021. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato.
Sono tenute alla rilevazione tutte le strutture pubbliche e private accreditate che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN indicate nei Programmi attuativi aziendali.
Il Monitoraggio ex ante si effettua solo per le prestazioni in primo accesso.
Oggetto di Monitoraggio dei tempi di attesa saranno innanzitutto le prestazioni nelle Classi di priorità B e D, mentre per la Classe P saranno successivamente definite le modalità di monitoraggio.

Modalità e tempi di trasmissione

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante, prevede il trasferimento dei contenuti informativi sotto indicati attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" riportato di seguito, da compilarsi per ciascun erogatore, e da trasmettersi unitamente ad un file di riepilogo regionale. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio ex ante delle prestazioni specialistiche ambulatoriali all'interno del NSIS.
Le informazioni devono essere rilevate nel periodo indice, e trasmesse al Ministero della Salute.
Viene definita per il 2019 la seguente modalità di Monitoraggio:
una settimana indice a trimestre a partire dal primo trimestre utile dal perfezionamento dell'Intesa che recepisce il PNGLA 2019-2021 (aprile 1° settimana; luglio 1° settimana; ottobre 1° settimana), con invio dei dati entro il trentesimo giorno successivo alla scadenza della settimana di rilevazione.
Per gli anni successivi il Monitoraggio potrà subire variazioni sulla cadenza di rilevazione.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio ex ante sono:

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Codice ASL	Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento in cui operano tutte le strutture, pubbliche e private accreditate, che erogano prestazioni per conto e a carico del SSN	Inserire il codice MRA (MRA è un'applicazione dell'NSIS che costituisce l'anagrafe delle ASL in relazione alla loro competenza territoriale e ai dati sulla popolazione residente in ciascun comune afferente alla ASL)
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Periodo di riferimento		Inserire un progressivo (1,2,3,4) relativo al trimestre di riferimento

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica la prestazione come definito nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire numero progressivo
Codice prestazione	Indica il codice nomenclatore identificativo delle prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021	Inserire il codice prestazione, selezionandolo tra i valori predefiniti indicati nel paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021
Codice Branca	Codice Branca	Indica la branca corrispondente alla prestazione
Codice Disciplina	Codice Disciplina	
Numero prenotazioni con Classe di priorità B	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, il numero di prenotazioni con Classe di priorità B, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità B per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità B	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità B garantite nei tempi previsti (entro 10 gg)	Numero delle prestazioni con Classe di priorità B garantite entro 10 gg
Numero prenotazioni con classe di priorità D	Indica, tra tutte le prenotazioni che devono essere garantite dal SSR, quella quota di prenotazioni con Classe di priorità D, per ciascuna prestazione nel trimestre	Inserire il numero di prenotazioni con Classe di priorità D per ciascuna prestazione nel trimestre
N. di prenotazioni entro i tempi massimi di attesa, della Classe di priorità D	Indica il numero di prenotazioni della Classe di priorità D garantite nei tempi previsti (entro 30/60gg)	Numero delle prenotazioni con Classe di priorità D garantite entro 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami diagnostici.
°% di garanzia (%di rispetto del tempo massimo di attesa)	Esprime il rapporto tra il numero, delle prenotazioni garantite entro i tempi per ogni Classe di priorità e per ogni prestazione, rispetto al numero di prenotazioni per ogni Classe e per ogni prestazione, determinandone	Indica il rapporto tra, il numero delle prenotazioni garantite entro i tempi di ogni Classe di priorità per singola prestazione ed il numero di prenotazioni che devono essere garantite per ogni singola Classe di

	quindi la % di garanzia	priorità e per ogni prestazione

Allegato 2 – Fac simile Modello di rilevazione del monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali in modalità ex ante.

Regione	*specificare denominazione Regione*
ASL	*Indica la ASL del bacino territoriale di riferimento utilizzando il codice MRA (fase1)*
Anno di riferimento	*Indicare l'anno di riferimento*
Semestre di riferimento	*Indicare il semestre di riferimento (1 o 2)*

N. Prog.	Codice prestazione	N. totale prenotazioni	N. prenotazioni da garantire	N. prenotazioni con classe di priorità B	% copertura entro i tempi della classe di priorità B	Numero prenotazioni con classe di priorità D	% di copertura entro i tempi della classe di priorità D

2. Monitoraggio dei tempi di attesa per ricoveri programmati

Ambito della rilevazione

Il Monitoraggio riguarda i tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A, indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, effettuati presso tutte le strutture indicate nei Programmi Attuativi Aziendali.

Tale Monitoraggio sarà effettuato attraverso la misurazione dell'indicatore: **"Proporzione di prestazioni di ricovero programmato erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ssmmii."**

Indicatore: Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Formula: n° prestazioni per Classe di priorità A erogate nei tempi previsti dalla normativa/n° prestazioni totali per Classe di priorità A.

Soglie di garanzia: per la percentuale di ricoveri programmati con priorità "A" entro 30 giorni si assegna come soglia da raggiungere nel primo anno di vigenza del piano (2019) il valore mediano osservato della distribuzione (II quartile) nell'anno 2016, e nel secondo anno (2020) che la stessa percentuale non sia inferiore al valore osservato relativo al III quartile. Successivamente, a partire dal 2021, si assegna come soglia il 90%, indipendentemente dal regime erogativo. Il valore del 90% è da considerarsi come valore soglia anche nei casi in cui il valore osservato relativo al quartile di riferimento sia superiore al 90%.
Le distribuzioni, per ricoveri in regime ordinario e diurno, sono visibili nelle tabelle riportate di seguito:

Ricoveri	% ricoveri con attesa entro 30 (gg)		
	I quartile	II quartile	III quartile
1 - Interventi chirurgici Tumore maligno MAMMELLA	67,0	74,5	86,1
2 - Interventi chirurgici Tumore maligno PROSTATA	43,9	50,8	58,8
3 - Interventi chirurgici per Tumore maligno COLON	81,6	86,7	91,5
4 - Interventi chirurgici per Tumore maligno RETTO	64,7	77,8	83,3
5 - Interventi chirurgici Tumore maligno UTERO	76,8	83,5	87,2
6 - Interventi chirurgici per MELANOMA	80,2	89,1	92,9
7 - Interventi chirurgici per Tumore maligno della TIROIDE	65,0	68,1	76,6
8 - BYPASS AORTOCORONARICO	79,7	84,9	91,8
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81,3	88,6	90,5
10 - ENDOARTERIECTOMIA CAROTIDEA	54,9	61,0	70,1
11 - Intervento PROTESI d'ANCA	54,7	66,7	74,5
12 - Interventi chirurgici Tumore del POLMONE	70,4	78,4	89,3
13 - Colecistectomia laparoscopica	58,5	67,0	75,3
14 - Coronarografia	76,7	85,0	91,3
15 - Biopsia cutanea del fegato	92,5	94,0	95,5
16 - Emorroidectomia	63,2	73,3	84,5
17 - Riparazione ernia inguinale	59,8	72,8	79,1

Note per il calcolo:

1. *Criteri di eleggibilità*
   Tutti i ricoveri per acuti in regime ordinario e day hospital; tipo di ricovero programmato, con o senza preospedalizzazione; codice ICD-9-CM di intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica in qualunque posizione e codice ICD-9-CM di diagnosi principale o secondaria inclusi nelle specifiche elencate nella tabella di seguito.
2. *Criteri di esclusione*
   - Tutti i ricoveri per acuti di tipo urgente, TSO o parto non urgente.

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

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

I campi del tracciato SDO necessari per il Monitoraggio dei tempi di attesa dei ricoveri ospedalieri sono i seguenti:

1. Codice istituto di cura: indica il codice della struttura dalla quale è dimesso il paziente (compresi gli stabilimenti).

2. Regime di ricovero: il regime di ricovero distingue il ricovero ordinario dal ricovero diurno.
Valori ammessi:
1 = Ricovero ordinario
2 = Ricovero diurno (day-hospital/daysurgey)

4. Data di prenotazione: corrisponde alla data di inserimento del paziente nella agenda di prenotazione per i ricoveri. Si deve intendere come la data in cui viene confermata dallo specialista ospedaliero la necessità di ricovero e si provvede contestualmente all'inserimento del paziente nella agenda di prenotazione. Questa data, relativa alla conferma del bisogno (momento della convalida dello specialista), è anche quella che dovrà essere utilizzata per la compilazione del campo "data di prenotazione", previsto nella Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

5. Classe di priorità: Classe di priorità del ricovero programmato, come definita nel DM 8/7/2010 n.135. Valori ammessi:

- A - Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
- B - Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- C - Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
- D - Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

6. Data di ricovero: indica la data di ricovero nell'istituto di cura.

7. Tipo di ricovero: individua i ricoveri programmati distinguendoli dai ricoveri in urgenza e dai trattamenti sanitari obbligatori. I valori ammessi per il campo sono i seguenti:
1 = ricovero programmato, non urgente;
2 = ricovero urgente;
3 = ricovero per trattamento sanitario obbligatorio (TSO);
4 = ricovero programmato con preospedalizzazione;
5 = parto non urgente

N.B. Saranno sottoposti a monitoraggio solo i casi con il campo Tipo di ricovero valorizzato =1 (ricovero programmato non urgente) o = 4 (ricovero programmato con preospedalizzazione). Sono esclusi dal Monitoraggio i casi con il campo valorizzato = 2 (ricovero urgente) o = 3 (ricovero TSO) o = 5 (parto non urgente).

8. Intervento Principale e Interventi Secondari: indicano gli interventi chirurgici/procedure diagnostico terapeutiche principali e secondarie effettuati nel corso del ricovero secondo quanto previsto nel paragrafo n. 6 del disciplinare tecnico del D.M. 380/2000 e s.m.i.. L'indicazione del codice intervento chirurgico/procedura diagnostico-terapeutica è ricercato in qualsiasi campo dedicato alla loro codifica, al fine di individuare le prestazioni erogate nel corso dei ricoveri ospedalieri programmabili indicati al paragrafo 3.2 del PNGLA 2018-20 effettuati presso tutte le strutture indicate nei programmi attuativi aziendali. In alcuni casi, puntualmente specificati nella tabella 1, il codice dell'intervento chirurgico/procedura diagnostico terapeutica dovrà essere associato a specifico codice di diagnosi che, qualora non altrimenti specificato, dovrà essere ricercato in tutti i campi dedicati alla codifica delle diagnosi.

9. Diagnosi principale e diagnosi secondarie.
I codici ICD-9-CM delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio sono indicati nella tabella 1.

Modalità e tempi di trasmissione
Trimestrali

4. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

Ambito del Monitoraggio

La rilevazione afferisce alla sospensione delle attività di erogazione di prestazioni adottate in casi eccezionali da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere (solo per gravi o eccezionali motivi) e nel rispetto di alcune regole.

In tal senso, le sospensioni programmate non sono oggetto di rilevazione in quanto oggetto di pianificazione e quindi gestibili anticipatamente. Il Monitoraggio riguarderà le sospensioni relative alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 (che saranno progressivamente revisionate) erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'erogazione totale di una certa prestazione in una singola struttura, cioè non ci siano altre risorse che continuano ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Al fine della presente rilevazione, si considerano oggetto del Monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di Monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti.

Contenuti informativi

I contenuti informativi rilevanti per le finalità connesse al Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere, sono:

TESTATA

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Regione	Denominazione della Regione	Inserire denominazione
Anno di riferimento	Indicare l'anno di riferimento	Inserire l'anno di riferimento
Semestre di riferimento	Indicare il semestre di riferimento	Indicare 1 o 2

DETTAGLIO

Campo	Descrizione	Modalità di compilazione
Progressivo	Numero progressivo che identifica il singolo evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire numero progressivo
Codice Struttura di erogazione (STS)	Indica la struttura di erogazione presso la quale si è verificato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Inserire codice regione (3), codice azienda (3) e codice STS (6) – campo testo
Durata della sospensione	Indica la durata dell'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Durata ricompresa nell'intervallo maggiore o uguale a 2 giorni e minore o uguale a 7giorni solari 2. Durata superiore ai 7 giorni solari

Causa della sospensione	Indica il motivo tecnico che ha comportato l'evento di sospensione delle attività di erogazione	Selezionare tra i seguenti valori predefiniti: 1. Inaccessibilità alla struttura 2. Guasto macchina 3. Indisponibilità del personale 4. Indisponibilità materiale/dispositivi
Codice prestazioni oggetto di sospensione	Indica il codice delle prestazioni indicate dal PNGLA 2019-2021 al paragrafo 3.1	

Modalità e tempi di trasmissione

La rilevazione delle sospensioni prevede il trasferimento dei dati sopra indicati relativi a tali eventi attraverso la trasmissione, da parte delle Regioni e Province Autonome, dell'apposito modello di rilevazione in formato "excel" sotto riportato. Nel corso del 2019 sarà disponibile un sistema per il Monitoraggio delle sospensioni dell'attività di erogazione all'interno del NSIS.

Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi presso le strutture erogatrici degli eventi di sospensione dell'erogazione dei servizi, e trasmesse al Ministero della Salute, con cadenza semestrale, entro il mese successivo al semestre di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi. Si ritiene utile la verifica della messa in atto delle indicazioni da parte delle regioni e province autonome per sopperire ai disagi causati dalle sospensioni.

Fac simile Modello di rilevazione delle sospensioni delle attività di erogazione da parte delle aziende sanitarie

Regione	*specificare denominazione Regione*			
Anno di riferimento	*Indicare l'anno di riferimento*			
Semestre di riferimento				
Prog.	Codice Struttura di erogazione (STS)	Durata della sospensione	Causa della sospensione	Codice raggruppamento prestazioni oggetto di sospensione
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

NORMATTIVA
IL PORTALE DELLA LEGGE VIGENTE

DECRETO-LEGGE 14 agosto 2020 , n. 104

Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. (20G00122)

Vigente al : 28-7-2023

Capo III

Disposizioni in materia di salute

Art. 29

Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa

1. Al fine 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, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, tenuto conto delle circolari del Ministero della salute n. 7422 del 16 marzo 2020 recante «Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attivita' programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19», n. 7865 del 25 marzo 2020 recante «Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19» e n. 8076 del 30 marzo 2020 recante: «Chiarimenti: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attivita' programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19» e nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli strumenti straordinari di cui al presente articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di ***((spesa per il personale))***.

2. Per le finalita' di cui al comma 1, limitatamente al recupero dei ricoveri ospedalieri, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonche' agli enti del Servizio sanitario nazionale

dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, nel limite degli importi di cui all'allegato A, colonna 1, e' consentito di:

a) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del ***((contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanita' relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari))*** e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, e' aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

b) ricorrere alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanita' dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

c) reclutare il personale, attraverso assunzioni a tempo determinato di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria ***((,))*** veterinaria e delle professioni sanitarie, anche in deroga ai vigenti CCNL di settore, o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, nonche' impiegare, per le medesime finalita' di cui al comma 1, anche le 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.

3. Per le finalita' di cui al comma 1 e limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonche' agli enti del Servizio sanitario nazionale e' consentito, nel limite degli importi di cui all'allegato A, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020 di:

a) ricorrere alle 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 per le quali la tariffa oraria fissata di cui all'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL e' aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Conseguentemente, vengono ripristinati dal 1° gennaio 2021 i valori tariffari vigenti prima dell'entrata in vigore del presente decreto;

b) ricorrere, per le prestazioni di accertamenti diagnostici, alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanita' dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonche' all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi. Dal 1° gennaio 2021 sono ripristinati i valori tariffari vigenti prima della data di entrata in vigore del presente decreto;

c) incrementare, in parziale alternativa a quanto indicato alle lettere a) e b) del presente comma, rispetto a quanto disposto dall'articolo 2-sexies, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n.27, il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente, nel limite di quanto riportato per ciascuna regione nella colonna 3 dell'allegato A per un totale di 10 milioni di euro.

4. Nel rispetto dell'autonomia organizzativa regionale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate a ricorrere in maniera flessibile agli strumenti straordinari di cui ai commi 2 e 3, limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020. A tal fine, il limite massimo di spesa per ciascuna regione e provincia autonoma al lordo degli oneri riflessi a carico delle Amministrazioni e' indicato nell'allegato A ***((al presente decreto))*** e, solo se la somma degli importi ivi indicati e' superiore a quelli assegnati a ciascuna regione e provincia autonoma sulla base dell'allegato B ***((al presente decreto))***, il limite massimo di spesa e' rappresentato dall'importo riportato ***((nel medesimo allegato B))***.

5. Ferma restando la supervisione del tutor, tenendo altresi' conto del livello di competenze e di autonomia raggiunto, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2020, i medici iscritti all'ultimo anno del corso di formazione specialistica nonche', qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno

((del corso)), nell'espletamento delle attivita' assistenziali presso le aziende ed enti del Servizio sanitario nazionale, stilano i referti delle visite, degli esami e delle prestazioni specialistiche con esclusivo riferimento ***((alle visite, agli esami e alle prestazioni))*** di controllo ambulatoriali. La refertazione ***((delle prime visite, dei primi esami e delle prime prestazioni))*** specialistiche e' invece riservata al medico specialista.

6. Il possesso della specializzazione e' comunque richiesto per le refertazioni relative alle seguenti branche specialistiche: ***((anestesia, rianimazione,))*** terapia intensiva e del dolore; medicina nucleare, radiodiagnostica, radioterapia.

7. L'attivita' svolta dal medico in formazione specialistica di cui ***((al comma 5))*** e' registrata nel libretto-diario personale delle attivita' formative, e costituisce elemento di valutazione per il curriculum professionale ai fini dell'accesso al Servizio sanitario nazionale.

8. Per l'anno 2020, per l'attuazione delle finalita' di cui ai commi 2 e 3 e' autorizzata rispettivamente la spesa di 112.406.980 euro e 365.811.792 euro, che include anche gli oneri previsti per l'attuazione delle disposizioni di cui al comma 3, lettera c) per un totale di 10.000.000 di euro, per complessivi 478.218.772 euro. A tal fine e' conseguentemente incrementato, per l'anno 2020, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per un importo corrispondente. Al finanziamento di cui al presente articolo accedono tutte le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l'anno 2020. La ripartizione complessiva delle somme di cui al presente articolo e' riportata nella tabella di cui all'allegato B ***((al presente decreto))***. Agli oneri derivanti dal presente comma per l'anno 2020, si provvede ai sensi dell'articolo 114.

9. Per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ***((a presentare))*** al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, ***((nell'ambito del programma))*** operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse. La realizzazione dei suddetti Piani Operativi con il raggiungimento delle finalita' di cui al comma 1 sara' oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni,

dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

REGIONE PIEMONTE BU5 03/02/2022

Deliberazione della Giunta Regionale 28 gennaio 2022, n. 48-4605
Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

A relazione dell'Assessore Icardi:

Premesso che:

- la Legge 23 dicembre 2005 n. 266 ha previsto la stipula di un'Intesa tra Stato e Regioni, ai sensi dell'art. 8 comma 6, della Legge del 5 giugno 2003 n. 131 in merito alla realizzazione da parte delle Regioni degli interventi previsti dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa;

- il comma 5, dell'articolo 50, del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito con modificazioni dalla Legge n. 326 del 2003, e i successivi provvedimenti dirigenziali del Ministero dell'Economia e delle finanze, tra cui il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, hanno disciplinato la raccolta delle informazioni relative al monitoraggio dei tempi di attesa, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 280, lettera e) della Legge 23 dicembre 2005, n. 266;

- la Legge 3 agosto 2007 n. 120 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria" ha disciplinato gli interventi in materia;

- il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 ha aggiornato le disposizioni in materia, fra l'altro, di prestazioni di specialistica ambulatoriale;

- l'emergenza da COVID-19, dal mese di marzo 2020, ad oggi prorogata al 31 marzo 2022, ha comportato un importante impatto sull'attività erogativa in termini di riorganizzazione di interventi, visite, prestazioni, screening (pur con salvaguardia per le attività a carattere di urgenza o indifferibilità) e contestualmente la necessità di procedere ad un recupero delle stesse.

Richiamati:

- l'art 29 del D.L. 14 agosto 2020, n. 104, "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" che riporta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa, convertito in Legge con modificazioni dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126;

- l'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, titolato "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, "Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse", convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106;

- la D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2" con cui è stato approvato, all'allegato A, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici;

- la D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata “Approvazione dell’aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980” con la quale si è disposto per l’aggiornamento del Piano di recupero delle liste di attesa, secondo le indicazioni fornite nel D.L. 73/2021 sopra citato ed approvato quale Allegato A dell’atto suddetto.

Dato atto che:

l’art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024” (Finanziaria 2022) - pubblicata sulla G.U. Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49 – ha previsto, con particolare riferimento al recupero delle liste di attesa, quanto segue:

“[…]

comma 276. Per garantire la piena attuazione 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, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Conseguentemente, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano rimodulano il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, e lo presentano entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Comma 277. Per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, 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, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito come indicato nella tabella A dell'allegato 4 annesso alla presente Legge, ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 278. Le medesime strutture private accreditate rendicontano entro il 31 gennaio 2023 alle rispettive Regioni e Province autonome le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della deroga di cui al presente comma. La presente disposizione si applica anche alle Regioni interessate dai Piani di rientro dal disavanzo sanitario di cui all'articolo 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Comma 278. Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 276 e 277 è autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022. Tale autorizzazione di spesa include l'importo massimo di 150 milioni di euro di cui al comma 277. Al finanziamento di cui ai commi da 276 a 279 accedono tutte le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, secondo la ripartizione riportata nella tabella B dell'allegato 4 annesso alla presente Legge [*che prevede, per la Regione Piemonte, un importo pari ad € 36.862.840,00]*.

Comma 279. Il Ministero della Salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui all'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278 impiegati per la finalità di cui al comma 276. Ove il Ministero della Salute abbia positivamente verificato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa di cui al comma 276, il finanziamento di cui ai commi da 276 al presente comma o quota parte di esso rientra nella disponibilità del servizio sanitario della Regione o Provincia autonoma per lo svolgimento di altra finalità sanitaria.

[…]".

Considerato che:

- con nota prot. n. 1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 – agli atti della Direzione Sanità e Welfare – la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha provveduto ad inviare il documento "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", per la stesura dei Piani regionali per il recupero delle liste di attesa, previsti dalla Legge di Bilancio 2022, all'art. 1, commi 276-279;

- nelle Linee di indirizzo di cui al paragrafo precedente sono dettagliate le indicazioni sui contenuti che il Piano Operativo regionale deve contenere, in ambito di ricoveri ospedalieri, specialistica ambulatoriale e screening oncologici, in coerenza con il Piano già predisposto ai sensi dell'art. 29 del D.L. 104/2020 convertito con modificazioni dalla Legge 126/2020 e successivamente rimodulato ai sensi dell'art. 26 comma 2 del D.L. 73/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 106/2021.

Tenuto conto che:

- gli Uffici competenti della Direzione Sanità hanno espletato l'istruttoria relativa alla relazione di attività ed al relativo rendiconto delle spese sostenute da parte delle Aziende Sanitarie regionali, nell'ambito del periodico monitoraggio sulle attività inerenti all'attuazione del Piano operativo regionale di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, di cui alla D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, come integrata con D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021;

- dall'istruttoria di cui all'alinea precedente, sono emerse criticità nelle tempistiche di erogazione di altre prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero escluse dal monitoraggio, effettuato ai sensi del Piano nazionale di Governo dei Tempi di Attesa 2019-2021, recepito con D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019, che saranno oggetto di successivo provvedimento della Direzione Sanità e Welfare, ai fini dell'inserimento nei Piani Aziendali di recupero delle liste di attesa.

Viste:

− le Linee Guida Nazionali del sistema CUP del 29 aprile 2010;

− l'Intesa, sancita il 21 febbraio 2019, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280 della Legge 23 dicembre 2005, n. 266";

− l’Intesa sancita il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019–2021;

- la D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019, inerente a “Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021”, a parziale modifica della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017”;

- la D.G.R. n. 6-1613 del 03.07.2020, “Prima attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza (Televisita), in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n. 16/CSR), ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;

- la D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, titolata “Costituzione della Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D.L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017”;

- la determinazione dirigenziale del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari n. 1576/A1413C/2020 del 10/12/2020, con cui è stata accertata sul capitolo 20380/2020 ed impegnata sul capitolo 162028/2020, la somma di € 35.219.754,00, in attuazione del D.L. 104/2020;

- la determinazione dirigenziale del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-sanitari n. 1666/A1413C/2020 del 17/12/2020 con cui è stato determinato di assegnare e subimpegnare l’80% delle risorse nazionali di cui all’art. 29 del D.L. n. 104 del 14 agosto 2020, pari ad € 28.175.803,00.

Preso atto:

- della nota prot. DIRMEI n. 0126147/2021 del 09.04.2021, avente per oggetto “Ripristino delle attività ordinarie e attività di screening. Pianificazione del recupero delle liste di attesa. Programmi operativi di cui all’art. 1 del DL 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni della Legge 24 aprile 2020 n, 27. Richiesta aggiornamento piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa”;

- della nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 23698 del 29.06.2021 “Ulteriori precisazioni relative al recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. Trasmissione aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa”, con la quale a Direzione Sanità e Welfare, in coerenza con le nuove indicazioni nazionali, ha provveduto ad effettuare l’aggiornamento del “Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa” e a trasmetterlo alle Aziende nella versione del 20 giugno 2021;

- della nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 24014 del 01.07.2021 avente per oggetto “Accordo concernente le regole per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati per l'annualità 2021” con cui le Aziende Sanitarie, in attuazione dell’art. 26 commi 2 e 3 del D.L. 25.05.2021 n. 73, sono state invitate ad avviare i rapporti convenzionali necessari, al fine del recupero delle liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché per far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al COVID-19;

- della nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 26767 del 22.07.2021 avente per oggetto “Visite e prestazioni: indicazioni per il ripristino ed il recupero delle liste di attesa”, nella quale sono state definite le modalità di prenotazione e disponibilità delle agende del sistema CUP e di realizzazione di percorsi aziendali volti alla tutela del diritto alle prestazioni;

- della nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 27045 del 26.07.2021 avente per oggetto “Trasmissione aggiornamento piano regionale di recupero liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e screening oncologici e richiesta adeguamento piani aziendali”, con cui è stato trasmesso un ulteriore aggiornamento del Piano regionale, successivamente approvato con D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, a seguito del quale le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un successivo adeguamento del piano locale per il recupero delle liste di attesa.

Posto tutto quanto sopra, anche a seguito delle consultazioni con le Aziende Sanitarie regionali, si ritiene necessario di:

- approvare la rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, a norma dell’art. 1, commi 276 e seguenti della L. 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”, così come dettagliato all’Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale;

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR il recupero delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero ospedaliero e di screening oncologici non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, da erogare nel corso dell’anno 2022 ad integrazione di quanto già fatto nel 2021, ai sensi della normativa vigente;

- precisare che rientrano fra le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, oggetto di recupero, anche alcune escluse dal monitoraggio effettuato ai sensi del Piano nazionale di Governo dei Tempi di Attesa 2019-2021 - recepito con D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019 - soggette a critico calo di erogazione per classe di priorità;

- stabilire che le prestazioni di cui all’alinea precedente saranno oggetto di interventi di recupero dei tempi di attesa, nell’ambito delle singole Aziende Sanitarie Regionali, in accordo con la Direzione Sanità e Welfare;

- rinviare a successivo provvedimento di Giunta regionale la definizione di dettaglio delle prestazioni di cui ai paragrafi precedenti, sulla base di istruttoria a cura della Direzione Sanità e Welfare;

- dare atto che, ai sensi dell’art. 1, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”:

- per garantire la piena attuazione 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, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022;

- la Regione Piemonte rimodula il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25

maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, e lo presenta entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

- per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 276 e 277 è previsto un importo per la Regione Piemonte di € 36.862.840,00 (comprensivo della quota per le strutture private accreditate, di cui al punto successivo), come dettagliato nella tabella B dell'allegato 4 annesso alla medesima Legge 234/2021;
- il Ministero della Salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui all'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278 impiegati per la finalità di cui al comma 276;

- stabilire che le Aziende Sanitarie sono tenute ad aggiornare ed attuare sistematicamente il proprio Piano di Recupero aziendale sulla base di quello regionale, secondo le indicazioni e i tempi definiti dalla Direzione Sanità e Welfare, specificando il modello organizzativo prescelto per il recupero dell'attività, la modalità di destinazione delle risorse, l'incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina, del numero di visite e prestazioni ambulatoriali programmate per branca e dell'attività di screening, con le relative azioni e tempi ed attuate e con le attività di valutazione e miglioramento;

- demandare alla Direzione Sanità e Welfare la definizione degli ulteriori indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio della puntuale attuazione dei Piani operativi aziendali, nonché dell'adozione delle strategie e azioni necessarie per il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali;

- demandare a successivo provvedimento di Giunta ogni eventuale rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici - dettagliato all'Allegato A al presente atto, a farne parte integrante e sostanziale - da predisporsi in base alla normativa vigente ed alle indicazioni fornite in materia dal Ministero della Salute;

- rinviare a successivo provvedimento di Giunta il riparto alle Aziende Sanitarie regionali dei fondi di cui alla L. 234/2021;

- rinviare, per quanto non innovato dal presente atto, alle disposizioni della normativa nazionale e regionale vigenti in tema di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1-4046 del 17.10.2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14.06.2021.

Tutto ciò premesso, la Giunta regionale unanime

delibera

1. di approvare la rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, a norma dell'art. 1, commi 276 e seguenti della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024",

così come dettagliato all'Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale;

2. di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR il recupero delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero ospedaliero e di screening oncologici non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, da erogare nel corso dell'anno 2022 ad integrazione di quanto già fatto nel 2021, ai sensi della normativa vigente;

3. di precisare che rientrano fra le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, oggetto di recupero, anche alcune escluse dal monitoraggio effettuato ai sensi del Piano nazionale di Governo dei Tempi di Attesa 2019-2021 - recepito con D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019 - soggette a critico calo di erogazione per classe di priorità;

4. di stabilire che le prestazioni di cui all'alinea precedente saranno oggetto di interventi di recupero dei tempi di attesa, nell'ambito delle singole Aziende Sanitarie Regionali, in accordo con la Direzione Sanità e Welfare;

5. di rinviare a successivo provvedimento della Giunta regionale la definizione di dettaglio delle prestazioni di cui ai paragrafi precedenti, sulla base di istruttoria a cura della Direzione Sanità e Welfare;

6. di dare atto che, ai sensi dell'art. 1, della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024":

- per garantire la piena attuazione 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, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022;

- la Regione Piemonte rimodula il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, e lo presenta entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze;

- per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 276 e 277 è previsto un importo per la Regione Piemonte di € 36.862.840,00 (comprensivo della quota per le strutture private accreditate, di cui al punto successivo), come dettagliato nella tabella B dell'allegato 4 annesso alla medesima Legge 234/2021;
- il Ministero della Salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e di Bolzano, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui all'articolo 26, comma 2, del Decreto-Legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla Legge 23 luglio 2021, n. 106, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278 impiegati per la finalità di cui al comma 276;
7. di stabilire che le Aziende Sanitarie sono tenute ad aggiornare ed attuare sistematicamente il proprio Piano di Recupero aziendale sulla base di quello regionale, secondo le indicazioni e i tempi definiti dalla Direzione Sanità e Welfare, specificando il modello organizzativo prescelto per il recupero dell'attività, la modalità di destinazione delle risorse, l'incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina, del numero di visite e prestazioni ambulatoriali programmate per branca e dell'attività di screening, con le relative azioni e tempi ed attuate e con le attività di valutazione e miglioramento;

8. di demandare alla Direzione Sanità e Welfare la definizione degli ulteriori indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio della puntuale attuazione dei Piani operativi aziendali, nonché dell'adozione delle strategie e azioni necessarie per il governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali;

9. di demandare a successivo provvedimento di Giunta ogni eventuale rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici - dettagliato all'Allegato A al presente atto, a farne parte integrante e sostanziale - da predisporsi in base alla normativa vigente ed alle indicazioni fornite in materia dal Ministero della Salute;

10. di rinviare a successivo provvedimento di Giunta il riparto alle Aziende Sanitarie regionali dei fondi di cui alla L. 234/2021;

11. di rinviare, per quanto non innovato dal presente atto, alle disposizioni della normativa nazionale e regionale vigenti in tema di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dall'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

REGIONE PIEMONTE

REGIONE PIEMONTE

ASSESSORATO SANITA'

PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA

Rimodulazione

Versione 25 Gennaio 2022

SOMMARIO

1.	INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO	PAG.	3
2.	CONTESTO DI RIFERIMENTO	PAG.	5
3.	EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE	PAG.	6
4.	PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO	PAG.	10
5.	IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI	PAG.	16
6.	AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA	PAG.	17
7.	AZIONI SULLA OFFERTA	PAG.	19
8.	INDIRIZZI PER IL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA' E PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA	PAG.	25
9.	CONTENUTI SPECIFICI DELL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI RECUPERO LISTE DI ATTESA PER L'ANNO 2022	PAG.	31
10.	PIANI OPERATIVI AZIENDALI E DI AREA	PAG.-	36
11.	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	PAG.	38
12.	VALUTAZIONE E MONITORAGGIO	PAG.	38
13.	SINTESI DELLE AZIONI	PAG.	39
14.	RIFERIMENTI ESSENZIALI	PAG.	44

1. INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO

Le liste di attesa rappresentano un fenomeno percepito dai cittadini e dai pazienti come una forte criticità dei moderni sistemi sanitari, in quanto compromette l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie è uno degli obiettivi prioritari del SSN e l'erogazione dei servizi entro tempi appropriati, rispetto alla patologia e alle necessità di cura, rappresenta una componente strutturale dei LEA, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue diverse articolazioni.

L'emergenza sanitaria derivante dal Covid-19 sta incidendo negativamente in modo estremamente critico sui tempi di erogazione di tutte le prestazioni sanitarie. Oltre a quelli relativi al Covid-19 ci sono, infatti, molti percorsi di diagnosi e cura dei quali il sistema sanitario deve occuparsi con la stessa o maggiore attenzione accordata alla patologia pandemica. Durante i lockdown imposti delle ondate pandemiche, si è, peraltro, dato luogo alla ruduzione di prestazioni sanitarie alle quali vanno ad aggiungersi quelle che ordinariamente continuano ad essere prenotate e che devono essere gestite in un contesto estremamente difficile ostacolato dalla gestione del Covid-19. In tale contesto i tempi di attesa sono destinati ad allungarsi.

Nel contesto sopra delineato, la Regione Piemonte ha approvato, con D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, il proprio Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, successivamente aggiornato con D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021.

Il presente aggiornamento del Piano operativo regionale, viene redatto in relazione a quanto riportato:

- nell' art 29 del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" che riporta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. In particolare per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito nel programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse;

- nel DL 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali. Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse.

- nell'art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (Finanziaria 2022) - pubblicata sulla G.U. Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49 .

Pertanto, il presente "Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa" riprende ed aggiorna i contenuti:

- della DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017, titolata "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017", alla quale comunque si rimanda per gli aspetti specifici;

- della DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero

ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2";

- della DGR 19 febbraio 2021, n. 14-2889 "Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualita' 2020. Proroga regole in via transitoria per l'anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018" sono state definiti ulteriori riferimenti nello specifico ambito.

- della D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, titolata "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980".

Inoltre, la realizzazione del suddetto Piano Operativo con il raggiungimento delle specifiche finalità è oggetto di monitoraggio ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

In tale contesto, la recente L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (Finanziaria 2022) - pubblicata sulla G.U. Serie Generale n.310 del 31-12-2021 - Suppl. Ordinario n. 49 – ha previsto, all'art. 1, quanto segue:

"[...]

Comma 276. Per garantire la piena attuazione 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, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Conseguentemente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano rimodulano il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, e lo presentano entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Comma 277. Per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, 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, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito come indicato nella tabella A dell'allegato 4 annesso alla presente legge, ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 278. Le medesime strutture private accreditate rendicontano entro il 31 gennaio 2023 alle rispettive regioni e province autonome le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della deroga di cui al presente comma. La presente disposizione si applica anche alle regioni interessate dai piani di rientro dal disavanzo sanitario di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

Comma 278. Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 276 e 277 e' autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022. Tale autorizzazione di spesa include l'importo massimo di 150 milioni di euro di cui al comma 277. Al finanziamento di cui ai commi da 276 a 279 accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, secondo la ripartizione riportata nella tabella B dell'allegato 4 annesso alla presente legge.

Comma 279. Il Ministero della salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui all'articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021,

n. 106, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278 impiegati per la finalità di cui al comma 276. Ove il Ministero della salute abbia positivamente verificato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa di cui al comma 276, il finanziamento di cui ai commi da 276 al presente comma o quota parte di esso rientra nella disponibilità del servizio sanitario della regione o provincia autonoma per lo svolgimento di altra finalità sanitaria.

Infine, il presente Piano è predisposto secondo le indicazioni contenute nella nota del Ministero della Salute prot. n. 1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 di invio delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", in cui sono definite le indicazioni per l'aggiornamento dei Piani regionali.

Il presente Piano ha validità fino al 31 dicembre 2022 e potrà essere rimodulato, in base alle esigenze di programmazione, o ad intervenute indicazioni nazionali e/o regionali.

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Il sistema dell'offerta della Regione Piemonte è così configurato:

- 12 ASL con 37 Stabilimenti (Ospedali a gestione diretta) e 2 Ex Sperimentazioni Gestionali;
- 3 Aziende Ospedaliere e 3 Aziende Ospedaliero-Universitarie;
- 3 IRCCS privati;
- 42 Case di Cura private;
- 5 Istituti qualificati presidi della A.S.L.;
- 33 Distretti;
- 12 Dipartimenti di Prevenzione.

Sul tema "liste e tempi di attesa" sono state poste in essere sin dall'anno 2002 da parte dell'Assessorato alla Sanità e delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte molte azioni, formalizzate con deliberazioni di Giunta regionale e con atti dirigenziali susseguitisi negli anni, a dare sostegno normativo a tutti i progetti ed alle iniziative attuate per il contenimento e la riduzione dei tempi di attesa.

Le azioni hanno interessato, in particolare, i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste di attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza, con l'individuazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento.

Ogni anno sono stati assegnati ai Direttori Generali obiettivi relativi ai tempi di attesa per interventi, visite e prestazioni ambulatoriali, prestazioni di screening oncologici.

Con riferimento all'ultimo biennio, si citano i seguenti atti:

- DGR 19 luglio 2019, n. 4-92 Art. 2, comma 2 del D.lgs n. 171/2016 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi di attivita' ai Direttori Generali/Commissari delle ASR per l'anno 2019. Approvazione criteri e modalita' di valutazione.

- DGR 23 ottobre 2020, n. 15-2139 Art. 2, comma 2 D.lgs 171/2016. Assegnazione obiettivi di attivita' ai direttori generali commissari delle ASR per l'anno 2020. Approvazione criteri e modalita' di valutazione;

- D.G.R. n. 13-3924 del 15.10.2021 "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle Aziende Sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2 D.lgs 171/2016 e dell'art. 1, comma 865 L. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021".

Sulla base di quanto sopra, ogni Azienda Sanitaria Regionale ha quindi implementato il proprio programma a livello locale, anche in forma di collaborazione con le altre Aziende dell'Area Omogenea di Programmazione di riferimento, ex DM 70/2015, così come definite con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016.

3. EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE

La gestione delle liste di attesa può trovare più agevole soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema (Aziende Sanitarie, utenti del SSR, specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Strutture private accreditate erogatrici di prestazioni ambulatoriali, organizzazioni rappresentative degli erogatori privati a livello regionale - ANISAP, AIOP, ARIS – ecc.), per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione, o approfondimento diagnostico da parte dei professionisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie (così come indicato nel D.M. 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale"), attraverso l'attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici (PDTA).

È utile anche ricordare che il tema non trova risposta gestionale in un'unica azione risolutiva, ma deve essere affrontato secondo una logica sistemica, agendo a livello programmatorio e operativo su più livelli.

La soluzione alle criticità nella gestione delle liste di attesa, pertanto, non può essere meramente quantitativa sul versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza, sia di priorità delle prestazioni.

L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale sia periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto al quale deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema.

Nella ridefinizione di tali modalità operative, devono essere assicurati criteri per garantire l'omogeneità tra le azioni poste in essere per il governo delle liste d'attesa e:

• le altre iniziative in corso finalizzate all'informatizzazione del ciclo prescrizione-prenotazione-referto, con particolare attenzione alle classi di priorità, fino alla digitalizzazione dei documenti stessi;

• gli obiettivi dei contratti e degli accordi collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive, sia per l'attività libero professionale intramuraria;

• gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale e per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche in coerenza con quanto indicato nelle linee guida nazionali - sistema CUP Unico Regionale.

Tra l'altro, il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni poste a carico del SSR ed il conseguente efficientamento dei fattori produttivi investiti in sanità, provoca – come conseguenza diretta – la riqualificazione della spesa sanitaria stessa.

Alcune delle maggiori criticità, in un percorso organizzato di governo delle liste d'attesa, riguardano l'ambito finanziario, in parte determinate da condizioni oggettive nazionali: l'emanazione di norme di limitazione della spesa regionale sul Fondo sanitario nazionale, con conseguente riduzione della spesa sanitaria, l'imposizione di abbassamento dei tetti di spesa per il personale del SSR, o della quota destinata agli erogatori privati accreditati.

Al fine di ricomporre la frammentarietà normativa e l'eterogeneità dei comportamenti aziendali, è risultato evidente come sia indispensabile prevedere degli strumenti che consentano di rendere omogenee le modalità di gestione dei tempi di attesa, garantendo l'accessibilità dei servizi ai cittadini, la garanzia dei tempi massimi - come previsto dalla normativa nazionale - ed il monitoraggio regionale degli standard di erogazione.

L'attenzione sul tema delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale è stata rimarcata, in Regione Piemonte già nel 2017, quando – in ottemperanza al disposto della

normativa nazionale – con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, è stato approvato il "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019" fornendo alcuni primi indirizzi alle Aziende Sanitarie Regionali, per l'attuazione del Programma stesso, nei singoli ambiti territoriali.

Il Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa per il triennio 2017-2019 prevedeva l'individuazione di una serie di obiettivi, tutti finalizzati a rispondere al bisogno assistenziale nei tempi e nei setting appropriati, e secondo priorità cliniche, con la variazione degli assetti erogativi nel SSR e prevedendo un livello di governance della Direzione Sanità, che tenesse conto dell'offerta complessiva disponibile, e un livello operativo gestionale unico, coincidente con il bacino geografico di garanzia per il soddisfacimento del bisogno del cittadino di prestazioni specialistiche, individuato nelle Aree Omogenee di Programmazione ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19/11/2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

In attuazione della D.G.R n. 17-4817 del 27.03.2017, le Aree Omogenee di Programmazione hanno definito un proprio "Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa", che è stato oggetto di monitoraggio da parte della Direzione Sanità.

Con D.D. n. 269 del 18.04.2017, sono stati individuati i ruoli e le funzioni di coordinamento delle Aree Omogenee di Programmazione, a norma della medesima D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, individuando fra l'altro, le Aziende capofila per ogni Area, in considerazione del fatto che il SSR riconosce all'Azienda Sanitaria Locale il ruolo di tutela della salute della popolazione in essa residente (L.R. n. 10 del 24 gennaio 1995 e s.m.i) e che, al fine di poter rafforzare l'esercizio di questo ruolo, alla ASL è attribuito il ruolo di committente per il governo dei tempi di attesa nei confronti delle proprie Strutture erogatrici, delle Aziende Ospedaliere e dei privati accreditati e con accordo contrattuale operanti nel suo territorio, in coerenza con la programmazione aziendale e sovra-aziendale.

Con la medesima determinazione si è, inoltre, disposto che ogni Area Omogenea costituisse un proprio gruppo di coordinamento, di cui fosse responsabile il Direttore Sanitario dell'Azienda capofila.

Le Aziende capofila hanno promosso la costituzione del gruppo di coordinamento delle singole Aree ed hanno lavorato, nell'ambito delle Aree Omogenee di riferimento, in stretta collaborazione con le altre ASR afferenti, ottenendo ad oggi risultati fattivi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nell'attuazione del Piano regionale di governo dei tempi di attesa.

Con nota prot. n. 9276/A14000 del 18.04.2017, è stato inviato alle Direzioni delle Aziende Sanitarie regionali il format per la stesura del Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa.

Sulla base di tale format, le Aree Omogenee di Programmazione hanno inviato i propri Programmi per il Governo dei Tempi di Attesa, che sono stati valutati positivamente, a seguito di istruttoria, da parte della Direzione Sanità.

Il monitoraggio della realizzazione dei Programmi di cui sopra è stato regolarmente attuato, da parte della Direzione Sanità, a norma di quanto disposto con D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, specificamente per quanto riguarda il raggiungimento, da parte delle ASR, degli obiettivi prefissi entro il triennio individuato.

Con D.D. n. 316 del 12.05.2017, è stato istituito il Tavolo degli Stakeholders per il "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019", a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Tale Tavolo, composto dalle rappresentanze di tutti gli stakeholders coinvolti (professionisti, cittadini, ecc.) e coordinato dal Direttore della Direzione Sanità, svolge funzioni consultive e di confronto con la Direzione Sanità, nei percorsi di attuazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2017-2019".

Inoltre, con D.D. n. 519 del 08.08.2017, è stata approvata una prima identificazione dei criteri di garanzia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di laboratorio, nell'ambito del

"Programma Regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per il triennio 2017-2019", a norma della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017.

Tale atto ha precisato tra l'altro, che l'individuazione dei bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione
- accessibilità ai vari servizi
- modalità di accesso alla prestazione
- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata
- frequenza di consumo della prestazione (domanda/utilizzo)
- grado di diffusione della prestazione: eseguibilità da parte di differenti soggetti o erogatori, livello di professionalità richiesta/disponibilità della disciplina;
- rischio connesso all'esecuzione (ambito di sicurezza) per invasività della manovra e/o somministrazione mdc o farmaci;
- utilizzo di apparecchiature/tecnologie (costo, gestione, manutenzione, materiali di consumo)
- livello di specializzazione del personale medico coinvolto.

La Direzione Sanità, con nota prot. n 15954 del 17.07.2018, inviata all'esito dei monitoraggi dei Programmi di Area per il Governo dei Tempi di Attesa, ha fornito alle ASL ulteriori indicazioni operative per l'attuazione delle previsioni di cui alla D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, prevedendo la possibilità per le AA.SS.LL di "[...] presentare eventuali integrazioni, o proposte di modifica, per quanto relativo alla progettazione, anche a seguito della conclusione delle procedure di contrattazione con le strutture private accreditate, ove gli accordi presi con queste ultime possano incidere sulla sostanza dei progetti presentati", tenuto conto delle criticità emerse per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni critiche di specialistica ambulatoriale.

Le ASL, nel termine previsto del 31.07.2018, hanno provveduto all'inoltro dei progetti aziendali e la Direzione Sanità, a seguito della presentazione dei progetti, ha avviato l'istruttoria per la valutazione della coerenza degli stessi con gli obiettivi della programmazione regionale, con particolare riguardo agli obiettivi di programmazione economica 2018 stabiliti – in materia di personale ed investimenti per tecnologie - dalla D.G.R. n. 113-6305 del 22.12.2017.

Con D.G.R. n. 28-7537 del 14.09.2018 è stata, inoltre, approvata l'assegnazione alle AA.SS.LL. delle risorse per l'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale aggiuntive per le annualità 2018-2019.

Nella seduta del 21 febbraio 2019, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ha approvato l'"Intesa ai sensi dell'art.8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, di cui all'art. 1, comma 280, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266".

Successivamente ed in piena ottemperanza al disposto della normativa nazionale, è stata approvata la DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017, titolata "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017.

L'attuazione del Programma di cui ai paragrafi precedenti ha gettato le basi per la creazione del contesto organizzativo all'interno del quale si sviluppa il presente Piano operativo di Recupero, tenuto conto degli aggiornamenti dello stesso, previsti dalla sopra citata D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019.

Con la deliberazione suddetta:

- è stato approvato il "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n. 17-4817 del 27.03.2017, che innova rispetto al precedente, in particolare con l'introduzione del ricovero ordinario, quale oggetto del Piano regionale di governo dei tempi di attesa, in aggiunta alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e ad integrazione delle previsioni del Piano nazionale;

- è stata confermata la costituzione, nell'ambito della Direzione Sanità, del Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale per il triennio 2019-2021", già previsto dalla precedente deliberazione n. 17-4817 del 27.03.2017 e composto da:

Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità

Responsabile Settore Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori della Direzione Sanità

Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi della Direzione Sanità

un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area Omogenea;

- è stato demandato alla Direzione Sanità il compito di trasmettere il Piano Regionale, entro 30 giorni dalla sua adozione, alla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, nonché la messa a disposizione sul portale della Regione;

- è stato dato atto che l'approvazione del provvedimento ottemperava alle disposizioni dell'Intesa sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021, che recita testualmente, al punto 2, "Linee di intervento che le Regioni garantiscono per il governo delle liste di attesa nei piani regionali", che: [...] Entro 60 giorni dalla stipula dell'Intesa, le Regioni e le Province Autonome provvedono a recepire la presente Intesa e adottano il loro Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) [...]".

La Direzione Sanità ha quindi provveduto all'invio al Ministero con propria nota prot. n. 10851/A1413B del 23.05.2019 ed alla messa online del Piano nazionale e del Piano regionale nello stesso mese di maggio 2019.

Inoltre, la Direzione Sanità ha partecipato ai lavori dell'AGENAS sull'individuazione del modello RAO, per le branche ad oggi individuate, quali prioritarie, dal Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa, per il triennio 2019-2021 ed, in specifico:

- gastroenterologia

- radiodiagnostica

- cardiologia.

Con D.D. n. 259 del 10.04.2019, sono stati approvati l'aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di gastroenterologia e la modifica del documento di indicazioni per la preparazione del paziente alla colonscopia totale.

Con D.D. n. 973 del 24.12.2019, sono stati approvati l'aggiornamento dei criteri per l'individuazione delle classi di priorità cliniche per alcune prestazioni specialistiche ambulatoriali della branca di cardiologia.

Con D.G.R. n. 6-1613 del 03.07.2020, la Regione Piemonte ha dato l'avvio alle visite specialistiche ambulatoriali erogabili a distanza (c.d. Televisita) anche da parte degli erogatori privati accreditati, in conformità alle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, e disposto indicazioni operative per l'attuazione delle restanti iniziative aziendali di telemedicina;

Con D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, è stata costituita la Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.

In seguito con D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, è stato approvato un primo aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, fornendo altresì ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980.

4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il modello operativo da aggiornare ed implementare si riferisce in via prioritaria, alle tipologie di prestazioni ambulatoriali e di ricovero oggetto di monitoraggio nazionale e regionale, ai livelli di priorità cliniche, ai primi accessi e agli accessi successivi e alla valutazione di appropriatezza conseguente.

Sono considerate quali modalità per il corretto accesso alle prestazioni sanitarie, l'utilizzo delle Classi di priorità, del quesito diagnostico e l'identificazione di primo accesso, o accesso successivo; vengono posti in essere sistemi di monitoraggio dei volumi di prescrizione per tipologia di prestazione che tengano conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione assistita per orientare in modo virtuoso i comportamenti prescrittivi nel contesto di specifici PDTA.

Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

Di seguito sono presentate le prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio, con i relativi codici del Nomenclatore nazionale e regionale:

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice branca nuovi LEA	Codice nuovi LEA	Codice branca regionale	Codice Nomenclatore Regionale
1	Prima Visita cardiologica	89.7	02	89.7A.3	08	89.7
2	Prima Visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6	14	89.7
3	Prima Visita endocrinologica	89.7	09	89.7A.8	19	89.7
4	Prima Visita neurologica	89.13	15	89.13	32	89.13
5	Prima Visita oculistica	95.02	16	95.02	34	95.02
6	Prima Visita ortopedica	89.7	19	89.7B.7	36	89.7
7	Prima Visita ginecologica	89.26	20	89.26.1	37	89.26
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	89.7	21	89.7B.8	38	89.7
9	Prima Visita urologica	89.7	25	89.7C.2	43	89.7
10	Prima Visita dermatologica	89.7	27	89.7A.7	52	89.7
11	Prima Visita fisiatrica	89.7	12	89.7B.2	56	89.7
12	Prima Visita gastroenterologica	89.7	10	89.7A.9	58	89.7

13	Prima Visita oncologica	89.7	18	89.7B.6	64	89.7
14	Prima Visita pneumologica	89.7	22	89.7B.9	68	89.7

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore Nazionale DM 2012	Codice nuovi LEA	Codice Nomenclatore Regionale
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41	87.41
18	TC del Torace con MCD senza e con MCD	87.41.1	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1	88.01.1
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'Addome inferiore	88.01.3	88.01.3	88.01.3
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5	88.01.5
24	TC dell'addome completo senza e con	88.01.6	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio – encefalo	87.03	87.03	87.03
26	TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1	87.03.1	87.03.1
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A	88.38.1
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B	88.38.1
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C	88.38.1
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2	88.38.D	88.38.2
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2	88.38.E	88.38.2
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2	88.38.F	88.38.2
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5	88.38.5
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1	88.91.1
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	88.91.2	88.91.2	88.91.2
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4	88.95.4
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5	88.95.5	88.95.5

38	RM della colonna in toto	88.93	88.93.6	88.93
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1	88.93.B	88.93.1
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4	88.71.4
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3	88.72.3	88.72.6
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1	88.74.1
44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia ostetrica	88.78	88.78	88.78
49	Ecografia ginecologica	88.78.2	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2	88.77.4 88.77.5	88.77.2
Altri esami Specialistici				
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	45.13	45.13
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16.1, 45.16.2	45.13
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50	89.50
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41	89.41	89.41
59	Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44	89.44, 89.41	89.44
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11	95.11
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A	93.08.1
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B	93.08.1
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1	93.08.C	93.08.1

67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D	93.08.1
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E	93.08.1
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.G	93.08.1

Per prestazioni con priorità U la prenotazione deve essere gestita, o direttamente dal setting della medicina generale, o attraverso un sistema di prenotazione che garantisca il rispetto del tempo massimo di 72 ore. Le restanti prestazioni, originate nell'ambito di primo contatto, devono essere soddisfatte nei tempi indicati nella seguente tabella che richiama le categorie di priorità come definite dal PNGLA vigente declinate a livello regionale.

U (urgente)	Da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore
B (Breve)	Da eseguire entro 10 giorni
D (Differibile)	Da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli accertamenti diagnostici
P (Programmata)	Da eseguire entro 120 giorni; fino al 31.12.2019 la classe P è considerata da eseguire entro 180 giorni. In questa classe sono incluse le prestazioni programmate, anche di Primo Accesso, di approfondimento, controllo, follow-up.

Ricoveri oggetto di monitoraggio

Per tutti i ricoveri programmati la Regione prevede l'uso sistematico delle Classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 di cui alla tabella di seguito riportata.

Classe di priorità	Descrizione
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.

D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata a livello regionale, delle Province Autonome o di singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.

Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, devono essere comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla Classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero).

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera.

Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente, oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente.

Dovrà essere prevista l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché prevedendo l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione (in accordo con il DM 70/2015).

Di seguito le prestazioni di ricovero oggetto di monitoraggio:

Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0
2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	

9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Con riferimento alle procedure sopra elencate riferite all'***area oncologica***, si esplicita che la classe di priorità deve essere fornita dal Centro Accoglienza e Servizi (CAS) nel momento in cui viene posta l'indicazione all'intervento chirurgico.

Dall'istruttoria effettuata dagli uffici competenti della Direzione Sanità e Welfare è emersa una particolare criticità nelle tempistiche di erogazione di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, escluse dal monitoraggio effettuato ai sensi del Piano nazionale di Governo dei Tempi di Attesa 2019-2021, recepito con D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019:

Si ritiene, pertanto di stabilire che le prestazioni di cui al paragrafo precedente, identificate a livello delle singole Aziende Sanitarie, in accordo con la Direzione Sanità e Welfare, saranno oggetto di specifico provvedimento di Giunta regionale.

Per il recupero dei tempi di attesa delle prestazioni sopra richiamate, si potrà ricorrere agli istituti contrattuali ed alle modalità erogative, ai sensi del DL 104/2020, del DL 73/2021 ed a norma dell'art. 1 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (Finanziaria 2022).

5. IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI

In tale ambito, al fine di rispondere nei tempi e nei setting appropriati e secondo priorità cliniche, è necessario sviluppare un livello di governance della Direzione Sanità, che tenga conto della domanda e dell'offerta complessiva disponibile e che sia riportato vero le Aziende Sanitarie regionali.

Il modello di riferimento nel presente piano operativo viene confermato nelle "Aree Omogenee di Programmazione" ex DM 70/2015 (così come identificate con D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, e modificate alla luce del fatto che con D.C.R. n. 179-40516 del 06.12.2016 è stata approvata l'unificazione delle AA.SS.LL. TO1 e TO2, identificate quali ASL unica, denominata "Asl Città di Torino"), coordinate dalle Direzioni sanitarie aziendali e capaci di soddisfare le esigenze specialistiche negli ambiti in cui sono articolate le Aziende Sanitarie regionali.

Di seguito vengono dettagliate le cinque Aree Omogenee di Programmazione:

Area Omogenea Torino: ASL Città di Torino, ASL TO4, ASL TO5, AOU Città della Salute di Torino.

Area Omogenea Torino Ovest: ASL TO3, AOU S.Luigi di Orbassano, AO Ordine Mauriziano di Torino.

Area Omogenea Piemonte Sud Ovest: ASL CN 1, ASL CN 2, AO S.Croce e Carle di Cuneo.

Area Omogenea Piemonte Nord Est: ASL NO, ASL VCO, ASL VC, ASL BI, AOU Maggiore della Carità di Novara.

Area Omogenea Piemonte Sud Est: ASL AL, ASL AT, AO SS.Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria.

Al fine di programmare ed articolare una più efficace risposta al bisogno assistenziale, si ritiene di prevedere che l'Area Omogenea Torino e l'Area Omogenea Torino Ovest possano costituire un unico bacino di garanzia, così come previsto dalla D.D. n. 519 del 08.08.2017 già citata, il cui aggiornamento sarà formalizzato con determinazione del Direttore della Direzione Sanità.

Le modalità di collaborazione da parte delle due Aree Omogenee suddette sono da concordarsi fra le Aziende afferenti alle stesse, previo accordo con la Direzione Sanità, in base alla tipologia del bisogno assistenziale.

Come sopra già precisato, è operativo nell'ambito della Direzione Sanità e Welfare, il Gruppo di Coordinamento del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale", composto da:

- il Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità;

- il Responsabile Settore Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori della Direzione Sanità;

- il Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi della Direzione Sanità;

- un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area Omogenea.

Gli obiettivi del Piano operativo a livello regionale e aziendale sono i seguenti:

- analizzare al situazione attuale per quanto riguarda in tema di tempi e liste di attesa per interventi, visite, prestazioni e screening;
- definire in tale ambito le principali criticità;
- mettere in atto azioni di miglioramento coerenti.

Presso ogni Azienda Sanitaria viene istituita la "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", presieduta e coordinata dalla Direzione Strategica e composta da professionisti di area sanitaria e amministrativa coinvolti nella funzione. In tale ambito viene individuato il Coordinatore aziendale per la Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa.

Le Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa, costituite presso ogni Azienda Sanitaria, dovranno operare in sinergia per l'attuazione degli interventi previsti a livello di Area Omogenea di Programmazione.

La gestione dei percorsi e delle prenotazioni derivanti deve comunque avvenire attraverso la piattaforma CUP Unico regionale, opportunamente configurata.

6. AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA

Le azioni sui bisogni e sulla domanda sono da sviluppare, in particolare, sul versante della comunicazione e sensibilizzazione con i cittadini e sull'appropriatezza prescrittiva.

Comunicazione e sensibilizzazione dei cittadini

Le Aziende attivano l'informazione per gli utenti sulle modalità di prenotazione e accesso a visite, prestazioni e ricoveri, utilizzando gli usuali strumenti informativi. Analogamente il Sito internet aziendale riporta i tempi di attesa per visite, prestazioni e ricoveri.

A livello territoriale le Aziende sanitarie, anche in un contesto interaziendale, sono tenute al coinvolgimento degli URP aziendali in una strategia comunicativa nei confronti della popolazione (associazioni e sindacati rappresentativi delle varie categorie di utenti) per informarla, oltre che sul corretto utilizzo dei servizi sanitari, anche sull'articolazione delle liste di

attesa (es. differenziate per priorità clinica, diversificate dalla "libera professione") e contestualmente per sensibilizzarla alla necessità, nonché dovere, di disdetta della prenotazione in caso di sopravvenuta impossibilità a fruire della prestazione.

In particolare viene pubblicato semestralmente nel sito web della Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità, l'elenco delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e prime visite per le quali viene effettuato il monitoraggio, assicurate presso tutte le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, raggruppate per Azienda; i dati si riferiscono alla percentuale delle prestazioni di cui sopra effettuate entro determinati intervalli di tempo, sovrapponibili ai criteri di priorità U-B-D-P.

Anche sulla base di quanto sopra, sono definite e attuate azioni di sensibilizzazione e informazione alla popolazione, attraverso l'articolazione di una campagna di comunicazione e di divulgazione capillare, su tutto il territorio regionale.

Analogamente, le Aziende devono partecipare attivamente, in coerenza con gli indirizzi regionali, a tali campagne anche identificando figure interne di riferimento sia per i professionisti che per i cittadini.

E' necessario, in particolare, il coinvolgimento di rappresentanze dei cittadini, associazioni nonché dei mass media.

La campagna di comunicazione muoverà dall'informazione semplice e chiara, corretta e costantemente aggiornata sui vari problemi che riguardano la salute, essendo convinzione condivisa che da sola l'informazione non è sufficiente ad educare compiutamente; è senza dubbio uno strumento importante ed il primo, essenziale passo verso la modifica della mentalità e del comportamento, che deve poi determinare la presa di coscienza e l'assunzione di responsabilità di fronte alle decisioni operative. Occorre aggiungere, inoltre, che l'informazione deve essere scientificamente corretta, ma realisticamente comprensibile.

Un'azione educativa quanto mai efficace può e deve essere svolta nella scuola, nell'ambiente di lavoro, nelle associazioni culturali e di volontariato e ovunque vi sia una aggregazione di persone interessate ai problemi della salute.

Momenti ulteriori di efficace comunicazione e formazione sono le Campagne di promozione della salute che possono rappresentare strumenti importanti di educazione all'uso del "bene" prestazione sanitaria.

Il Piano di comunicazione finalizzato alla sensibilizzazione e all'informazione della popolazione e dei professionisti sanitari sarà articolato per includere:

- la presenza degli obiettivi e delle azioni del Programma per il governo delle liste d'attesa nei canali di comunicazione ordinariamente utilizzati dalla Regione e dalle ASR;

- l'organizzazione di apposite campagne straordinarie finalizzate a potenziare l'impatto della comunicazione generale o per mirare specifici obiettivi;

- l'uso dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo dei TA sia per la regolazione del sistema stesso (email, strumenti di recall, specifiche app, ecc.).

Contestualmente al suo sviluppo e alla sua graduale attivazione su tutto il territorio nazionale anche il nuovo numero europeo armonizzato a valenza sociale 116-117 potrà costituire un potente strumento di comunicazione in questo ambito.

Inoltre, con DD.D. n. 71-A1413C del 21.01.2021 e n. 695/A1413C/2021, sono state approvate l'integrazione e la modifica delle DD.D. n. 43 del 04.02.2008 e n. 375 del 10.07.2009, aggiornando le indicazioni per la preparazione del paziente per alcuni specifici esami clinici strumentali della branca di radiodiagnostica ed approvazione delle informative e dei modelli di consenso informato all'esecuzione degli esami stessi.

Infine, attraverso la carta dei servizi prevista dal Decreto legge 12 maggio 1995, n. 163, convertito nella legge 11 luglio 1995, n. 273, sono garantite dalle singole Aziende sanitarie le informazioni utili ai cittadini utenti rispetto ai servizi effettuati dalle stesse Aziende per le prestazioni erogate, compresa l'articolazione delle liste di attesa.

Appropriatezza prescrittiva

La riduzione della variabilità dei comportamenti prescrittivi è una delle dimensioni principali su cui si sono concentrati negli ultimi anni gli interventi di politica sanitaria in una logica di clinical governance del fenomeno. Non ultimo il DPCM 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, che interviene sull'argomento con l'obiettivo di rendere evidente l'aderenza delle prescrizioni alle evidenze scientifiche in coerenza con l'autonomia professionale del medico prescrittore.

Tale tematica assume un ruolo di rilievo nella gestione delle liste d'attesa in quanto risulta direttamente correlata alla gestione della domanda di prestazioni.

Come già evidenziato dal Ministero della Salute (Mattone 7 – misura dell'appropriatezza), risulta necessario procedere ad attività sistematiche e continuative di valutazione e di intervento su appropriatezza, efficacia clinica ed efficacia rispetto ai costi delle prestazioni offerte, nonché all'omogeneizzazione dei percorsi assistenziali e dei comportamenti organizzativi nel rispetto degli obiettivi di qualità del sistema.

Si evidenzia come, con specifico riferimento al D.M. 9 dicembre 2015 inerente alle "Condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale", siano già state inviate le note prot. n. 3241/A14000 del 08.02.2016, n. 8714/A14000 del 19.04.2016 n. 8715/A14000 del 19.04.2016, n. 73316/A14000 del 15.06.2016, di chiarimenti. Tale decreto ha avuto un iter applicativo complesso su tutto il territorio nazionale, tale da indurre il Ministero a stabilirne una fase di applicazione sperimentale, a tempo indefinito, che risulta ora superata con l'approvazione dei nuovi LEA.

Ad ogni buon conto, si prevede di programmare, anche in linea con i lavori già avviati nel corso del 2015 dal Tavolo Metropolitano, nonché secondo la metodologia di appropriatezza utilizzata per la DGR 44-3399 del 30.05.2016 ed, in ultimo, in attuazione di quanto previsto dal PNGLA 2019/2021, che adotta in toto il Manuale RAO, parte integrante del Piano stesso, azioni volte al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni più "critiche", sia in termini di eccessivo consumo pro capite che di lista d'attesa.

Il coinvolgimento sistematico dei professionisti "prescrittori" è ritenuto strategico al fine di analizzare i dati di consumo alla luce dei fabbisogni e delle evidenze scientifiche in materia e nel definire i percorsi diagnostico terapeutici.

Pertanto, è necessario procedere su diverse linee di lavoro:

- analisi dati di flusso di prestazioni target anche facendo attività di benchmarking intraregionale e verso altre realtà regionali;
- svolgimento audit clinici per monitorare l'aderenza alle evidenze scientifiche e definire gli opportuni interventi di miglioramento;
- definizione e sviluppo dei PDTA;
- introduzione/perfezionamento sistema RAO;
- azioni volte a limitare l'eccessivo consumo di prestazioni ove rilevato;
- realizzazione iniziative di aggiornamento e formazione;
- ecc.

Quanto sopra è da armonizzare anche con gli indirizzi forniti dal Piano nazionale Cronicità, recepito con D.G.R. n. 22-6467 del 09.02.2018, che ha contestualmente approvato il Piano regionale della Cronicità – coerente con il disposto di quello nazionale – e dalle "Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento del Piano Nazionale Cronicità" contenute nell'allegato B della DCR 306-29185 del 10/07/2018, che costituiscono un'importante fonte di orientamento per il funzionamento servizi e sono destinati a influenzare favorevolmente il governo della domanda di prestazioni sanitarie.

Il Piano richiede di sviluppare un'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari orientata ai bisogni del paziente cronico e della sua famiglia, per prevenire l'insorgenza della malattia, ritardarne la progressione e ridurre la morbosità, la mortalità e la disabilità prematura.

Richiede, in particolare:

- l'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della 'medicina d'iniziativa' (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa;

- la responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (self management, patient empowerment), componenti essenziali per la gestione della malattia;

- una forte integrazione nella rete dei servizi, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta;

- la necessità che gli operatori siano orientati dai bisogni assistenziali del malato prima ancora che dalle loro malattie;

- il confronto continuo tra medici e pediatri di famiglia e specialisti.

7. AZIONI SULL'OFFERTA

Le azioni sulla offerta vanno attivate in riferimento ai modelli organizzativi aziendali, al CUP Unico Regionale, alla gestione integrata delle agende ambulatoriali.

Un aspetto molto importante è poi rappresentato dal nuovo modello di erogazione legato alla emergenza COVID e al recupero di interventi, visite, prestazioni e attività di screening.

Modelli organizzativi aziendali

In tale ambito diventa necessario re-indirizzare i processi produttivi, allo scopo di arrivare ad una significativa riduzione della complessità organizzativa e ad un aumento dell'efficienza.

Per ottenere ciò è necessario favorire l'integrazione tra le diverse Strutture secondo i modelli di "rete" e l'organizzazione basata su logiche integrative, che coordinano le unità organizzative ridefinendone le funzioni, anche con competenze diversificate.

CUP Unico Regionale e gestione e integrazione delle agende ambulatoriali

Il Centro Unico di Prenotazione (CUP) regionale è il sistema centralizzato informatizzato, deputato a gestire l'intera offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale regionale), in modo trasparente ed efficiente.

Tale sistema assicura le attività di gestione e programmazione delle agende di prenotazione, il monitoraggio per il governo delle liste d'attesa e l'informazione verso gli utenti, assicurando immediatezza di visibilità.

Finalità del CUP Unico Regionale è quello di garantire la possibilità di accesso alle prestazioni indipendentemente dal luogo di residenza dell'utente, rendendo disponibile la prenotazione delle prestazioni sanitarie in "circolarità", cioè tramite tutti i punti d'accesso del sistema CUP Unico Regionale, indipendentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda sanitaria o ad uno specifico ambito territoriale/canale d'accesso. Il CUP Unico Regionale garantisce la diffusione, quanto più capillare possibile, delle modalità di fruizione dei servizi avvalendosi di un livello regionale e di livelli aziendali.

In tale ambito risulta necessario uniformare gli indirizzi operativi che si sono succeduti nel tempo in vari atti al fine di rendere omogenee le condizioni di appropriatezza che sono alla base dell'attribuzione dei codici priorità, attivando azioni di monitoraggio e contestualmente il miglioramento nella lettura dei dati di produzione e dunque l'efficacia del monitoraggio stesso

Altresì risulta necessario definire una nuova modalità informatica-organizzativa per ridurre significativamente le liste di attesa per le prime visite e per le prime indagini diagnostiche, ovvero per le prestazioni di specialistica ambulatoriale richieste per i pazienti nuovi e non conosciuti dal SSR per quel nuovo problema clinico (esemplificativo: quesito diagnostico nuovo imprevedibilità dell'esito, situazioni cliniche potenzialmente evolutive, nessuna risposta immediata, determinante altre decisioni cliniche). Per questi flussi di pazienti devono essere

costruiti, come evidenziato nelle sezioni precedenti del presente documento, percorsi di accesso alle visite e alle diagnostiche completamente distinti rispetto ai restanti flussi di pazienti già conosciuti al servizio sanitario in ragione del quesito clinico di accesso assicurando una congrua disponibilità di agende pubbliche.

In linea generale si evidenzia che le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina. L'organizzazione della capacità produttiva in ragione delle agende dovrà comprendere tutte le tipologie di specialisti nella disciplina. Le agende dovranno ricomprendere anche l'attività libero professionale intramoenia.

- Adozione delle "agende di garanzia". Rappresenta la necessità di garantire il rispetto dei tempi d'attesa anche con strumenti "integrativi" quali:

- aumento produttività interna (sia attraverso azioni di miglioramento dell'efficienza che l'acquisizione di risorse aggiuntive attraverso, ad esempio, l'aumento delle ore di specialistica interna, l'attivazione di contratti a termine;

- acquisto prestazioni dai dipendenti, ecc.);

- accordi tra ASL e AO/AOU;

accordi con il privato accreditato.

per disporre di *slot* di prenotazioni/prestazioni integrative al fine di garantire al cittadino il pieno rispetto dei tempi di attesa di specialistica ambulatoriale di primo accesso.

Tali strumenti sono attivati esclusivamente per prestazioni il cui consumo rientra negli standard di appropriatezza, nel caso in cui nell'ambito territoriale di riferimento non sia garantito il tempo massimo di attesa previsto per quella prestazione. Pertanto, nella fase iniziale di monitoraggio, si prevede la necessità/opportunità che le ASL garantiscano una significativa operazione di "tuning" finalizzata a trovare il giusto equilibrio fra domanda e offerta di primo accesso.

Sarà da perseguire la possibilità di far effettuare da parte del medico o pediatra di famiglia o specialista, al momento della prescrizione, anche la prenotazione della prestazione diagnostica, sulla base di percorsi / ambiti di cura che saranno condivisi e definiti specificamente.

Possibile estensione delle fasce orarie e delle giornate di erogazione delle prestazioni specialistiche ampliandole alle ore tardo pomeridiane e serali e anche alle giornate di sabato e pre-festive con il fine di migliorare le possibilità di accesso dei cittadini e di utilizzare in modo più intensivo le tecnologie.

A completamento di quanto sopra esposto, si evidenzia che nel capitolato tecnico della gara del CUP Unico Regionale è stato previsto al punto 4 una sezione dedicata al Governo del servizio (di seguito riprodotto in parte).

"L'intero processo di implementazione e manutenzione del servizio dovrà essere concordato e condiviso con lo specifico gruppo tecnico di governo regionale appositamente costituito che, al contempo, ricoprirà un ruolo di riferimento per le ASR rispetto all'applicazione di quanto previsto in precedenza.

Al gruppo tecnico regionale compete la stesura degli indirizzi operativi con cui verranno definiti i criteri di compilazione delle agende di prenotazione delle varie strutture, in modo da uniformare tra le varie ASR le tempistiche di erogazione delle prestazioni, l'applicazione dei PDTA stabiliti dalla Regione, l'utilizzo del recall, etc..

Il Gruppo tecnico regionale, nella fase di avvio del sistema nel suo complesso, dovrà monitorare le fasi operative e verificare la corretta collaborazione tra la ditta aggiudicataria e le singole ASR per garantire il rispetto dei tempi di consegna stabiliti dal presente capitolato.

Il gruppo tecnico regionale dovrà verificare in tempo reale la corretta erogazione del servizio e l'andamento delle prenotazioni tramite l'utilizzo di un apposito cruscotto di sistema in grado di monitorare l'offerta degli erogatori e le relative liste d'attesa che potrebbero venirsi a creare.

Allo stesso modo, il gruppo tecnico regionale dovrà verificare quotidianamente, anche attraverso la produzione di report specifici, l'apertura o la chiusura delle agende di prenotazione per le singole ASR: in caso di chiusura deve essere possibile compilare un campo note che espliciti le motivazioni alla base di tali decisioni."

Il nucleo tecnico dovrà porre l'attenzione sulle modalità di compilazione delle agende di prenotazione rendendo il più possibile omogenee le tempistiche di erogazione delle prestazioni,

condividendone preparazioni ed avvertenze; la configurazione delle agende deve prevedere la suddivisione per priorità e l'eventuale integrazione con i PDTA definiti dall'Assessorato.

In definitiva, è necessario che si inizi a parlare un linguaggio comune tra le Aziende Sanitarie Regionale, con agende e relative liste d'attesa sia del pubblico che del privato accreditato trasparenti: visto che il progetto CUP Unico Regionale ha tra i suoi obiettivi quello della fruibilità della soluzione applicativa a tutti i cittadini, prevedendone un utilizzo in autonomia in fase di prenotazione, spostamento e disdetta degli appuntamenti la semplicità delle operazioni deve essere garantita.

Il nucleo tecnico è composto da figure professionali esperte in organizzazione aziendale, con particolare riferimento alla gestione dei CUP aziendali (territoriali e ospedalieri) e provenienti dalle diverse aree della Regione in modo che possano essere coinvolte tutte le realtà in questo passaggio cruciale per la riorganizzazione della rete di prenotazione regionale.

Il nucleo tecnico lavora a stretto contatto con gli uffici regionali svolgendo un ruolo attivo di intermediazione tra la Regione e le ASR rispetto alla corretta applicazione delle disposizioni informatiche e clinico-organizzative (catalogo prestazioni, dematerializzata, PDTA...); il medesimo ruolo di intermediazione viene svolto nei confronti della società vincitrice della gara d'appalto e delle software house che gestiscono i sistemi delle ASR.

Tenuto conto del generale processo di progressiva ripresa delle attività, previsto a livello nazionale ed in particolare regionale, e ritenuto che allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, sussistano sulla base del monitoraggio giornaliero condotto dai gruppi di lavoro regionali i presupposti per la definizione di una programmazione volta al riavvio graduale delle attività sanitarie sospese.

Si precisa inoltre quanto segue.

- Modalità di prenotazione e disponibilità delle agende nel sistema CUP Unico Regionale (ASL/AO):

  La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

  Inoltre, si raccomanda quanto segue:

- Prime visite e Prestazioni di diagnostica: agli assistiti deve essere assicurata la possibilità di poter prenotare la ricetta con tutte le funzionalità del sistema CUP Unico Regionale (Contact Center Regionale telefonico, strumenti telematici online, ecc) tenendo conto della classe di priorità indicata dal medico prescrittore e dell'ambito territoriale di garanzia. Qualora il cittadino rifiuti la prima proposta esce dall'ambito di garanzia del rispetto dei tempi di attesa previsto dalla classe di priorità assegnata al fine di assicurare il ripristino ed il recupero delle liste di attesa.

Pertanto, si invitano le Aziende a verificare la corretta profilazione nel sistema CUP Unico Regionale delle agende, in particolare si raccomanda quanto segue:

Tipo di richiesta	% di agende pubbliche sul totale
Prima Visita	100%
Prestazione di diagnostica	75%

Rimangono escluse dalle percentuali suddette le prestazioni di:

- consultorio
- cure palliative
- oncologia (compresi GIC e CAS)
- dietetica e nutrizione clinica

ed, in generale, tutte le prime visite conseguenti a richiesta di approfondimento da parte dello specialista che ha in carico il paziente, in percorsi di PDTA formalizzati, o di follow up da evento acuto.

Si ritiene, altresì, di fornire indicazione dei casi d'uso per prestazioni di alcune specifiche branche, ai fini della corretta rilevazione dell'offerta pubblica esclusiva sulle agende del CUP Unico Regionale, nell'ambito del Piano di recupero delle liste di attesa, come da tabella seguente:

CASI D'USO	Descrizione breve "NOTA FASCIA ORARIA"	Testo "NOTA FASCIA ORARIA"	Precisazioni
CURE PALLIATIVE	CURE PALLIATIVE - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni delle cure palliative	
ONCOLOGIA	ONCOLOGIA - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni di oncologia (compreso GIC e CAS) o inseriti in PDTA ONCOLOGICI	utilizzabile anche per le fasce delle prestazioni di qualsiasi branca se riservate a pazienti inseriti nel percorso oncologico, per esempio, agende di radiologia dedicate a percorsi specifici per pazienti oncologici
DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni di dietetica e nutrizione clinica	
PDTA/PERCORSI FORMALIZZATI	PDTA/PERCORSI FORMALIZZATI - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni inserite in PDTA e percorsi interni formalizzati	PDTA regionali ed Aziendali, percorsi interni formalizzati finalizzati alle prestazioni di approfondimento diagnostico richieste dallo Specialista. Sono compresi i percorsi di "Alta Specializzazione" di riferimento ai sensi della normativa regionale vigente in materia.
FOLLOW UP	FOLLOW UP - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni finalizzate al follow up di pazienti presi in carico a seguito di	

		evento acuto	
GRAVIDANZA	GRAVIDANZA - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni finalizzate al monitoraggio della gravidanza, fisiologica e patologica	
DETENUTI	DETENUTI - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni per detenuti	
PRESTAZIONI POST PS	PRESTAZIONI POST PS – fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni post PS	percorsi interni finalizzati alle prestazioni di approfondimento diagnostico richieste dallo Specialista DEA/PS, prestazioni ambulatoriale successive ad accesso in DEA/PS
DAY SERVICE	DAY SERVICE – fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni day service	percorsi interni finalizzati alle prestazioni di approfondimento diagnostico richieste dallo Specialista
MALATTIE RARE	MALATTIE RARE - fascia esclusiva	fascia esclusiva oggetto di esclusione monitoraggio rapporto percentuale offerta pubblica/esclusiva prestazioni erogate nel contesto di diagnosi MALATTIA RARA	

I suddetti percorsi saranno oggetto di monitoraggio specifico, da parte della Direzione Sanità e Welfare, al fine di evitare incongruenze nelle agende escluse dal conteggio sulla percentuale di agende pubbliche/esclusive.

Inoltre, al fine di assicurare il ripristino ed il recupero delle liste di attesa, si chiede alle ASL ed alle Aziende Ospedaliere (AO) di assicurare ordinariamente le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture anche nelle ore serali e durante il fine settimana, sia nell'ambito dell'attività istituzionale che attraverso le prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 55 comma 2 lett.d del CCNL 08/06/2000 dell'area della dirigenza medica, veterinaria e dell'area della dirigenza sanitaria.

- Visite e Prestazioni di Controllo: I controlli periodici ed i follow-up devono essere prenotati direttamente dall'ospedale/struttura che ha in carico il paziente. Tali visite/prestazioni, usualmente, dovrebbero essere fissate dal personale dell'ambulatorio specialistico già al termine della prima visita.

Pertanto, si invitano le Aziende a verificare la corretta profilazione nel sistema CUP Unico Regionale delle agende (es. le agende non dovrebbero essere rese pubbliche agli operatori di call center o negli strumenti di prenotazione *on line*).

Una quota parte dei controlli primo accesso, prescritto dal MMG al di fuori dei percorsi già definiti, dovrebbe essere resa pubblica in modo tale che il paziente possa prenotare liberamente in autonomia.

- Realizzazione di percorsi aziendali volti alla tutela del diritto alle prestazioni (ASL):

  E' compito delle Aziende Sanitarie individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo anche modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e la gestione programmata dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

A riguardo, si invitano le ASL ad assicurare, tra l'altro, l'adozione delle seguenti iniziative:

1. applicazione di "percorsi di tutela": ovvero l'adozione organizzativa da parte dell'ASL di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche i quali prevedano anche, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello istituzionale, che possa essere attivata una specifica procedura che permetta al paziente residente e per le richieste di prime prestazioni in Classe di priorità la possibilità di effettuare la prestazione nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

2. monitoraggio attivo dell'effettiva disponibilità delle agende nel sistema CUP Unico Regionale (offerta delle strutture pubbliche/private) rispetto al fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali del proprio territorio.

A riguardo, si chiede alle ASL di monitorare la disponibilità di agende nel sistema CUP Unico Regionale (offerta delle strutture pubbliche/private): tale verifica sarà effettuata periodicamente dalla Direzione Sanità che è in possesso delle necessarie abilitazioni.

Si è richiesto, altresì di comunicare, per l'anno 2021, entro il 31 luglio, alla Direzione Sanità e Welfare, gli interventi definiti e avviati per consentire il recupero delle liste di attesa imputabili alla pandemia COVID-19 e ripristinare l'attività ordinaria.

Attività di controllo

Presso ogni Azienda Sanitaria regionale viene effettuata attività di controllo dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, ai sensi di quanto previsto dal Piano nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (recepito con D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019), in cui si stabilisce che:

"[...] devono essere assicurati criteri per garantire la coerenza tra quanto riportato nel Piano nazionale di Governo delle Liste di Attesa e:

- quanto definito in materia di ricetta medica dematerializzata, di cui al D.M. 2 novembre 2011;

- gli orientamenti delineati in materia di Piano Nazionale Anticorruzione vigente;

- gli obiettivi degli Accordi e dei Contratti Collettivi nazionali, sia per quanto attiene le modalità prescrittive, sia per l'Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI);

- gli indirizzi definiti in materia di accreditamento istituzionale, compresi quelli di cui al Manuale TRAC dell'Intesa del 20 dicembre 2012 e quelli per la stipula dei contratti con gli erogatori, in particolare per quanto riguarda la gestione trasparente e programmata del volume e della tipologia delle prestazioni oggetto degli accordi, anche rispetto alle Linee Guida nazionali Sistema CUP e successive integrazioni.

Le Aziende effettuano, in modo preordinato al controllo effettuato da parte della Regione, i seguenti monitoraggi:

- delle agende "pubbliche";
- ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;

- ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- delle sospensioni delle attività di erogazione;
- dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in specifiche aree cliniche;
- ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (http://alpi.agenas.it), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- della presenza sul proprio sito Web di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP Unico Regionale.

Le Aziende effettuano, altresì, il monitoraggio ed il controllo sulla corretta erogazione delle prestazioni di screening oncologici, secondo le indicazioni fornite in materia dal Coordinamento Regionale Screening, ai sensi della normativa regionale vigente.

Le "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa", presiedute e coordinate dalla Direzione Strategica e composte a professionisti di area sanitaria e amministrativa effettuano la funzione di valutazione e miglioramento periodica, con tempistica almeno mensile.

8. INDIRIZZI PER IL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA' E PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA A SEGUITO DELLA EMERGENZA DA COVID-19

Recupero delle attività e liste di attesa

Nel periodo di emergenza COVID, la riconversione di reparti, la riduzione delle attività chirurgiche non urgenti e la sospensione delle attività ambulatoriali su prenotazione si sono affiancate alla necessità di proteggere da una possibile infezione i pazienti cronici, particolarmente suscettibili al contagio e ai suoi esiti più sfavorevoli. In tale ambito deve essere rimarcato che uno dei settori che ha risentito maggiormente di questa straordinaria circostanza è stato quello degli screening oncologici.

La Regione Piemonte, anche in rapporto alle all'emergenza COVID, ha formulato una serie vasta di indicazioni con possibile impatto su liste e tempi di attesa:

- la nota della Unità di Crisi prot.11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: "Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19";

- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: "Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero precedentemente sospesa";

- la DGR 29-1379 del 15 maggio 2020 avente per oggetto "Indirizzi alla ASR e alla strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'epidemia da COVID 19".

- la nota del Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 18410 del 05.06.2020, inerente al riavvio del Programma regionale di screening oncologici denominato "Prevenzione Serena";

- la nota della Unità di Crisi prot. 20938 del 28.04.2020 avente per oggetto "Richiesta azioni propedeutiche fase 2" a seguito della quale tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso alla Unità di Crisi i propri piani di riorganizzazione per quanto riguarda l'area ospedaliera e l'area territoriale a livello aziendale e di quadrante.

Con nota prot. 18497/A1400A del 5 giugno 2020 la Direzione Sanità e Welfare ha trasmesso alle Aziende sanitarie le indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID, richiedendo tra l'altro l'adozione di un Piano organizzativo aziendale per la Ripresa delle attività;

Ne consegue che risulta necessario prevedere nei piani aziendali anche l'incremento delle attività per visite, prestazioni ambulatoriali, screening oncologici e ricoveri sia ricorrendo a

meccanismi di efficientamento degli ambulatori e delle sale operatorie, sia ampliando gli orari di erogazione delle attività (es. ambulatori, sale operatorie), sia ricorrendo a meccanismi incentivanti delle risorse interne a cominciare dal personale, sia sviluppando accordi con le strutture private accreditate.

L'incremento delle attività si può prospettare, a titolo indicativo, su diversi livelli:

- il ripristino per interventi, visite e prestazioni dei volumi base aziendali dell'anno 2019;

- l'ulteriore incremento per i ricoveri in aggiunta rispetto al valore base aziendale dell'anno anno 2019, in relazione ai bisogni/domanda espressi, alla situazione epidemiologica di riferimento a livello locale e alla tipologia di visita/prestazione e relativi tempi di attesa, sempre assicurando le condizioni di appropriatezza;

- l'ulteriore incremento per le visite, prestazioni e screening in aggiunta rispetto al valore base aziendale dell'anno anno 2019, in relazione ai bisogni/domanda espressi, alla situazione epidemiologica di riferimento a livello locale e alla tipologia di visita/prestazione e relativi tempi di attesa, sempre assicurando le condizioni di appropriatezza.

Quanto sopra anche con il ricorso alle specifiche risorse definite a livello nazionale e regionale.

Screening oncologici

Nell'ambito delle risorse specificamente dedicate al recupero dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie del SSR sono tenute ad assicurare, oltre alla normale attività, il recupero delle prestazioni di screening oncologico, non rese nel periodo epidemico.

Per i programmi di screening del tumore della mammella, si prevede il recupero della quota restante ritardo di attività stimato a fine 2021 (ritardo accumulato nel corso del 2020 + ritardo aggiuntivo che si stima verrà accumulato nel corso del 2021, assumendo il mantenimento fino a fine anno dei volumi di attività garantiti con le risorse disponibili nel primo semestre 2021). Indicativamente si tratta del 50% della quota totale, se gli obiettivi di attività per il 2021 sono stati rispettati, o di una quota superiore, se resta da recuperare una quota di attività del 2021 (verranno definiti piani di attività da parte del coordinamento regionale screening, sulla base del consuntivo di attività per il 2021).

Per lo screening dei tumori della cervice uterina, sulla base dell'evidenza disponibile che indica che l'effetto protettivo di un test HPV con esito negativo si mantiene almeno fino a 6 anni (rischio di avere una diagnosi di CIN2+ a 6 anni da un test HPV negativo ancora inferire a quello che si osserva nelle donne con un Pap-test negativo eseguito 3 anni prima), si prevede di estendere a 6 anni, fino al completamento del recupero del ritardo accumulato, l'intervallo previsto per il richiamo di una donna con precedente test HPV negativo.

Per il programma di screening dei tumori colorettali dopo la rimodulazione degli inviti, con lo spostamento di metà dei soggetti della coorte del 1963, sul programma che utilizza il test del sangue occulto, verrà riavviata l'attività con l'invito dell'intera coorte del 1964 sul programma con sigmoidoscopia e il recupero delle persone nate nel 1963 assegnate al programma endoscopico e non ancora invitate. Verrà esteso il protocollo sperimentale approvato a Torino e Biella, che prevede la randomizzazione dei soggetti con emoglobina fecale non rilevabile negli ultimi due test ad intervallo biennale o triennale.

Per tutti e tre i programmi si prevede la sospensione delle procedure di verifica dell'età al momento dell'invio dell'invito, per permettere anche alle persone, che, a causa del ritardo accumulato, hanno superato l'età massima per l'invito nel programma al momento dell'invito, di ricevere ancora un invito allo screening. I risultati dei modelli che simulano l'impatto atteso di diverse strategie di recupero del ritardo indicano che questo approccio permette di ridurre l'impatto negativo sugli esiti dello screening.

Si precisa che le prestazioni di screening rimangono escluse dalla contrattazione con gli erogatori privati accreditati, in quanto gli esami effettuati nell'ambito del programma di screening regionale sono parte di un protocollo di gestione diagnostico e clinico integrato, che prevede passaggi nel pubblico, in cui è garantita la tracciabilità degli esiti e la presa in carico dei soggetti positivi, al momento non disponibili presso le strutture private accreditate.

Occorre quindi che le prestazioni di screening oncologico siano erogate nell'ambito dell'attività aziendale già in essere utilizzando le risorse necessarie a garantire l'attuazione del piano di recupero.

Indicazioni specifiche

Nella definizione delle azioni organizzative straordinarie volte al recupero delle prestazioni inserite nel Piano, si raccomanda di avvalersi delle indicazioni e degli strumenti contenuti nel PNGLA 2019-2021, in particolare:

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;

- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;

- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al 9 MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);

- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP");

- gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;

- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali.

Sviluppo della telemedicina

Le azioni per il miglioramento dei tempi e delle liste di attesa possono avere un importante supporto dalla telemedicina.

Con la D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018 avente ad oggetto "Attuazione del Piano Triennale per l'informatica nella P.A. 2017-2019", sono stati definiti gli elementi di pianificazione della sanità digitale nella Regione Piemonte.

Con DGR n. 6-1613 del 3 luglio 2020 si è provveduto all'attivazione dei servizi sanitari di specialistica ambulatoriale erogabili a distanza, ai sensi dell'Intesa del 20 febbraio 2014, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle "Linee di indirizzo nazionali di telemedicina" (repertorio atti n.16/CSR).

Il provvedimento, in particolare, ha stabilito che le Aziende sanitarie pubbliche e gli erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lgs. 502/1992 possano erogare le medesime specialità assistenziali ad oggi erogate con la modalità tradizionale attraverso la Televisita, nel rispetto delle condizioni declinate nel provvedimento. E' stato, altresì, stabilito che ai servizi ambulatoriali erogati in telemedicina, nelle more di eventuali atti nazionali, si applichino le medesime tariffe ed il medesimo sistema di remunerazione disciplinati per l'erogazione delle prestazioni in modalità "tradizionale", ivi inclusa l'eventuale quota di compartecipazione – ticket e quota aggiuntiva – a carico del cittadino. La deliberazione suddetta, facendo esplicito riferimento al Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020 e tenendo conto delle disposizioni in esso contenute, prevede che i servizi ambulatoriali in Televisita possano essere erogati dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e da erogatori privati accreditati e contrattualizzati ai sensi del D.Lg.vo 502/1992, sia nella fase di emergenza da COVID, sia in fasi successive, a precisa tutela dei pazienti.

Con la D.G.R. 16 Ottobre 2020, n. 13-2103 "Estensione del numero di prestazioni ambulatoriali della branca 8 Cardiologia erogabili in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria e inserimento nel Nomenclatore Tariffario di una nuova prestazione della branca di cardiologia per il controllo e il monitoraggio, anche a distanza, di particolari patologie cardiologiche" è stato introdotta la possibilità di utilizzare gli strumenti della telemedicina in

ambito cardiologico per quanto riguarda il controllo remoto di pacemaker, defibrillatore, loop recorder CCM.

Con la DGR 20 novembre 2020, n. 17-2318 D.G.R. n. 27-6517 del 23 febbraio 2018: Intervento 5) Realizzazione del Centro Servizi di Telemedicina. Approvazione indirizzi per l'attuazione, con la previsione di un'unica piattaforma applicativa di Telemedicina da mettere a disposizione degli specialistici delle aziende sanitarie, dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta al fine di offrire prestazioni di sorveglianza e monitoraggio da remoto nell'ambito all'emergenza COVID e per garantire la continuità della presa in carico anche all'utenza "non-COVID correlata", in particolare ai pazienti "fragili" e cronici.

Istituti contrattuali per il personale sanitario (con riferimento al comma 278, art. 1 della L. 234/2021)

Nell'ambito delle risorse specificamente dedicate al recupero dei tempi di attesa, le Aziende Sanitarie del SSR possono sviluppare policy di gestione del personale nel perimetro dei riferimenti normativi di seguito riportati:

a) per il recupero delle prestazioni di **ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione (art. 26 c.1 lett. a) D.L. 73/2021)**, si considerino gli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104:

- art. 29 c. 2 lett. c) DL 104/2020, artt. 2-bis e 2-ter DL 18/2020:

  - reclutamento a tempo determinato o attraverso forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di personale del comparto e della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie;
  - impiego delle figure delle professioni sanitarie, degli operatori socio-sanitari, nonché di medici specializzandi, iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie, attraverso incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa;
  - assunzioni di cui all'articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, nei limiti e con le modalità ivi previsti compreso il trattamento economico da riconoscere, anche in assenza dell'accordo quadro ivi previsto;
  - possibilità, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, di conferimento di incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari di cui all'articolo 2-bis, comma 1, lettera a) e ai medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e al penultimo anno di corso della scuola di specializzazione anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all'articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi.

- art. 29 c. 2 lett. a) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi;

- art. 29 c. 2 lett. b) DL 104/2020: ricorso alle 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 con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

b) per il **recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (art. 26 c.1 lett. b) D.L. 73/2021)**, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104:

- art. 29 c. 3 lett. a) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

- art. 29 c. 3 lett. b) DL 104/2020: ricorso alle 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 con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi omnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposizioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché all'orario massimo di lavoro e ai prescritti riposi.

- art. 29 c. 3 lett. c) DL 104/2020: incremento, in parziale alternativa ai precedenti due punti, del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'Accordo collettivo nazionale vigente.

Le ASR nell'ambito delle diverse policy di reclutamento di personale, anche per la riduzione delle liste di attesa, sono incoraggiate a adottare strategie di programmazione delle risorse umane che considerino l'utilizzo del personale oggetto di proroga contrattuale nonché del turn-over.

Sinottico del Quadro normativo

Normativa di riferimento		Figure Professionali	Tipologia Contrattuale
ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione			
LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1 commi 276, 278, 279	art. 29 c. 2 lett. c) DL 104/2020	• personale del Comparto • dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria	• tempo Determinato • Co.Co.Co. • lavoro autonomo
	art. 2-bis DL 17 marzo 2020, n. 18	• professioni sanitarie • operatori socio sanitari • medici Specializzandi all'ultimo e penultimo anno	• lavoro autonomo • Co.Co.Co.
	art. 2-ter DL 17 marzo 2020, n. 18	• professioni Sanitarie • operatori socio sanitari • medici Specializzandi all'ultimo e penultimo anno	• tempo Determinato
	art. 29 c. 2 lett. a) DL 104/2020	• dirigenza Area	• prestazioni

		Sanità	aggiuntive
	art. 29 c. 2 lett. b) DL 104/2020	• comparto Sanità	• prestazioni Aggiuntive
prestazioni di specialistica ambulatoriale			
LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1 commi 276, 278, 279	art. 29 c. 3 lett. a) DL 104/2020	• dirigenza Area Sanità	• prestazioni aggiuntive
	art. 29 c. 3 lett. b) DL 104/2020	• comparto Sanità	• prestazioni Aggiuntive
	art. 29 c. 3 lett. c) DL 104/2020	• specialistica ambulatoriale convenzionata interna	• incremento ore

Misure di prevenzione e contenimento COVID

La ripresa dell'attività ordinaria di prestazioni ambulatoriali e visite deve essere graduale e riguardare i pazienti secondo quanto indicato nell'ambito del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2019-2021.

E' necessario che l'organizzazione delle attività ambulatoriali e diagnostiche, al fine di favorire la minore concentrazione di operatori e utenti nelle sedi ospedaliere, preveda l'utilizzo di altre strutture sanitarie aziendali.

I servizi amministrativi e/o sanitari deputati devono garantire il maggior snellimento possibile nelle procedure di accettazione e di riprenotazione delle visite successive.

La riprogrammazione delle visite deve avvenire avendo cura di aver verificato il bisogno sanitario e quindi l'attuale necessità della prestazione in coerenza con le indicazioni relative alla erogazione delle prestazioni in modo appropriato.

L'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali in struttura, come già indicato, dovrà essere quanto più possibile ampliato per limitare l'afflusso e lo stazionamento di persone all'interno delle sale di attesa e delle aree visita/diagnostica.

All'atto della prenotazione l'utente deve essere informato sulle modalità di accesso, sia per quanto attiene alla possibilità o meno di essere accompagnato che alla necessità di indossare la mascherina.

L'ingresso in struttura deve essere regolamentato dall'azienda applicando tutte le dovute precauzioni; a titolo esemplificativo:

- deve essere preventivamente sconsigliato l'accesso in struttura prima di 15 minuti dell'orario della prestazione;
- la presenza di accompagnatore ove possibile non deve essere autorizzata, fatta eccezione per minori, disabili, utenti fragili non autosufficienti.

La riprogrammazione degli appuntamenti/visite annullati deve avvenire a cura della Struttura sanitaria, attraverso anche il CUP Unico Regionale, richiedendo ai cittadini di non recarsi autonomamente agli sportelli dei CUP Unico Regionale per evitare assembramenti.

Il riavvio delle predette attività in ogni caso deve essere subordinato al rispetto di tutte le misure di prevenzione e contenimento della diffusione del virus COVID-19, definite a livello nazionale e regionale, con particolare attenzione all'impiego dei dispositivi di protezione individuale, al rispetto del distanziamento sociale ecc. a garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori, e, più in generale, a garanzia della salute collettiva.

Ogni Azienda Sanitaria deve prevedere l'accesso a percorsi definiti e differenziati per i pazienti in funzione della certezza o della probabilità di essere COVID positivi. Per l'accesso alle prestazioni devono essere applicate al cittadino le misure di screening e prevenzione aziendale previste da normativa nazionale e regionale.

A titolo indicativo si raccomanda che:

- l'accesso alla sala di attesa sia regolato e consentito limitatamente alle persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili,
- il numero dei posti a sedere e delle persone presenti dovrà essere commisurato alle caratteristiche dell'area di attesa,
- gli appuntamenti devono essere adeguatamente distanziati e distribuiti nell'arco dell'intera giornata, nel caso di utenti particolarmente fragili e suscettibili all'infezione COVID 19 e alle sue complicazioni si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi, orari modalità organizzative dedicate.

Si chiede alle ASL nell'ambito delle attività di vigilanza e controllo di effettuare delle verifiche in loco finalizzate a verificare il rispetto delle misure di prevenzione e contenimento della diffusione del virus COVID-19.

9. CONTENUTI SPECIFICI DELL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO DI RECUPERO LISTE DI ATTESA PER L'ANNO 2022

Il quadro di riferimento soggiace alle disposizioni normative nazionali e regionali in materia ed, in specifico, al D.L. 14 agosto 2020, n. 104, convertito con modificazioni dalla Legge 126/2020 al DL n. 73 del 25 maggio 2021, convertito con modificazioni dalla Legge 106/2021, ed all'art. 1-commi 276-279 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (Finanziaria 2022).

In relazione alle nuove misure da intraprendere nel corso del 2022, per ciascuna delle tre categorie di prestazioni individuate come prioritarie, i Piani di recupero a livello regionale e aziendale contengono:

- interventi posti in essere e risultati raggiunti;

- l'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1 gennaio 2022;

- la programmazione e l'implementazione per fasi temporali;

- la programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali;

- la descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate;

-il cronoprogramma delle fasi del piano di recupero,

- le schede sintetiche, compilate in coerenza con i contenuti descrittivi del Piano per la parte di competenza delle Regioni/PA.

Interventi posti in essere e risultati raggiunti

La già citata D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980, titolata "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2", oltre ad approvare il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, ha previsto specificamente di:

"[...] ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del DL 14 agosto 2020, n. 104, in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo decreto [...]", dettagliando le risorse da assegnare per il recupero delle prestazioni di ricovero per DRG tipo C e tipo M, nonché le risorse da assegnare per il recupero delle prestazioni ambulatoriali, di cui una parte da destinarsi all'incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna.

- la Direzione Sanità e Welfare ha provveduto ad inviare al Ministero, con nota prot. n. 28568 del 11 settembre 2020, il Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, predisposto in ottemperanza al disposto del D.L. 14 agosto 2020, n. 104.

- Il Piano suddetto contiene la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse.

Il cronoprogramma attuativo del Piano ha previsto:

- redazione del Piano regionale e trasmissione al Ministero: entro il 14 settembre 2020;

- trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;

- redazione del Piani di Area/aziendali e trasmissione all'Assessorato: entro quindici giorni dalla notifica dello stesso da parte dell'Assessorato;

- implementazione dei Piani: dal primo di ottobre 2020;

- valutazione di processo e di risultato e messa in atto delle azioni preventive e correttive: dal primo di ottobre 2020;

Le Aziende Sanitarie regionali, sulla base delle indicazioni fornite dalla Direzione Sanità e Welfare, hanno quindi provveduto, nel settembre 2020, a definire i propri Piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa, che sono stati supervisionati dalla Direzione Sanità e Welfare stessa.

Le ondate epidemiche che si sono succedute a livello nazionale e regionale con i picchi nei mesi di novembre 2020 e marzo 2021 e la necessità di osservare le specifiche diposizioni di carattere igienico sanitario, non hanno permesso di dare piena applicazione ai piani; sono state comunque salvaguardate le attività urgenti ed indifferibili per gli interventi, le visite e le prestazioni.

Successivamente, a seguito della nota della Direzione Sanità e del Dipartimento Interaziendale Malattie ed Emergenze Infettive (prot. DIRMEI 0126147/2021 del 09.04.2021) avente per oggetto "Ripristino delle attività ordinarie e attività di screening. Pianificazione del recupero delle liste di attesa. Programmi operativi di cui all'art. 1 del DL 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni della Legge 24 aprile 2020 n, 27. Richiesta aggiornamento piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa", le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un nuovo aggiornamento dei propri Piani operativi.

Sono stati quindi convocati ed effettuati, in modalità videoconferenza, specifici incontri di monitoraggio e approfondimento con le Direzioni ed i referenti dei tempi della Aziende Sanitarie nelle seguenti date: 20 aprile 2021, 21 aprile 2021, 10 maggio 2021, 21 giugno 2021 (con riferimento allo sviluppo dei piani per il recupero dei tempi di attesa, l'organizzazione delle agende, il CUP Unico Regionale).

In data 18 giugno 2021 è stato quindi siglato l'accordo tra la Direzione Sanità e Welfare e gli erogatori privati sulle regole per l'anno 2021, che prevede la destinazione dell'importo massimo di circa 7 Milioni di euro per l'anno 2021 (ai sensi dell'art. 26 commi 2 e 3 del D.L. 73/2021), al fine del recupero di ricoveri e prestazioni ambulatoriali e relative liste di attesa.

A seguito dell'Accordo di cui al paragrafo precedente, è stata trasmessa alla Aziende Sanitarie la nota prot. 23698 del 29.06.2021 "Ulteriori precisazioni relative al recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. Trasmissione aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa".

In specifico, in applicazione del comma 2 del citato art. 26 del DL 73/2021, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, nella contrattazione con gli erogatori privati si è ritenuto di destinare il differenziale non liquidato (circa 7 milioni di euro) per le finalità di cui al disposto della normativa nazionale e regionale in merito (e nello specifico: recupero di prestazioni di ricovero e di specialistica oggetto di monitoraggio ai sensi della citata DGR n. 2-1980/2020, di altre prestazioni di cui si verifichi, congiuntamente ai MMG, un incremento della necessità in conseguenza del Covid o a progetti di cure domiciliari e di telemedicina), da riassegnare alle Aziende Sanitarie in base al numero dei residenti, a seguito di stipula di apposite convenzioni, utilizzando, ai fini della rendicontazione, agende dedicate del CUP Unico Regionale, o una codifica specifica per i ricoveri.

Gli Uffici competenti della Direzione Sanità e Welfare hanno successivamente avviato l'espletamento dell'istruttoria relativa al rendiconto delle spese sostenute da parte delle Aziende Sanitarie regionali, nell'ambito del periodico monitoraggio sulle attività inerenti all'attuazione del Piano regionale di Governo dei Tempi di Attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, di cui alla D.G.R. n. 110-9017 del 16.05.2019, con specifico riferimento agli importi di cui al D.L. 104/2020 e sulla base del disposto della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980.

Con la successiva nota prot. 23698 del 29.06.2021 "Ulteriori precisazioni relative al recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. Trasmissione aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa", la Direzione Sanità e Welfare, in coerenza con le nuove indicazioni nazionali, ha pertanto provveduto ad effettuare l'aggiornamento del "Piano operativo regionale" e a trasmetterlo alle Aziende nella versione del 20 giugno 2021, richiedendo ad ogni Azienda Sanitaria Regionale, alla data del 7 luglio 2021, di:

- riaggiornare il proprio Piano operativo aziendale per il recupero dei tempi di attesa, alla luce nelle nuove indicazioni e dell'aggiornamento del Piano regionale;

- predisporre sintetica relazione sulle azioni attualmente in essere per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale e per il recupero delle prestazioni di screening oncologici.

I piani delle Aziende sanitarie sono stati valutati dalla Direzione Sanità e , dando riscontro alle Aziende medesime delle principali criticità in funzione della loro ottimizzazione.

Il 14 luglio e il 21 luglio sono stati effettuati ulteriori incontri di monitoraggio con le Aziende Sanitarie a seguito dei quali è stato aggiornato ulteriormente il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.

Con la nota prot. 24014 del 01.07.2021 della Direzione Sanità, avente per oggetto "Accordo concernente le regole per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati per l'annualità 2021" le ASL, in attuazione dell'art. 26 commi 2 e 3 del D.L. 25.05.2021 n. 73, le Aziende Sanitarie sono state quindi invitate ad avviare i rapporti convenzionali necessari, anche per conto delle Aziende Ospedaliere, al fine del recupero delle liste di attesa di ricoveri e prestazioni ambulatoriali, nonché per far fronte alle maggiori esigenze di cura derivanti dalla necessità di gestire un maggior numero di patologie conseguenti al Covid.

Con la nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 26767 del 22.07.2021 avente per oggetto "Visite e prestazioni: indicazioni per il ripristino ed il recupero delle liste di attesa", sono state definite le modalità di prenotazione e disponibilità delle agende del sistema CUP Unico Regionale e di realizzazione di percorsi aziendali volti alla tutela del diritto alle prestazioni".

Nella seduta della Giunta del 23.07.2021 è stata data comunicazione, da parte dell'Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza e Edilizia Sanitaria, della situazione relativa al recupero dei tempi di attesa e all'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.

Con la nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 27045 del 26.07.2021, avente per oggetto "Trasmissione aggiornamento piano regionale di recupero liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e screening oncologici e richiesta adeguamento piani aziendali", è stato trasmesso un ulteriore aggiornamento del Piano, a seguito della quale le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un successivo aggiornamento del piano locale per il recupero delle liste di attesa.

In attuazione del disposto della deliberazione sopra citata, con note della Direzione Sanità e Welfare, sono stati convocati gli incontri con le Direzioni Aziendali ed i referenti dei tempi di attesa, svoltisi in presenza nei giorni 30 agosto, 6 settembre, 12 ottobre, 9 novembre e 7 dicembre 2021.

Durante gli incontri suddetti, sono state discussi e monitorati i tempi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici; sono state altresì affrontate le criticità, ai fini della loro soluzione, nonché le modalità prescrittive ed erogative delle singole Aziende.

In particolare, il monitoraggio effettuato dalla Direzione Sanità e Welfare ha riguardato tutte le voci di attività dell'ambito di cui trattasi, sulla base dello schema, predisposto dalla Direzione sanità e Welfare stessa e compilato mensilmente dalle Aziende Sanitarie regionali.

Peraltro si sottolinea che le risorse di cui al comma 278 dell'art. 1 della legge di Bilancio 2022 devono essere finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della

pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero. L'attività ordinaria va sostenuta con il finanziamento ordinario del SSN.

Ferma restando l'attività garantita dalla emergenza urgenza e dai percorsi delle patologie complesse tempo dipendenti (cardiovascolare, ictus, trauma), è individuato quale criterio clinico prioritario il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.

I Piani operativi per il recupero a livello regionale e aziendale definiscono le modalità organizzative individuate dalla Regione per colmare il gap assistenziale causato dalla pandemia da COVID-19 per le tre categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

1) ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero);

2) prestazioni afferenti alle campagne di screening oncologico (inviti e prestazioni diagnostico terapeutiche);

3) prestazioni ambulatoriali (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali).

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: ricoveri ospedalieri

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute con note prot. n. 1356 del 21.01.2021 e prot. n. 1525 del 24.01.2022, contenute nelle schede tecniche allegate alle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", per la stesura dei Piani regionali per il recupero delle liste di attesa, previsti dalla Legge di Bilancio 2022, all'art. 1, commi 276-279, al 1 gennaio 2022 (Allegato 1).

Per la stima delle prestazioni di ricovero chirurgico da recuperare nell'arco dell'anno 2022 deve essere utilizzata la classificazione proposta nella Tab. 2 e nell'Allegato 1 alle suddette linee guida, basata su criteri di complessità della casistica DRG (Allegato 4 Dettaglio Interventi per Classe):

- Classe 1: Chirurgia oncologica e interventi maggiori;

- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo;

- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità. Ciascuna di queste categorie sarà poi stratificata in base alla classificazione di priorità attribuita ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Si rappresenta che per una corretta definizione del piano di recupero è necessario prevedere la rivalutazione delle classi di priorità di accesso al ricovero dei pazienti già da tempo inseriti in lista di attesa.

È necessario programmare prioritariamente il recupero delle liste di attesa di tutti gli interventi relativi a patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori, inclusi nella classe 1. Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 2 del DL 104/2020.

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: prestazioni di screening oncologico

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche sopra citate al 1 gennaio 2022 (Allegato 2).

La stima del volume di prestazioni da recuperare nell'arco dell'anno 2022 potrà essere verificata calcolando i seguenti indicatori, sulla scorta dei dati inseriti nei flussi informativi delle campagne di screening oncologico attive a livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, mammella e colon-retto).

- differenziale 2019-2020 inviti spediti per ciascuna delle 3 campagne di screening oncologico (per coorte);

- differenziale 2019-2020 test eseguiti per ciascuna delle 3 campagne di screening oncologico. 11 Per una corretta ed attendibile valutazione del volume di prestazioni da recuperare risulta in ogni caso imprescindibile fare riferimento agli elenchi della popolazione eleggibile per singolo programma di screening, nonché i criteri di inclusione adottati (residenza, domicilio, assistiti) e

quelli di esclusione, nonché alle azioni di recall da effettuarsi. Si prevede di accordare particolare attenzione alla realizzazione di campagne di comunicazione e sensibilizzazione rispetto al tema screening/prevenzione, valorizzando e coinvolgendo le organizzazioni di cittadini e di pazienti al fine di garantire la massima risposta. Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 3 del Dl 104/2020.

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: prestazioni ambulatoriali

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche sopra citate al 1 gennaio 2022 (Allegato 3).

Per ogni tipo di prestazione indicata nella scheda sintetica relativa alle prestazioni ambulatoriali (Allegato 3), la quantificazione del fabbisogno deve essere effettuata sulla base delle liste di attesa presenti nei sistemi CUP al 1 gennaio 2022, tenuto contro dei seguenti criteri:

- riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche;

- riprogrammare le visite di controllo delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, le visite di controllo delle persone con patologie rare e con patologie afferenti alla salute mentale (anche in ambito pediatrico)1 ;

- programmare il recupero delle prestazioni inserite nel PNGLA 2019-2021 in base ai risultati dei monitoraggi trimestrali ex ante per classi di priorità.

Si prevede di potenziare l'attività di Telemedicina per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 27/10/2021 "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".

Si prevede, inoltre, che l'acquisto delle prestazioni da privato accreditato sia vincolato all'esecuzione di pacchetti autoconclusivi di esami di I e II livello, ove previsti, in modo da garantire la conclusione della fase diagnostica.

Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 3 del Dl 104/2020.

Programmazione e implementazione per fasi temporali

La prima fase dovrà riguardare prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori.

Programmazione delle attività di recupero

La programmazione delle attività di recupero avviene nei tre livelli assistenziali (prevenzione, ricoveri, specialistica) secondo criteri di priorità applicati trasversalmente nelle tre linee in base alle specifiche necessità locali (esempio: interventi oncologici; screening; follow up).

Descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate

Le modalità organizzative sono individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni, con indicazione dei volumi e delle percentuali di recupero che devono raggiungere attraverso le singole linee organizzative e della quota di finanziamento attribuita a ciascuna di esse.

Cronoprogramma delle fasi del piano di recupero

Il cronoprogramma dovrà essere concluso entro l'anno 2022 e modulato o rimodulato tenendo conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero.

Schede sintetiche

Le schede sintetiche dovranno essere compilate in coerenza con i contenuti descritti nel Piano a livello regionale ed aziendale.

10. PIANI OPERATIVI AZIENDALI E DI AREA

I piani operativi aziendali riprendono le indicazioni in precedenza evidenziate e sono da sviluppare con i seguenti punti:

Le Aree Omogenee di Programmazione/Aziende Sanitarie del SSR sono tenute quindi ad aggiornare il Piano operativo di area/aziendali per il recupero delle liste di attesa secondo modalità e tempi definiti dalla Direzione Sanità e Welfare, specificando il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni e la destinazione delle risorse per disciplina/branca nell'anno 2022, le azioni e il relativo tempi come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri (dimissioni) erogate nel corso dell'anno 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019.
- incremento del numero di prestazioni di screening oncologici, a copertura della popolazione target.

A seguito delle istanze presentate dalle AASSRR, nel corso degli incontri svoltisi nei giorni 14 luglio e 20 luglio 2021, si è confermato il recupero in via prioritaria dei ricoveri in classe A e B e di ricomprendere in subordine anche quelli di Classe C, ad integrazione di quanto previsto dalle disposizioni nazionali ed al fine di consentire una più fattiva risposta ai bisogni sanitari degli utenti ed organizzazione dell'offerta assistenziale.

I Piani operativi di Area/aziendali per il recupero delle liste di attesa saranno da strutturare in linea generale con i seguenti punti:

- interventi posti in essere e risultati raggiunti;

- analisi della situazione e del fabbisogno di prestazioni da recuperare (ambulatoriali, screening ricoveri) a livello di Area e di Azienda Sanitaria e principali criticità;

- obiettivi di recupero (ambulatoriali, screening ricoveri);

- programmazione dell'attività di recupero per fasi temporali;

- modalità organizzative (programmi di prestazioni aggiuntive, assunzione/riallocazione di personale, incremento monte ore specialistica convenzionata interna, committenza a privato accreditato, telemedicina ecc.)

- cronoprogramma delle fasi del piano di recupero;

- schede sintetiche;

- indicatori per la valutazione di processo e di risultato.

Indicatori interventi chirurgici

- tempo medio di attesa per classe di complessità e priorità

- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato

- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Indicatori screening

- numero di inviti inviati rispetto al fabbisogno stimato

- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato

- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- numero soggetti esaminati rispetto la fabbisogno stimato

- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Indicatori prestazioni

- tempo medio di attesa per classe di complessità e priorità

- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato

- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato

- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Il prospetto indicativo da compilarsi a cura delle AA.SS.RR

BRANCA	INTERVENTI PRESTAZIONI	Q.TÀ NECESSARIA FABBISOGNO	Q.TÀ PROGRAMMATA	Q.TÀ EROGATA

Le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e l'attività erogata sono oggetto di specifica rendicontazione, con espresso richiamo al programma di recupero.

La Direzione regionale Sanità e Welfare adotterà i successivi atti per la definizione degli ulteriori indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio sul rispetto dei progetti di area/aziendali nonché sulla adozione, a livello aziendale, delle strategie e azioni attuate per il governo della domanda/bisogno e dell'offerta rispetto a interventi, visite, prestazioni.

11. TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE

La tempistica di realizzazione del Piano operativo di recupero delle liste di attesa a livello regionale e aziendale per l'anno 2022 è articolato per fasi temporali; la prima fase riguarda prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori, tenuto conto che tutte le prestazioni in ambito oncologico sono già inserite in percorsi protetti, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e che gli interventi legati a patologie maggiori sono altrettanto inserite in percorsi protetti ed erogati secondo la classe di priorità.

- redazione del Piano operativo regionale: aggiornamento periodico;

- trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;

- redazione del Piani di Aziendali e trasmissione all'Assessorato: secondo modalità e tempistiche definite dalla Direzione Sanità;

- implementazione dei Piani: continuativa e sistematica;

- valutazione di processo e di risultato e messa in atto delle azioni preventive e correttive: continuativa e sistematica;

- monitoraggio volumi di prestazioni erogate: trimestrale

12. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

La realizzazione dei suddetti Piani Operativi aziendali, anche da realizzarsi nell'ambito delle Aree Omogenee di Programmazione, coerentemente con le disposizioni della normativa regionale già vigente in materia di contenimento delle liste di attesa, con il raggiungimento delle finalità sopra illustrate è oggetto di specifico monitoraggio regionale ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Sul versante del monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è inoltre necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie pongano in atto strumenti e meccanismi in grado di fornire informazioni per analizzare costantemente la situazione a mettere in atto le azioni di miglioramento.

Le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate con due modalità:

- ex ante, la Regione Piemonte estrarrà i tempi di attesa attraverso il Cup Unico Regionale con le seguenti regole: agende pubbliche, almeno 3 prestazioni disponibili. In tal modo si supera la rilevazione attuale del giorno indice, attualmente a carico delle aziende, trasformandola in un'attestazione delle ASSR di quanto ricevuto dalla Regione;

- ex post, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP Unico Regionale e devono essere suddivise per Classi di priorità.

La gestione delle Agende deve essere improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna Classe di priorità.

Per la rilevazione dei tempi di attesa e la corretta gestione delle liste di attesa, vengono confermati i seguenti monitoraggi:

- monitoraggio delle agende "pubbliche";
- monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio ex post delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in specifiche aree cliniche;
- monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (per conto e a carico dell'utente) in libera professione intramuraria ed intramuraria allargata, effettuata attraverso il portale di Agenas (http://alpi.agenas.it), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
- monitoraggio della presenza sui siti Web di Regioni e Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
- monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP Unico Regionale.

Le azioni del Piano sono soggette a rendicontazione periodica almeno trimestrale.

Altresì, in base alle indicazioni della nota del Ministero della Salute prot. n. 1356 del 21.01.2021, di invio delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", in cui sono definite le indicazioni per l'aggiornamento dei Piani regionali, si rappresenta che il monitoraggio della realizzazione dei Piani di recupero delle prestazioni verrà effettuato, secondo le modalità e la tempistica indicate nelle schede tecniche allegate alle linee di indirizzo stesse (Allegati 1, 2 ,3).

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero saranno valutati i seguenti criteri:

- tempo medio d'attesa per classe di complessità e di priorità;

- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;

- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa. Il Piano di recupero delle prestazioni di screening sarà monitorato attraverso i seguenti criteri:

- numero di inviti spediti rispetto al fabbisogno stimato;

- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;

-numero soggetti esaminati rispetto al fabbisogno stimato;

-spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa. Il monitoraggio del recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale avverrà attraverso l'esame dei seguenti indicatori/criteri:

-volume per tipo di prestazione recuperate nel periodo;

-volume di prestazioni erogate in regime di telemedicina, per tipo di prestazione; ⏲ spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa

13. SINTESI DELLE AZIONI

Nella tabella che segue viene presentata la sintesi delle azioni.

NUM. SCHEDA PROCEDURALE: 1
AREA: SISTEMA
OBIETTIVO GENERALE: PIANIFICARE ED ATTIVARE IL PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA
AZIONE OPERATIVA: MESSA IN ATTO DELLE AZIONI DEL PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA
Campo di applicazione: Assessorato alla Sanità Direzione Sanità e Welfare Aziende Sanitarie
Riferimenti normativi/bibliografici: - DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. -- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017", alla quale comunque si rimanda per gli aspetti specifici; - DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980 Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2. - D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, è stata costituita la Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei

Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017

- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980";

- L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

- Prot. DIRMEI 0126147/2021 del 09.04.2021) avente per oggetto "Ripristino delle attività ordinarie e attività di screening. Pianificazione del recupero delle liste di attesa. Programmi operativi di cui all'art. 1 del DL 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni della Legge 24 aprile 2020 n, 27. Richiesta aggiornamento piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa", le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un nuovo aggiornamento dei propri Piani operativi.

- DL 25 maggio 2021 , n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" *Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse*

- Accordo con gli erogatori privati sulle regole per l'annualità 2021. 18 giugno 2021

- Nota prot. 23698 del 29.06.2021. Ulteriori precisazioni relative al recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. Trasmissione aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa

- Nota della Direzione Sanità prot. 24014 del 01.07.2021 della Direzione Sanità "Accordo concernente le regole per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati per l'annualità 2021"

- Nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 26767 del 22.07.2021 "Visite e prestazioni: indicazioni per il ripristino ed il recupero delle liste di attesa", sono state definite le modalità di prenotazione e disponibilità delle agende del sistema CUP e di realizzazione di percorsi aziendali volti alla tutela del diritto alle prestazioni".

- Nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 27045 del 26.07.2021 "Trasmissione aggiornamento piano regionale di recupero liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e screening oncologici e richiesta adeguamento piani aziendali"

- nota prot. n. 1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 di invio del documento "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", per la stesura dei Piani regionali per il recupero delle liste di attesa, previsti dalla Legge di Bilancio 2022, all'art. 1, commi 276-279

	Svolgimento delle attività: azioni specifiche	**Coordinamento**	**Strutture operative**	**Indicatore**	**Standard**	**Tempi (anno 2021, in relazione alle specifiche azioni)**	**Evidenza**	**Valutazione** si parz. no
1.	Aggiornamento periodico del piano operativo regionale	Assessorato alla Sanità	Direzione Sanità e Welfare	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo	
2.	Aggiornamento periodico del piano operativo aziendale	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Secondo modalità e tempi definiti	Documento descrittivo	
3.	Istituzione della "Unità di Gestione e	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo:	

	Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa" e relativo coordinatore						atto di costituzione	
4.	Rendicontazione periodica dell'attuazione delle azioni del Piano aziendale	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Trimestrale e a richiesta	Documento descrittivo:	
5.	Informazione agli utenti su modalità di prenotazione, accesso ecc.	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo: sito aziendale, carta dei servizi ecc,	
6.	Informazione sui tempi di attesa per visite, prestazioni e interventi	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Report mensile sul sito aziendale	
7.	Analisi di appropriatezza con i prescrittori con indicatori e su applicazione sistema RAO	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Audit e feedback con i prescrittori	
8.	Profilazione numero idoneo di agende pubbliche	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. agende pubbliche su num. agende totali	100% prime visite; 75% diagnostica		Report mensile	
9.	Adozione delle agende di garanzia	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. agende di garanzia	Empirico:		Report mensile	
10,.	Erogazione numero idoneo di visite e prestazioni e screening con le risorse interne, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
11.	Erogazione numero idoneo di interventi con le risorse interne, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	

12.	Erogazione numero idoneo di visite e prestazioni con le strutture private accreditate , in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
13.	Erogazione numero idoneo di interventi con le strutture private accreditate, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. interventi erogati Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
14.	Utilizzo risorse in euro secondo normativa vigente	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
15.	Erogazione numero visite, prestazioni, screening e interventi secondo normativa vigente	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. visite, prestazioni, screening e interventi erogati	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
16.	Sviluppo della telemedicina	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Numero di prestazioni erogate in telemedicina	Empirico		Report mensile/ trimestrale	
17.	Rilevazione ex ante tempi di attesa per codici di priorità per visite, prestazioni e interventi	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Tempi attesa per codice di priorità	Secondo piano Regionale per codice di priorità		Report mensile/ trimestrale	
18.	Rilevazione ex post numero visite, prestazioni e interventi erogati	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. per codice di priorità	Empirico, per codice di priorità		Report mensile/ trimestrale	
19.	Rilevazione ex post tempi attesa visite, prestazioni e interventi erogati	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Tempi attesa per codice di priorità	Secondo piano Regionale per codice di priorità		Report mensile/ trimestrale	

13. RIFERIMENTI ESSENZIALI

- DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087. Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali

- DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519. Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)

- DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale

- DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"

- DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.

- DGR 14 Giugno 2018, n. 27-7048. Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31.12.2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015

- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017";

- DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa.

- DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980. "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2".

- D.G.R. n. 14-2889 del 19.02.2021, "Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'annualita' 2020. Proroga regole in via transitoria per l'anno 2021. Valorizzazione economica delle eccedenze di prestazioni sanitarie realizzate per residenti in altre regioni negli anni 2017-2018";

- DL 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse

- D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, è stata costituita la Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.

- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980";

- L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

20-	Audit interno della "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa"	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Mensile e a richiesta	Documento descrittivo	

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 ambulatoriali 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;

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

- 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:

- 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.

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 puntali 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.

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.

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".

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 recepisse 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;

- 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.

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			
Flag Ricovero Urgente	Medico	Chirurgico	Totale	% variazione totale 2019
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			
Flag Ricovero Urgente	Medico	Chirurgico	Totale	
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 20219-2021 (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.

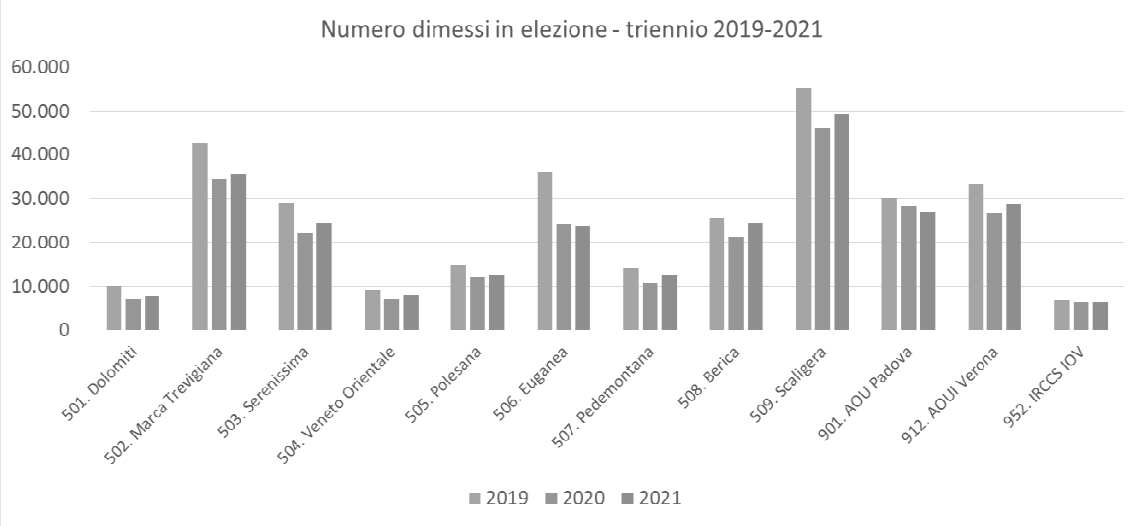

Fig. 1. Numero dimessi in elezione - triennio 2019-2021

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 20219-2021

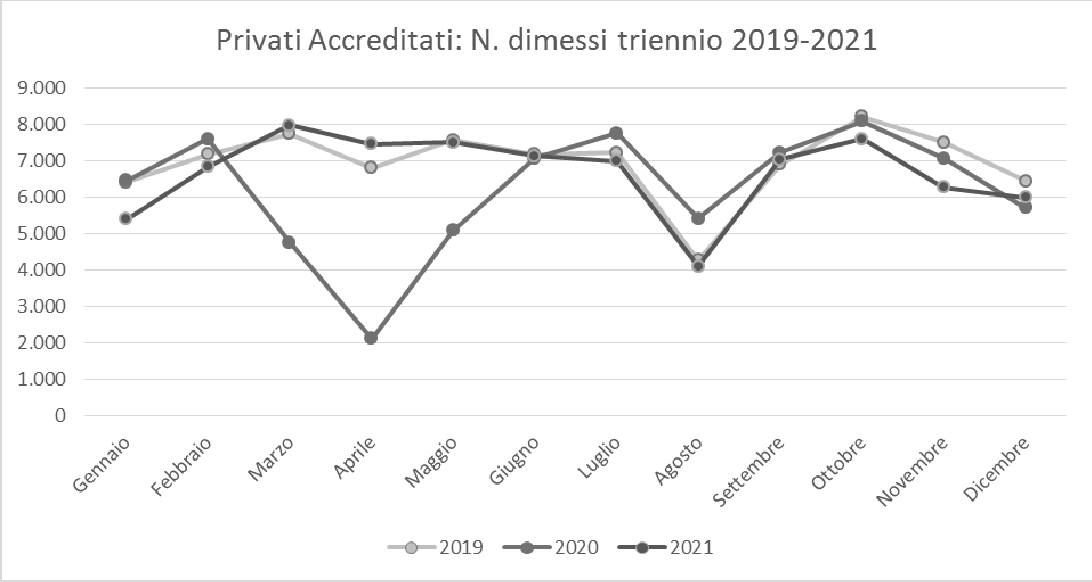

Fig. 2. Privati Accreditati: n. dimessi triennio 2019-2021

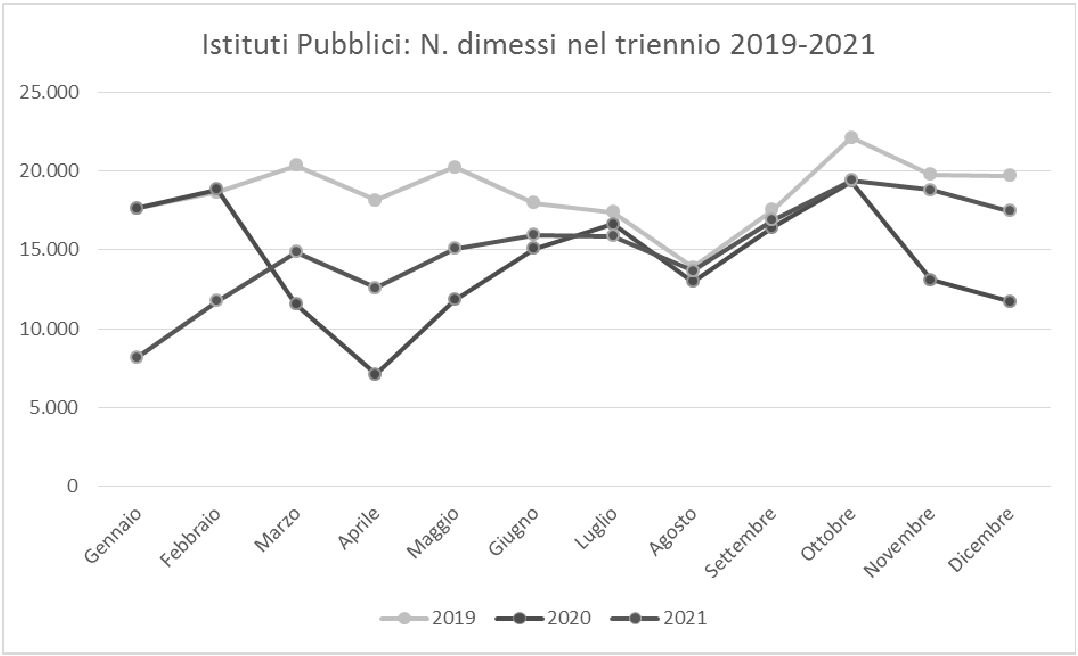

Fig. 3. Istituti Pubblici: n. dimessi triennio 2019-2021

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 (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	Totale	Variazione % 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 (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	Totale	Variazione % 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

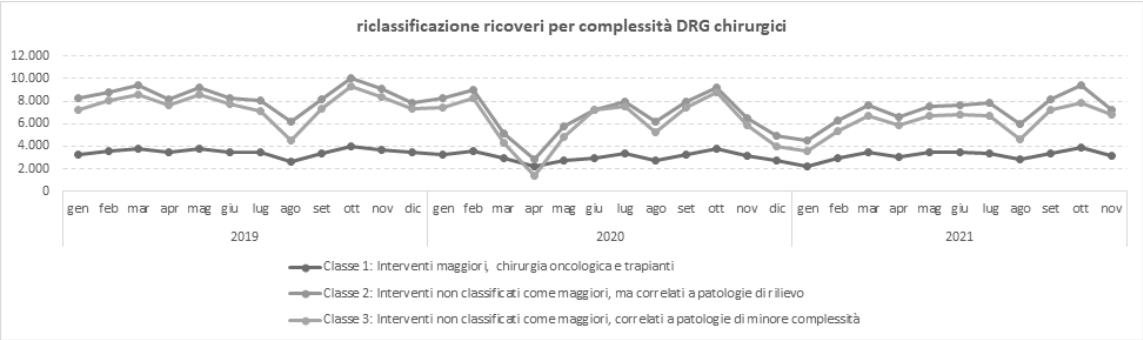

Fig. 4: Riclassificazione dei ricoveri per complessità DRG chirurgici

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					
CRITERI DI PRIORITA'	A (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	totale
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					
CRITERI DI PRIORITA'	A (≤30gg)	B (≤60gg)	C (≤90gg)	D (≤180gg)	E (≤365gg)	totale
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.

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		
N. prestazioni/ mese	2019	2020	2021	2019	2020	2021
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

	Δ 2020/2019		Δ 2021/2019	
Rapporto SSN Struttura Erogante	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

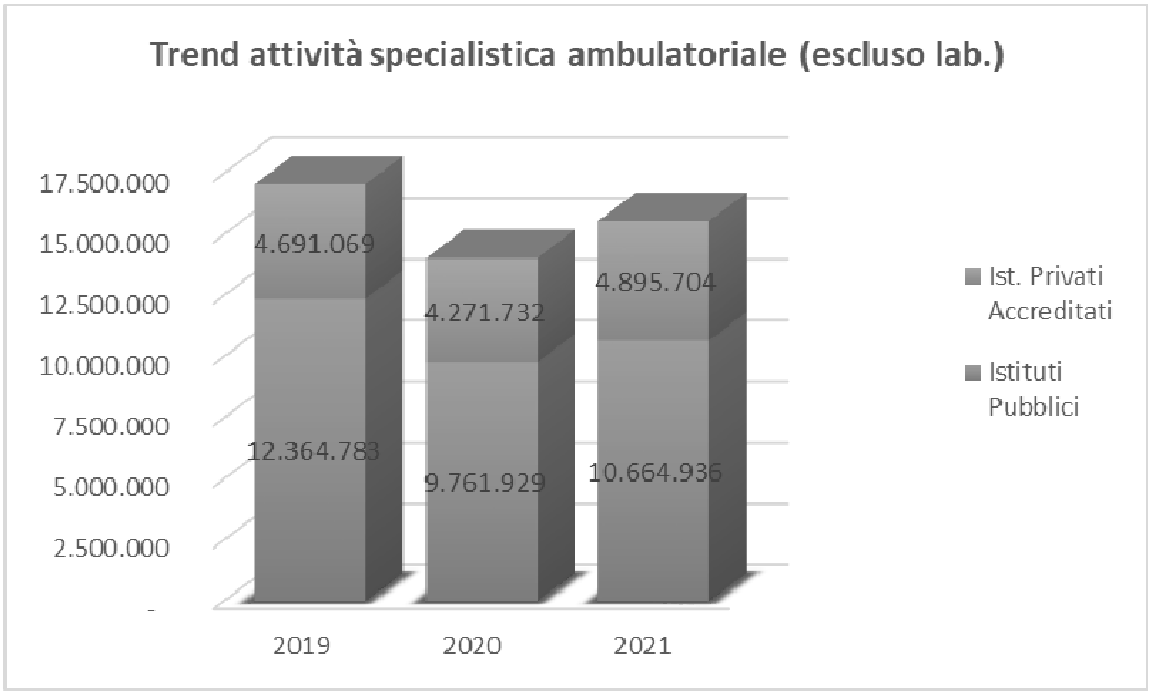

Fig.5: trend attività specialistica ambulatoriale (escluso laboratori)

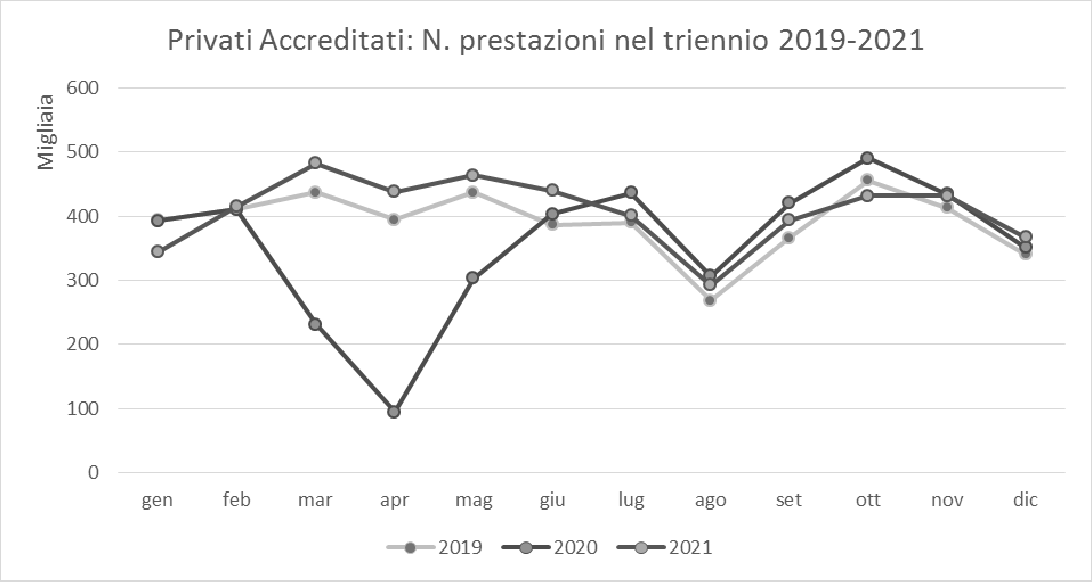

Fig.6: Privati Accreditati: n. prestazioni nel triennio 2019-2021

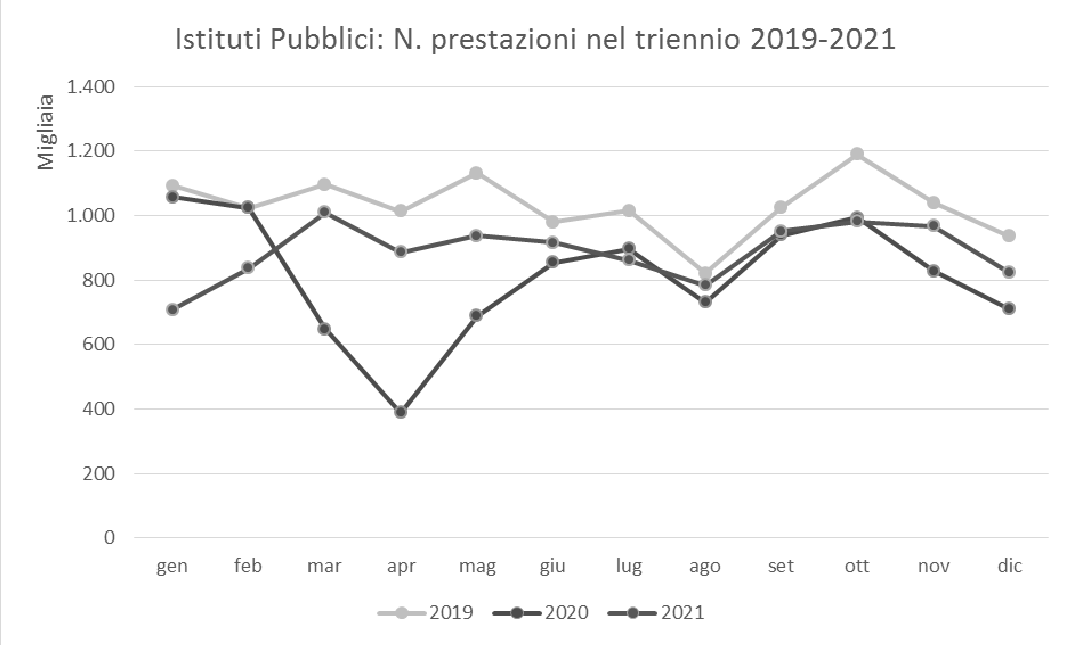

Fig.7: Istituti Pubblici: n. prestazioni nel triennio 2019-2021

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 2019/2021 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 PRETAZIONI 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	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 ottobre 2021	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 30 novembre 2021	Delta %	NUMERO PRESTAZIONI AMBULATORIALI da recuperare al 30 Aprile 2021 non eseguite al 31 dicembre 2021	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. AOUI 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

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 STIMATA 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.

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).

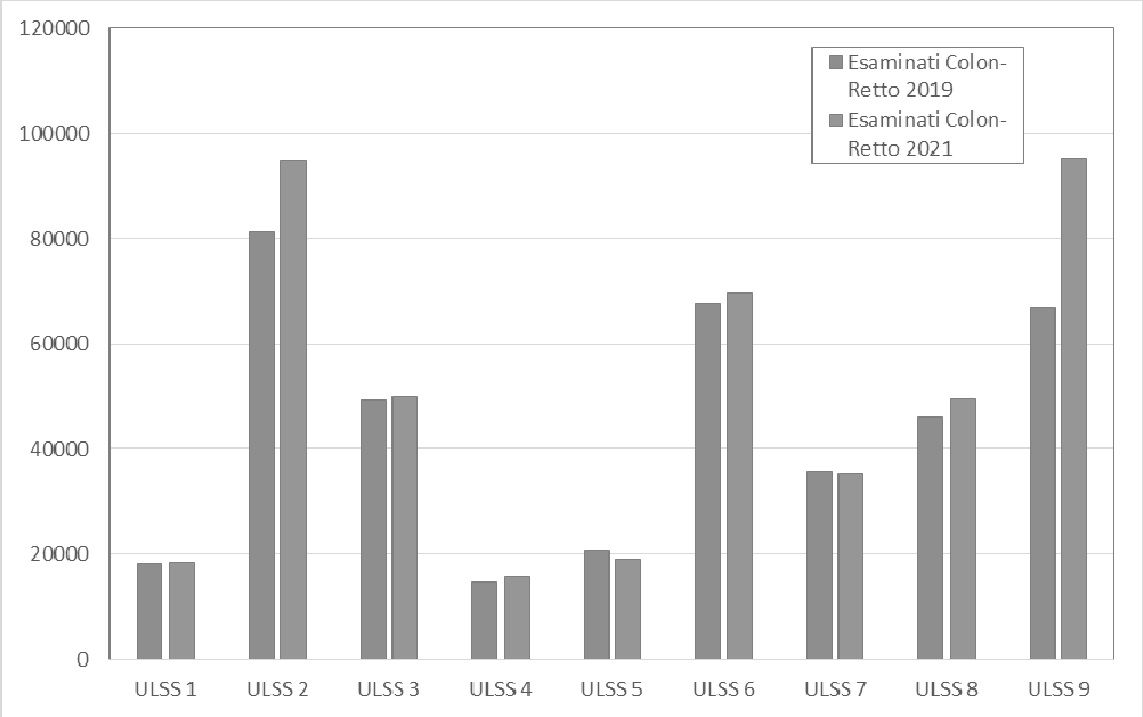

Fig. 8: Volumi di soggetti esaminati allo screening del colon-retto (test di primo livello), per ULSS, confronto tra il 2019 e il 2021

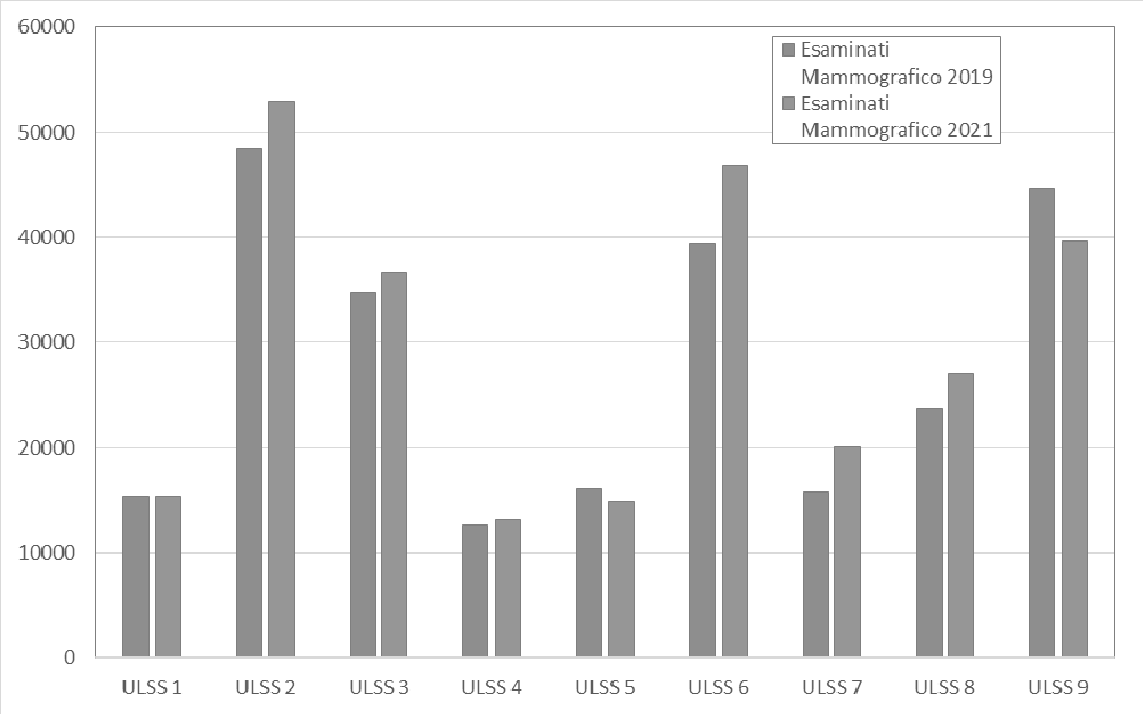

Fig. 9: Volumi di soggetti esaminati allo screening della mammella (test di primo livello), per ULSS, anni 2019 e 2021

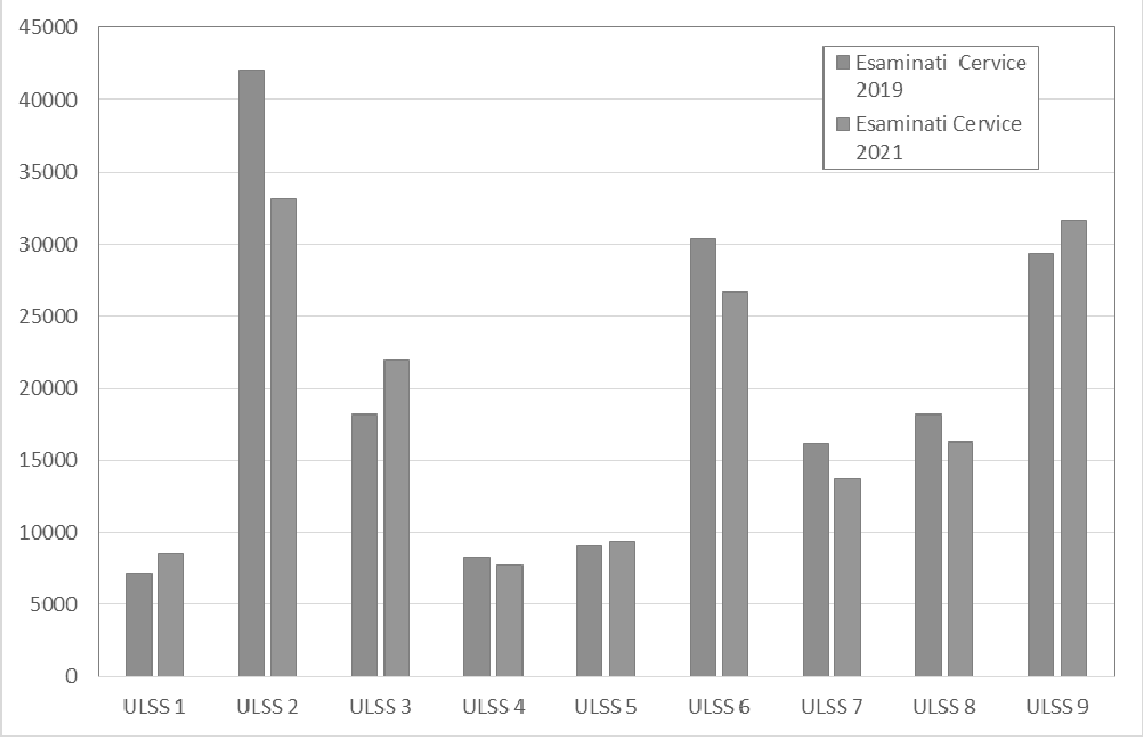

Fig. 10: Volumi di soggetti esaminati allo screening della cervice uterina (test di primo livello), per ULSS, anni 2019 e 2021

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 predispongo 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.

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 galleggiamenti), 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).

Supplemento ordinario n. 2 al «Bollettino Ufficiale» - *Serie Generale - n. 19 del 27 aprile 2022*

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA

Regione Umbria

SERIE GENERALE **PERUGIA - 27 aprile 2022**

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - P E R U G I A

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 aprile 2022, n. **347.**

Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa.

PARTE PRIMA

Sezione II

ATTI DELLA REGIONE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 aprile 2022, n. **347.**

Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **"Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa"** e la conseguente proposta dell'assessore Luca Coletto;

Preso atto:

a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal dirigente competente;

c) del parere favorevole del direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Richiamate le circolari del Ministero della Salute:

• n. 7422 del 16 marzo 2020, recante "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da CoVID-19";

• n. 7865 del 25 marzo 2020 recante "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza CoVID-19", con integrazioni e note regionali applicative;

Richiamati:

• il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale" (GU n. 108 del 27 aprile 2020), con cui sono state individuate le misure per il contenimento dell'emergenza CoVID-19 della cosiddetta "fase due";

• la circolare del Ministero della Salute 30 aprile 2020, n. 15279, avente ad oggetto "Emergenza CoVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2° di cui all'allegato 10 del D.P.C.M. 26 aprile 2020";

Dato atto che con D.G.R. n. 374 del 13 maggio 2020 sono state approvate le "linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2";

Richiamati:

• il D.L. 16 maggio 2020, n. 33 "Ulteriore misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da CoVID-19";

• il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17 maggio 2020;

• il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da CoVID-19";

Richiamata la circolare del Ministero della Salute n. 11408 dell'1 giugno 2020, avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19";

Richiamata la D.G.R. n. 467 del 10 giugno 2020 con cui sono state approvate le "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3";

Dato atto che con D.G.R. n. 711 del 5 agosto 2020 si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down";

Dato atto che con D.G.R. n. 469 del 20 maggio 2021 è stato approvato il "Piano Assistenza Ospedaliera - Dotazione posti letto e ripresa attività.";

Dato atto che con D.G.R. n. 647 del 7 luglio 2021 si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica";

Preso atto che con determina direttoriale n. 12406 del 3 dicembre 2021 in ossequio alla D.G.R. n. 647/2021 è stato costituito il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa cui compete anche la funzione dei paini di attività il cui Coordinatore è il dr. Camillo Giammartino;

Considerato che il monitoraggio effettuato a partire dalla ripresa delle attività sanitarie fino ad oggi, ha evidenziato che le Aziende Sanitarie hanno concluso il recupero delle prestazioni di screening mentre permane il recupero delle attività sospese per le attività di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri;

Tenuto conto che nella Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni e Province autonome devono rimodulare il Piano già adottato e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze;

Tenuto conto che con nota n. 0002700-04/02/2022-DGPROGS-MDS-P il Ministero della Salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria ha richiesto la trasmissione del Piano di recupero per le liste di attesa, rimodulato ai sensi della vigente normativa da trasmettere al Ministero della Salute entro e non oltre il 24 febbraio 2022 da redigere secondo le indicazioni delle Linee di indirizzo ministeriali;

Rilevato che il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa coordinato dal Dr. Camillo Giammartino ha provveduto a recepire ed assemblare i Piani di recupero elaborati dalle Aziende Sanitarie Regionali finalizzandoli alla elaborazione del Piano Operativo Regionale che è stato quindi trasmesso al Ministero tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n. 12 del 24 febbraio 2022;

Rilevato altresì che con nota prot. n. 0007545-DGPROGS-MDS-P del 4 aprile 2022 Il Ministero della Salute nel comunicare l'avvio del monitoraggio del piano di recupero delle liste di attesa trasmesso dalla Regione Umbria è risultato coerente con i criteri previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali n. 1525 del 24 gennaio 2022;

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale della presente deliberazione

1. di adottare il documento recante "Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa", già trasmesso al Ministero tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n. 12 del 24 febbraio 2022, che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2. di dare atto che con successivo atto verrà definita la ripartizione del fondo destinato alla gestione delle liste di attesa tra le Aziende Sanitarie Regionali;

3. di dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali di attuare quanto previsto nel documento di cui al precedente punto 1), con monitoraggio trimestrale delle prestazioni recuperate e la relazione sulle modalità di recupero delle stesse;

4. di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie regionali;

5. di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute;

6. di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* Regione Umbria;

7. di pubblicare il presente atto nel sito della Regione Umbria.

La Presidente
TESEI

(*su proposta dell'assessore Coletto*)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica**

Con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (pandemia COVID-19), successivamente prorogato fino al 31 luglio 2021. Per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, sono stati promulgati in materia numerosi atti a livello nazionale. A fronte del progredire dell'epidemia, anche a livello regionale, sono stati approvati alcuni provvedimenti per mettere in atto ogni procedura ritenuta necessaria a tutela e garanzia della salute pubblica, in coerenza alle direttive nazionali. In tale contesto si è resa necessaria pertanto anche una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e una trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie sia nell'assistenza ospedaliera che in quella territoriale, portando

anche a misure drastiche come la sospensione delle attività programmate differibili come disciplinato dalle Circolari del Ministero della Salute n. 2627 dell'1 marzo 2020, avente oggetto: *"Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza CoVID-19"*, n. 7422 del 16 marzo 2020, recante *Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da CoVID-19" e* n. 7865 del 25 marzo 2020, recante *"Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza CoVID-19",* con integrazioni e note regionali applicative.

Successivamente, pur permanendo la condizione emergenziale, si è resa necessaria una nuova fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, regolata dalle "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2" adottate con D.G.R. n. 374 del 13 maggio 2020". Tali linee guida erano improntate a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente differibili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario.

Con il D.L. 16 maggio 2020, n. 33 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazione all'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale.

La circolare del Ministero della Salute n. 11408 dell'1 giugno 2020, avente ad oggetto: *"Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19"* ha fornito indicazioni operative per la riattivazione in sicurezza dei servizi socio-sanitari ridotti o sospesi a causa dell'emergenza COVID-19 ed per il progressivo ripristino della totalità dei livelli essenziali di assistenza.

La Giunta regionale con D.G.R. n. 467 del 10 giugno 2020 ha perciò adottato le *"Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3"* con cui è stata prevista l'apertura graduale dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture garantendo che le prestazioni fossero effettuate in maniera appropriata ed in sicurezza oltre che in tempi progressivamente congrui, sia per le nuove richieste che per il recupero delle prestazioni ed attività sospese o ridotte nel periodo di lock down.

Successivamente, con D.G.R. n. 711 del 5 agosto 2020, a seguito dei risultati del monitoraggio effettuato a partire dalla ripresa delle attività, il quale aveva evidenziato alcune criticità per il recupero delle attività sospese, in particolare per le attività di specialistica ambulatoriale, di vaccinazione e di screening, si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down", dando mandato ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie regionali di adottare i provvedimenti e le azioni utili a dare attuazione a quanto contemplato nel documento regionale. I Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie regionali hanno trasmesso alla Regione i Piani aziendali per il recupero delle prestazioni sospese per ciascuna tipologia di prestazione, per i quali è stato effettuato un monitoraggio periodico da parte della Regione.

Le problematiche legate al recupero delle liste di attesa createsi nel periodo dell'emergenza Covid-19 sono state affrontate dal Governo nazionale con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126.

Sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 29, comma 1 del citato decreto, le regioni e gli enti del Servizio Sanitario nazionale potevano avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

A tale scopo, il decreto-legge n. 104 del 2020 prevedeva specifici stanziamenti, pari a 112,406 milioni di euro, destinati ai ricoveri ospedalieri, ed a circa 365,812 milioni di euro per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Come disposto, dall'art. 29 del decreto-legge sopra citato, l'accesso a tali risorse era conseguente all'invio da parte delle regioni di un Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Con D.G.R. n. 469 del 20 maggio 2021 è stato approvato il "Piano Assistenza Ospedaliera - Dotazione posti letto e ripresa attività." che ha definito la configurazione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera regionale e la ripresa delle attività, dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali di garantire la completa e immediata applicazione di quanto previsto nel Piano.

Nel decreto Sostegni bis, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, è stato riaffrontato il tema delle liste di attesa, prevedendo la proroga delle risorse già stanziate con il D.L. n. 104 fino al 31 dicembre 2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS- Cov-2. Per l'attuazione di tali finalità le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare le risorse non impiegate nell'anno 2020.

Con D.G.R. n. 647 del 7 luglio 2021 si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica".

Nella legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni e Province autonome devono rimodulare il Piano già adottato e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Ministero della salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni e Province Autonome, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato. Nel caso in cui il Ministero della salute valuti positivamente l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa, il finanziamento rientra nella disponibilità del servizio sanitario della regione o provincia autonoma.

Il 17 settembre 2021 è stato istituito, con decreto del Capo di Gabinetto, presso il Ministero della salute il "Gruppo di lavoro per l'analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2", con il compito di valutare le prestazioni sanitarie non erogate a causa dell'emergenza pandemica, ma potenzialmente recuperabili, di esaminare i Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa e di effettuare un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati regionali.

Per l'attuazione dei Piani di recupero a livello centrale è stata autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni, di cui un importo massimo di 150 milioni, eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, può essere utilizzato per coinvolgere le strutture private accreditate, 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.

Con determina direttoriale n. 12406 del 3 dicembre 2021 in ossequio alla D.G.R. n. 647/2021, è stato costituito il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa con le funzioni di: monitoraggio e analisi dei dati; analisi criticità organizzative e definizione piani di attività, coordinato per conto della Direzione Salute e welfare dal dott. Camillo Giammartino e questo proprio al fine di contribuire a garantire la piena attuazione del piano di recupero, nei tempi definiti,attraverso la definizione di strumenti e programmi di lavoro condivisi tra Regione, Aziende Sanitarie, Società in House,.

Il monitoraggio dell'attività di recupero ha evidenziato che le Aziende Sanitarie hanno concluso quella relativa alle prestazioni di screening e alle vaccinazioni, mentre rimangono alcune criticità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri. In particolare si evidenzia che per la specialistica ambulatoriale il recupero delle prestazioni sospese è stato quasi completato, mentre devono essere ancora gestite le prestazioni inserite nel percorso di tutela. Per quest'ultime si ritiene utile che ciascuna Azienda definisca azioni specifiche finalizzate a portare a termine tale attività entro il 31 dicembre 2021. Entro la stessa data, dovrà essere concluso anche il recupero degli interventi chirurgici sospesi nel periodo di emergenza epidemica.

Per quanto sopra esposto Il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa coordinato dal dr. Camillo Giammartino ha provveduto a recepire ed assemblare i Piani di recupero elaborati dalle Aziende Sanitarie Regionali finalizzandoli alla elaborazione del Piano Operativo regionale che è stato quindi trasmesso al Ministero tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n. 12 del 24 febbraio 2022. Per quanto attiene la gestione del fondo finalizzato alla gestione delle liste di attesa, si rimanda ad atto successivo nel quale verrà definita la ripartizione fra le Aziende Sanitarie Regionali.

Il Piano è stato redatto in coerenza con quanto previsto attualmente dalla D.G.R. n. 610 del 6 maggio 2019, sebbene sia in corso una sua ridefinizione e revisione. Sono stati altresì seguite le Linee di indirizzo fornite alle Regioni e P.A. inviata con nota n 1525 del 24 gennaio 2022, per la redazione del Piano di recupero delle liste di attesa in attuazione dei commi 276-279 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022 da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e Finanze entro il 31 gennaio 2022 e in coerenza con il Piano di cui all'art. 29 del D.L. n. 104/2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 126/2020 e successivamente rimodulato ai sensi dell'art. 26 comma 2 del D.L. n. 73/2021, convertito con modificazioni dalla legge n. 106/2021.

Con nota prot. n. 0007545-DGPROGS-MDS-P del 4 aprile 2022 il Ministero della Salute nel comunicare l'avvio del monitoraggio del piano di recupero delle liste di attesa trasmesso dalla Regione Umbria è risultato coerente con i criteri previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali n. 1525 del 24 gennaio 2022.

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

Omissis

(Vedasi dispositivo deliberazione)

Regione Umbria
Giunta Regionale

PIANO DI RECUPERO PER LE LISTE D'ATTESA RIMODULATO AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA

.....

RELAZIONE SUL RECUPERO PRESTAZIONI REGIONE UMBRIA

Regione Umbria
Giunta Regionale

INDICE

1. Introduzione
1.1 Analisi normativa
1.2 Analisi di contesto
1.2.1 I dati ospedalieri
1.2.2 Gli screening
1.2.3 I dati di specialistica ambulatoriale
1.3 Risorse assegnate

2. Finalità

3. Contenuto del Piano Operativo
3.1 Presupposti generali
3.2 Contenuti specifici
3.2.1 I ricoveri ospedalieri
3.2.2 Le prestazioni di screening oncologico
3.2.3 Le prestazioni di specialistica ambulatoriale

4. Monitoraggio

Allegati

1) **Scheda 1 – Recupero Prestazioni ospedaliere**
2) **Scheda 2 – Recupero Prestazioni di screening**
3) **Scheda 3 – Recupero Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali**

Regione Umbria
Giunta Regionale

1. Introduzione

1.1 Analisi normativa

Le problematiche legate al recupero delle liste di attesa createsi nel periodo dell'emergenza Covid-19 sono state affrontate dal Governo nazionale con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126.

Sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 29, comma 1 del citato decreto, le regioni e gli enti del Servizio Sanitario nazionale potevano avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

A tale scopo, il decreto-legge n. 104 del 2020 prevedeva specifici stanziamenti, pari a 112,406 milioni di euro, destinati ai ricoveri ospedalieri, ed a circa 365,812 milioni di euro per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Come disposto, dall'art. 29 del decreto-legge sopra citato, l'accesso a tali risorse era conseguente all'invio da parte delle regioni di un Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Nel decreto Sostegni bis, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, è stato riaffrontato il tema delle liste di attesa, prevedendo la proroga delle risorse già stanziate con il DL 104 fino al 31 dicembre 2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2. Per l'attuazione di tali finalità le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare le risorse non impiegate nell'anno 2020.

Nella Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni e Province autonome devono rimodulare il Piano già adottato e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze.

Il Ministero della salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni d Province Autonome, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato. Nel caso in cui il Ministero della salute valuti positivamente l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa, il finanziamento rientra nella disponibilità del servizio sanitario della regione o provincia autonoma.

Il 17 settembre 2021 è stato istituito, con decreto del Capo di Gabinetto, presso il Ministero della salute il "Gruppo di lavoro per l'analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2", con il compito di valutare le prestazioni sanitarie non erogate a causa dell'emergenza pandemica, ma potenzialmente recuperabili, di esaminare i Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa e di effettuare un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati regionali.

In considerazione dell'attuale andamento epidemico, il cronoprogramma delle attività previste dal presente Piano sono modulate tenuto conto delle specifiche misure organizzative adottate dalla Regione Umbria per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero, nonché della necessità di garantire tempestivamente l'erogazione dei LEA a tutti gli assistiti.

La pandemia sostenuta dal virus Sars-CoV 2 ha indotto significative modificazioni nelle attività delle Strutture Sanitarie sia per la complessità assistenziale insita nel paziente COVID positivo, sia per l'alternarsi

Regione Umbria
Giunta Regionale

di diverse ondate pandemiche. Questo ha generato il cumularsi di prestazioni non evase per pazienti affetti da patologie NON-COVID.
In tale contesto la Regione Umbria ha approvato diversi atti finalizzati al recupero delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale:
DGR n. 374 del 13.5.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 2",
DGR n. 467 del 10.6.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3"
DGR n. 711 del 5.8.2020 "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down"
DGR n.647 del 07/07/2021 "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica"
Per l'attuazione dei Piani di recupero a livello centrale è stata autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni, di cui un importo massimo di 150 milioni, eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, può essere utilizzato per coinvolgere le strutture private accreditate, 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.

1.2 Analisi di contesto

Allo scopo di tracciare con buona approssimazione il quadro di contesto della Regione Umbria nell'ambito del quale si inseriscono gli interventi volti al recupero delle prestazioni non erogate nell'anno 2020, sono di seguito riportate le principali evidenze informative relative al differenziale dei volumi delle prestazioni tra gli anni 2019- 2020, emergenti dalle analisi dei flussi NSIS relativi ai ricoveri ospedalieri (flusso SDO) ed alle prestazioni ambulatoriali, e dall'analisi dei dati relativi alle campagne di screening oncologico attive sul livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, mammella e colon-retto)

1.2.1 I dati ospedalieri

Per quanto attiene ai ricoveri ospedalieri con nota regionale dell'8 aprile 2020 avente ad oggetto "EMERGENZA CORONAVIRUS – ATTIVITA' PROGRAMMATA DIFFERIBILE" è stata richiesta alle Aziende Sanitarie della Regione la rilevazione delle attività di ricovero al fine di avviare la riprogrammazione di quelle che hanno subito un rallentamento o una interruzione a seguito dell'Emergenza COVID-19.
Le attività individuate come prioritarie per questa prima fase di ripresa sono state distinte in **attività non procrastinabili** (circolare ministeriale n. 7422 del 16 marzo 2020): ricoveri elettivi oncologici e ricoveri elettivi non oncologici di classe di priorità A di cui al PNGLA 2019-2021, ed **attività procrastinabili** di classe di priorità B, per le quali, avendo disposto la sospensione dal 9.3.2020 ed essendo trascorso oltre un mese, potrebbe darsi il caso che tali attese potessero annoverare condizioni cliniche non ulteriormente procrastinabili.
A partire dalla rilevazione suddetta ciascuna Azienda ha riprogrammato i ricoveri considerando l'intera rete di offerta ospedaliera, sia pubblica che privata.
Con nota regionale n. 75954 del 28.04.2020 è stata data indicazione di procedere con la ripresa delle attività ospedaliere e sono state fornite alcune indicazioni generali al fine di rendere omogenee le iniziative per il ripristino delle attività. Tali indicazioni sono state poi riprese nella DGR n. 374 del 13.5.2020 e nella DGR n. 467 del 10.6.2020 – "Linee di Indirizzo per le Attività Sanitarie nella Fase 3".
Con Circolare n. 190011408 del 01/06/2020 il Ministero della Salute ha emanato le "linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19" nel rispetto delle quali si definisce la programmazione.
Preso atto che le prestazioni urgenti sono state sempre erogate, con la Fase 3 si è proceduto alla riprogrammazione e all'erogazione delle prestazioni dell'attività chirurgica che hanno subito una

Regione Umbria
Giunta Regionale

sospensione e che dovrà essere completata in base alle priorità delle classi di inserimento in lista di attesa. Tali indicazioni valgono sia per le strutture pubbliche che per quelle private.
Le Direzioni Sanitarie delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende USL hanno provveduto a fare una prima valutazione delle liste di attesa per i pazienti oncologici, delle liste di attesa per le prestazioni di classe A non oncologiche e delle liste di attesa per le prestazioni di classe B non ulteriormente procrastinabili.

La produzione di prestazioni ospedaliere per acuti, erogate a livello regionale negli anni 2019-2020, ha subito una riduzione di circa il 21%. In particolare, il numero totale di ricoveri è diminuito di oltre 28.000 nel 2020 rispetto al 2019.

Tab.1 Differenziale ricoveri ospedalieri anni 2019-2020 (DRG medici e chirurgici, volumi)

Ricoveri	DRG Medici	DRG Chirurgici	Totale
Totale	-13.773	-14.779	**-28.552**
di cui urgenti	-8.155	-1.017	**-9.172**

Fonte: Flusso SDO 2019-2020

La lettura della casistica, stratificata in base a criteri di complessità dei DRG e di priorità di ricovero ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii., fornisce alcuni elementi decisionali per l'impostazione di un piano di recupero delle prestazioni non erogate.

1.2.2 Gli screening

L'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) ha monitorato l'andamento dei programmi di screening durante l'epidemia da Coronavirus per misurare quantitativamente il ritardo accumulato e le capacità di recupero di ogni Regione. Sono state condotte 3 indagini quantitative che hanno monitorato l'andamento dei programmi di screening regionale confrontando specifici periodi del 2020 con gli analoghi del 2019.

La terza indagine ha preso in considerazione tutto il 2020 ed è stata condotta, analogamente alle altre, mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici alla fine del mese di gennaio 2021.
Lo scopo della survey è stato quello di confrontare il numero di inviti e di esami fatti nel 2020 con i medesimi numeri del 2019, negli stessi intervalli temporali. Inoltre è stato stimato il ritardo accumulato in "mesi standard", ovverosia il numero di mesi di attività che sarebbero necessari per recuperare il ritardo accumulato se il programma andasse alla stessa velocità dell'anno precedente. Infine, si è stimato il deficit di lesioni (carcinomi mammari, adenomi avanzati e carcinomi colorettali, lesioni cervicali CIN2 o più gravi) diagnosticate a fine 2020 rispetto all'anno precedente.

In Umbria la sospensione ha riguardato solo le prestazioni di screening di primo livello (inviti ad effettuare Pap-test o test HPV, mammografia, test per la ricerca del sangue occulto nelle feci), mentre si è continuato ad erogare le prestazioni di secondo livello per i percorsi di screening avviati prima del lockdown.

A partire dalla seconda metà di giugno con la DGR n. 374 del 13/05/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2" e la DGR n. 467 del 10/06/2020 "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 3", in linea con le raccomandazioni date dall'Osservatorio Nazionale Screening alle Regioni e Provincie Autonome, sono state date disposizioni riguardo alla ripresa delle attività sanitarie, tra le quali anche gli screening oncologici, pertanto sono state riprogrammate sia le chiamate sospese sia le chiamate a scadenza naturale nel mese in corso

Le indicazioni date alle Aziende per la ripresa delle attività di screening hanno tenuto conto dell'esigenza sia di operare in completa sicurezza per gli operatori e per gli/le utenti, attraverso l'adozione di misure di distanziamento e la messa a disposizione dei dispositivi di protezione individuale, sia di garantire il recupero di tutti gli inviti sospesi, attraverso la riprogettazione delle sedute per quanto riguarda il numero delle persone da invitare, il tempo di ogni prestazione e la durata delle sedute stesse.
E' stato, quindi, adottato da ciascuna delle Aziende Sanitarie un piano di recupero che ha previsto il recupero degli inviti sospesi nel periodo del lockdown entro il 31 dicembre 2020 attraverso la ripartizione di tale quota di inviti sospesi nei quattro mesi da settembre a dicembre come attività aggiuntiva a quella delle chiamate a scadenza naturale.

Screening cervicale

Per quanto riguarda questo screening, l'Umbria è l'unica regione a non aver accumulato ritardi (in termini di inviti, esami e lesioni diagnosticate), recuperando nell'ultimo trimestre del 2020 tutti gli inviti, sia quelli sospesi nel periodo di lockdown sia quelli previsti a scadenza nei mesi successivi fino al 31 dicembre 2020 e collocandosi in positivo nel confronto col 2019 per tutti gli indicatori considerati.

Screening mammografico

Per questo screening l'Umbria non aveva recuperato completamente entro il 2020 i ritardi accumulati, tuttavia si collocava tra le regioni con i valori percentuali più bassi nel confronto col 2019.
Donne invitate: Umbria – 6,4%, Italia - 26,6%
Donne esaminate: Umbria – 9,1%, Italia - 37,6%
Mesi di ritardo: Umbria – 1,1, Italia - 4,5
Casi diagnosticati: Umbria – 15
I ritardi sono stati comunque completamente recuperati nei primi due mesi del 2021.

Screening colorettale

Per questo screening l'Umbria è stata fra le Regioni che sono riuscite a recuperare tutti gli inviti entro il 2020 (insieme ad Abruzzo, PA Bolzano, Emilia Romagna).
Anche per quanto riguarda le persone esaminate l'Umbria (insieme ad Abruzzo ed Emilia-Romagna) ha contenuto il ritardo entro il 20%.
Mesi di ritardo: Umbria 0, Italia - 5,5
Casi diagnosticati: Umbria 0
Tuttavia è necessario precisare che lo sforzo fatto nell'ultimo trimestre del 2020 per recuperare tutti gli inviti, che in questo periodo sono di fatto raddoppiati, ha portato ad un considerevole carico sui servizi di endoscopia in termini di colonscopie di approfondimento con conseguente allungamento dei tempi di attesa.

1.2.3 I dati di specialistica ambulatoriale

L'analisi del flusso informativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale evidenzia che la riduzione delle prestazioni registrata nel 2020, pari a circa il 20% del totale e del circa 28% se si escludono le prestazioni di laboratorio, è stata parzialmente recuperata nel 2021, pur non raggiungendo ancora i livelli pre-pandemia.
Nella tabella 3 sono confrontati i volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e per trimestre nei tre anni 2019, 2020 e 2021 (dati reali fino al terzo trimestre e stima del IV trimestre).

Regione Umbria
Giunta Regionale

Tab .2 Volumi di prestazioni di specialistica ambulatoriale per tipologia di erogatore e trimestre, nei tre anni.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

	privato accreditato			Pubblico			TOTALE		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
I TRIMESTRE	57.411	43.368	47.644	3.726.823	3.078.760	3.112.105	3.784.234	3.122.128	3.159.749
II TRIMESTRE	53.191	30.313	47.379	3.709.701	2.108.066	3.510.404	3.762.892	2.138.379	3.557.783
III TRIMESTRE	46.525	51.428	43.500	3.418.106	3.361.796	3.527.570	3.464.631	3.413.224	3.571.070
IV TRIMESTRE	52.631	46.949	46.174	3.641.706	3.031.965	3.383.360	3.694.337	3.078.914	3.429.534
TOTALE	**209.758**	**172.058**	**184.697**	**14.496.336**	**11.580.587**	**13.533.439**	**14.706.094**	**11.752.645**	**13.718.136**

SPECIALISTICA AMBULATORIALE - ESCLUSO LABORATORIO

	privato accreditato			Pubblico			TOTALE		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
I TRIMESTRE	57.411	43.368	47.644	788.947	640.134	540.135	846.358	683.502	587.779
II TRIMESTRE	53.191	30.313	47.379	764.738	389.484	600.242	817.929	419.797	647.621
III TRIMESTRE	46.525	51.428	43.500	718.998	568.472	588.344	765.523	619.900	631.844
IV TRIMESTRE	52.631	46.949	46.174	775.152	573.662	576.240	827.783	620.611	622.414
TOTALE	**209.758**	**172.058**	**184.697**	**3.047.835**	**2.171.752**	**2.304.961**	**3.257.593**	**2.343.810**	**2.489.658**

1.3. Le risorse assegnate

Secondo quanto indicato dall'art. 29 comma 8 le risorse assegnate per la regione Umbria per il recupero delle prestazioni sospese sono pari a 7.125.589 €.

Tab .3 Finanziamento 2020

	RISORSE 2020	NOTE
FINANZIAMENTO	**7.125.589**	
di cui	1.876.418	Ricoveri
	5.249.171	Specialistica e Screening

Tali risorse sono state destinate alle quattro Aziende in base alla percentuale di prestazioni da recuperare così come inserite nella DGR 711/2020, come di seguito indicato:

Tab .4 Prestazioni da recuperare 2020

	N. PRESTAZIONI PERCORSI TUTELA PRE	N. PRESTAZIONI PERCORSI TUTELA DURANTE E POST	N. PRESTAZIONI SOSPESE	N. PRESTAZIONI SCREENING	N. PRESTAZIONI TOTALE	%	DISTRIBUZIONE QUOTE
AO PERUGIA	-	-	29.226	0	**29.226**	7,86	412.391,92
AO TERNI	25	1	8.056	0	**8.082**	2,17	114.040,63
USL 1	6.235	10.727	54.770	111.137	**182.869**	49,16	2.580.363,30
USL 2	16.489	11.019	47.311	77.010	**151.829**	40,81	2.142.375,03
REGIONE	**22.749**	**21.747**	**139.363**	**188.147**	**372.006**	**100**	**5.249.170,88**

Regione Umbria
Giunta Regionale

2. Finalità

Il presente documento è redatto in coerenza con le Linee di indirizzo fornite alle Regioni e P.A. inviata con nota n 1525 del 24/01/2022, per la redazione del Piano di recupero delle liste di attesa in attuazione dei commi 276-279 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022 da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e Finanze entro il 31 gennaio 2022.
Il suddetto Piano di recupero è redatto in coerenza con il Piano di cui all'art. 29 del DL 104/2020 convertito con modificazioni dalla Legge 126/2020 e successivamente rimodulato ai sensi dell'art. 26 comma 2 del DL 73/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 106/2021

3. Contenuto del Piano Operativo

3.1 Presupposti generali

Le risorse di cui al comma 278 dell'art. 1 della legge di Bilancio 2022 saranno finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero. L'attività ordinaria viene sostenuta con il finanziamento ordinario del SSN.
Ferma restando l'attività garantita dalla emergenza urgenza e dai percorsi delle patologie complesse tempo dipendenti (cardiovascolare, ictus, trauma), il presente Piano individua quale criterio clinico prioritario il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.
Il Piano operativo per il recupero delle prestazioni definisce le modalità organizzative individuate dalla Regione Umbria per colmare il gap assistenziale descritto nella sezione introduttiva, per le tre categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

1. **ricoveri chirurgici programmati** (ranking per classi di complessità e priorità al ricovero), si specifica che gli interventi in lista di attesa sono stati ricondotti alle classi di complessità in quanto come da PNGLA sono stati inizialmente classificati solo per classi di priorità e ovviamente separati per discipline e individuazione del setting assistenziale. E' già previsto che i nuovi inserimenti avverranno oltre che per disciplina, setting assistenziale e classe di priorità anche per classe di complessità al fine di stratificarli nelle 12 tipologie previste fin dal loro inserimento in lista di attesa;
2. prestazioni afferenti alle campagne di **screening oncologico** (inviti e prestazioni diagnostico-terapeutiche), in realtà per questa categoria non vi sono prestazioni da recuperare salvo valutare il tempo di attesa per le prestazioni di II livello dello screening del colon retto a seguito di FOBT+ che mostrano allo stato attuale per le prestazioni del 2021 allungamenti dei tempi di erogazione;
3. **prestazioni ambulatoriali** (prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNGLA, esigenze regionali).

Il Piano regionale armonizza le tre linee di recupero secondo criteri di priorità applicati trasversalmente, in base alle specifiche esigenze emergenti.
La pianificazione dell'attività straordinaria di recupero in generale si realizzerà attraverso modalità che superano l'ottica prestazionale e privilegiano l'effettiva presa in carico del cittadino garantendo la conclusione del percorso diagnostico terapeutico, incluse le fasi di follow up del post-intervento chirurgico.
Inoltre, per quanto attiene alla rivalutazione della domanda in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni da recuperare sono previste riunioni specifiche con il coinvolgimento dei prescrittori (medicina del territorio, specialisti, MMG /PLS).
Nella definizione delle azioni organizzative straordinarie volte al recupero delle prestazioni inserite nel presente Piano, ci si avvale delle indicazioni e degli strumenti contenuti nel PNGLA 2019-2021, in particolare:

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;

- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;
- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al
- MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);
- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP");
- gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali.

3.2 Contenuti specifici

In relazione alle nuove misure da intraprendere nel corso del 2022, per ciascuna delle tre categorie di prestazioni individuate come prioritarie, il Piano di recupero della Regione Umbria contiene:

1) l'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1 gennaio 2022, stimato secondo le indicazioni date;
2) la programmazione e l'implementazione per fasi temporali. La prima fase riguarderà prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori;
3) la programmazione delle attività di recupero nei due livelli assistenziali (ricoveri e specialistica) secondo criteri di priorità applicati trasversalmente nelle linee in base alle specifiche necessità locali (esempio: interventi oncologici; follow up);
4) la descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni
5) il cronoprogramma delle fasi del piano di recupero previsto per l'anno 2022. Il cronoprogramma potrà subire rimodulazione delle attività tenuto conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero, nonché della necessità di garantire tempestivamente l'erogazione dei LEA a tutti gli assistiti;
6) la scheda sintetica, compilata in coerenza con i contenuti descrittivi del Piano per la specialistica ambulatoriale e la scheda sintetica per i ricoveri ospedalieri per le sole modalità organizzative e la distribuzione delle risorse.

Di seguito si riporta il dettaglio di tutti gli interventi previsti classificati per tipologia:

Interventi sulla Domanda

- Approccio integrato e multiprofessionale per garantire il piano di recupero. La valutazione della qualità degli interventi sanitari si articola in sei aree: sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità di accesso.
- Più in generale si può affermare che la qualità degli interventi sanitari si riferisce alla interazione tra erogatori di servizi sanitari ed alle modalità con cui gli input vengono trasformati in outcome.

Gli interventi forniti devono essere efficaci, supportati dall'evidenza scientifica e non devono essere sovra- o sottoutilizzati.

- Il passaggio da una condizione organizzativa attuale ad una futura per migliorare l'efficacia degli interventi proposti necessita di un approccio integrato e multiprofessionale attraverso una visione regionale unitaria del governo delle liste di attesa tesa a introdurre il cambiamento nell'organizzazione delle aziende.
- Coinvolgimento MMG/PLS per l'appropriatezza prescrittiva e definizione Accordo Regionale. Nell'Accordo regionale con la Medicina generale e la Pediatria di Libera Scelta previsti gli indicatori di processo e di risultato, in particolare quelli di appropriatezza prescrittiva, nonché tempi e modalità del monitoraggio.
- Coinvolgimento specialisti (dipendenti e sumaisti) per la gestione dei follow-up e della presa in carico e definizione Accordo Regionale per la produttività aggiuntiva. Nell'Accordo regionale con le organizzazioni di categoria dei medici dipendenti e dei medici specialisti saranno stabilite le risorse aggiuntive necessarie all'attuazione del piano straordinario di recupero delle prestazioni
- Attivazione tavoli di confronto prescrittori – specialisti. La Regione formalizzerà dei tavoli di confronto per:
    - la definizione dei percorsi, della loro implementazione e della verifica di attuazione
    - il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva

Interventi sull'Offerta

- Definizione dei volumi dell'offerta
    - Pianificazione della nuova offerta rispetto a quella garantita pre-lock-down tramite la adozione da parte delle Aziende di Piani Aziendali
    - Misure generali di prevenzione e di sicurezza così come indicate nella DGR 467/2020 (aggiunta di 10 minuti sufficienti per la sanificazione ai tempi della prestazione)
- Iniziative straordinarie e urgenti finalizzate al recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
    - Assegnazione obiettivi da parte dei Direttori Generali alle Strutture eroganti delle prestazioni da recuperare
    - Ampliamento offerta pubblica anche attraverso apertura in orari prefestivi, festivi e serali
- Interventi ulteriori
    - Piano assunzioni specialisti
    - Incremento del tetto di budget con il privato accreditato

Modalità di Prenotazione e Informazione

- Riorganizzazione del Cup Regionale**.** Deve essere riorganizzata l'attività del CUP regionale al fine di garantire le attività in modo più efficiente ed efficace rispetto al piano di governo delle liste di attesa. In particolare si progetta di attivare altre due tipologie di postazioni:
    - CUP di I livello. La prenotazione per l'accesso alle prestazioni di I livello può essere garantita in modalità di **smartCUP** come nell'ipotesi progettuale predisposta dalla Regione, dalle Aziende Sanitarie e da Umbria Salute e condivisa con i MMG/PLS. Il progetto prevede che la prescrizione specialistica del MMG/PLS con ricetta dematerializzata, registra il record nel data-base repository e l'infrastruttura SAR del data-center regionale da cui possono essere estratti tutti i dati necessari a generare una lista di record per le attività di elaborazione della prenotazione da parte di operatori di smartCUP. La prenotazione degli appuntamenti avverrebbe quindi da remoto e il cittadino non avrebbe la necessità di provvedere alla prenotazione in maniera attiva in quanto l'appuntamento gli verrebbe comunicato dal sistema.

Regione Umbria
Giunta Regionale

- CUP di II livello - Gestione percorsi. Il CUP di II livello consente di garantire la presa in carico del paziente per tutte le visite di controllo e le prestazioni di secondo livello prescritte dallo specialista. Al momento della prestazione lo specialista attraverso l'accesso alla prescrizione piattaforma WEB redige la prescrizione e può provvedere alla prenotazione al CUP di II livello. La prenotazione delle prestazioni di II livello viene anche garantita dalle postazioni CUP di II livello attive nei Servizi/Strutture.

- Accordo FarmaCUP. Nell'accordo con le farmacie saranno condivise le modalità di collaborazione per la gestione del piano di recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte.
- Campagna di informazione e comunicazione. Verrà approntata idonea campagna di informazione e comunicazione interna ed esterna in tutte le fasi di sviluppo del progetto fin dalla fase di adozione.

3.2.1 I ricoveri ospedalieri

Per la stima delle prestazioni di ricovero chirurgico da recuperare nell'arco dell'anno 2022 si utilizza la classificazione proposta nell'Allegato 1, basata su criteri di complessità della casistica DRG (Allegato 4 Dettaglio Interventi per Classe):

- Classe 1: Chirurgia oncologica e interventi maggiori;
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo;
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità.

Ciascuna di queste categorie viene poi stratificata in base alla classificazione di priorità attribuita ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

I criteri dettati dalle linee guida permettono di quantificare e classificare secondo le suddette classi di complessità e di priorità tutti gli interventi chirurgici programmati presenti nelle liste d'attesa aziendali al 1 gennaio 2022.

L'elaborazione di tali dati e la loro stratificazione per complessità e priorità alla data odierna non è stata possibile completarla vista la complessità e la laboriosità dei dati richiesti. Per tale quantificazione sono necessarie almeno 2 settimane pertanto la scheda sintetica di riferimento completa sarà trasmessa entro il 15 febbraio.

Come da indicazioni la programmazione prioritaria sarà orientata al recupero delle liste di attesa di tutti gli interventi relativi a patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori, inclusi nella classe 1.

Le modalità organizzative sono riportate di seguito:

- programmi di prestazioni aggiuntive con pianificazione delle sedute operatorie aggiuntive in base alla tipologia di interventi da recuperare
- accordi di collaborazione fra aziende ospedaliere e territoriali per interventi con equipes chirurgiche itineranti
- assunzione/riallocazione personale medico e infermieristico
- committenza a privato accreditato

Cronoprogramma dei ricoveri ospedalieri programmati da recuperare.

			CRONOPROGRAMMA			
CLASSIFICAZIONE	**VOLUMI**	**TEMPO MEDO ATTESA**	**ENTRO MARZO 2022**	**ENTRO GIUGNO 2022**	**ENTRO SETTEMBRE 2022**	**ENTRO DICEMBRE 2022**
Classe 1 Priorità A	1.308	146	**40%**	**60%**		
Classe 1 Priorità B	1.091	155	**30%**	**50%**	**20%**	
Classe 1 Priorità C	420	214	**20%**	**30%**	**40%**	**10%**
Classe 1 Priorità D	37	317	**5%**	**5%**	**10%**	**80%**

Regione Umbria
Giunta Regionale

TOTALE CLASSE 2	**2.856**					
RECUPERO AL 31.12.2022	**100%**					
RESIDUO AL 31.12.2022	**0%**					
Classe 2 Priorità A	3.018	229	**20%**	**20%**	**20%**	**10%**
Classe 2 Priorità B	4.872	267	**20%**	**20%**	**20%**	**10%**
Classe 2 Priorità C	1.493	402	**10%**	**20%**	**20%**	**20%**
Classe 2 Priorità D	269	436	**5%**	**5%**	**30%**	**30%**
TOTALE CLASSE 2	**9.652**					
RECUPERO AL 31.12.2022	**70%**					
RESIDUO AL 31.12.2022	**30%**					
Classe 3 Priorità A	2.248	222	**20%**	**20%**	**10%**	**10%**
Classe 3 Priorità B	4.123	328	**5%**	**15%**	**20%**	**20%**
Classe 3 Priorità C	4.342	491	**5%**	**15%**	**20%**	**20%**
Classe 3 Priorità D	1.556	566	**5%**	**15%**	**20%**	**20%**
TOTALE CLASSE 3	**12.269**					
RECUPERO AL 31.12.2022	**60%**					
RESIDUO AL 31.12.2022	**40%**					
TOTALE RICOVERI	**24.777**					
AMBULATORIALI						
Classe 3 Priorità A	1.331		**20%**	**20%**	**10%**	**10%**
Classe 3 Priorità B	3.600		**5%**	**15%**	**20%**	**20%**
Classe 3 Priorità C	3.739		**5%**	**15%**	**15%**	**20%**
Classe 3 Priorità D	1.607		**5%**	**15%**	**15%**	**20%**
TOTALE CLASSE 3	**10.277**					
RECUPERO AL 31.12.2022	**55%**					
RESIDUO AL 31.12.2022	**45%**					

Rif. Scheda sintetica compilata per le sole modalità organizzative e la distribuzione delle risorse (allegato n.1)

3.2.2 Le prestazioni di screening oncologico

Per quanto detto in premessa la Regione è sostanzialmente in linea con la programmazione degli inviti per screening., non ci sono né inviti, né test di 1° livello da recuperare per le coorte per le 3 Campagne di screening

Rif. Scheda sintetica compilata per le sole modalità organizzative e la distribuzione delle risorse (allegato n.1)

Le criticità potrebbero essere rappresentate solo dalle prestazioni di II livello in particolare per lo screening del colon-retto rispetto all'allungamento dei tempi di attesa.

Regione Umbria
Giunta Regionale

3.2.3 Le prestazioni di specialistica ambulatoriale

Per ogni tipo di prestazione indicata nella scheda sintetica relativa alle prestazioni ambulatoriali (Allegato 3), la quantificazione del fabbisogno è stata effettuata sulla base delle liste di attesa presenti nei sistemi CUP al 1 gennaio 2022, tenuto contro dei seguenti criteri:

1. riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche;
2. riprogrammare le visite di controllo delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, le visite di controllo delle persone con patologie rare e con patologie afferenti alla salute mentale (anche in ambito pediatrico)1;
   2 bis -Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)
3. programmare il recupero delle prestazioni inserite nel PNGLA 2019-2021 in base ai risultati dei monitoraggi trimestrali ex ante per classi di priorità.
4. Altre prestazioni che non rientrano nelle categorie precedenti

La Regione è impegnata nel potenziamento dell'attività di Telemedicina per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 27/10/2021 "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".
L'acquisto delle prestazioni da privato accreditato sarà vincolato all'esecuzione di pacchetti autoconclusivi di esami di I e II livello, ove previsti, in modo da garantire la conclusione della fase
Le modalità organizzative sono riportate di seguito:

- programmi di prestazioni aggiuntive
- incremento monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna
- committenza a privato accreditato
- ricorso alla telemedicina per le visite di controllo

Cronoprogramma delle prestazioni ambulatoriali da recuperare in collaborazione fra Aziende Territoriali e Aziende Ospedaliere

			CRONOPROGRAMMA			
N.	**CRITERI DI PRIORITA'**	**VOLUMI**	**ENTRO MARZO 2022**	**ENTRO GIUGNO 2022**	**ENTRO SETTEMBRE 2022**	**ENTRO DICEMBRE 2022**
1	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	2.891	**40%**	**60%**		
2	Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	1.876	**20%**	**40%**	**40%**	
2 bis	Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	2.576	**20%**	**40%**	**40%**	
3	Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (*)	42.992	**10%**	**30%**	**30%**	**30%**
4	Altre prestazioni che non rientrano nelle categorie precedenti	8.118	**10%**	**30%**	**30%**	**30%**
	TOTALE	**58.453**				

Rif. Scheda sintetica (allegato n.3)

Regione Umbria
Giunta Regionale

4. Monitoraggio e Controllo

Sulla base della rilevazione periodica la Regione effettuerà un monitoraggio dell'andamento della ripresa delle attività e valuterà l'opportunità di intraprendere ulteriori eventuali azioni che si rendessero necessarie anche in relazione all'evoluzione dell'emergenza.

La Regione provvederà altresì al monitoraggio delle risorse utilizzate nel rispetto di quanto indicato dal Decreto e correlandole al recupero effettivo delle prestazioni.

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI OSPEDALIERE

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (Compilazione a cura del Ministero della Salute)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI DRG PROGRAMMATI CHIRURGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA'	FLUSSO SDO

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (Compliazione a cura delle REGIONI/P.A)

CRITERI DI PRIORITA'	A	B	C	D	Totale	FONTE INFORMATIVA	DATASET
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 1 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	1.308	1.091	420	37	**2.856**	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' ***(1)**	146	155	214	317		REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 2 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	3.018	4.872	1.493	269	**9.652**	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' ***(1)**	229	267	402	436		REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 3 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	2.248	4.123	4.342	1.556	**12.269**	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' ***(1)**	222	328	491	566		REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022
TOTALE	6.574	10.086	6.255	1.862	**24.777**		
LISTE DI ATTESA PER INTERVENTI AMBULATORIALI (UN DI CUI DELLA CLASSE 3)	1.331	3.600	3.739	1.607	**10.277**		

(*) N. strutture con liste di attesa operatorie informatizzate/tot. Strutture con liste di attesa operatorie

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE A PARTIRE DALLA CLASSE 1

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero interventi chirurgici da effettuare anno 2022)	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	FINANZIAMENTO STIMATO
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	16.000	45,64	3.200.000,00 €
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	5.000	14,26	1.000.000,00 €
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	1.300	3,71	200.000,00 €
...	**22.300**	**63,62**	**4.400.000,00 €**
...			
...			

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVRA' ESSERE CORREDATA DI CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE

MODALITA' DI MONITORAGGIO (Compliazione a cura del MDS su dati REGIONI/P.A.)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
TEMPO MEDIO D'ATTESA PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA' ***(3)**	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale

NOTE:

***(1)** Il tempo medio di attesa deve essere indicato per classe di complessità (classi 1, 2, 3) e classi di priorita di ricovero (A, B, C, D) e calcolato sulla base dei tempi medi di attesa degli interventi effettuati nell'ultimo trimestre 2021

***(2)** nel caso di strutture con liste di attesa non informatizzate è necessario fornire l'elenco (codice struttura NSIS e descrizione)

***(3)** Il tempo medio di attesa sarà monitorato per classe di complessità (classi 1, 2, 3) e classi di priorita di ricovero (A, B, C, D) e calcolato sulla base dei tempi medi di attesa per gli interventi erogati nel trimestre di competenza

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SCREENING ONCOLOGICI

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	OWNER
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI INVITI AL 1°LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING	DGPREV
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI PRESTAZIONI 2° LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING	DGPREV
DIFFERENZIALE 2019-2020 DONNE SOTTOPOSTE A TEST DI 1° LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING	DGPREV
RITARDO ACCUMULATO IN MESI STANDARD	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING	DGPREV

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA		DATASET
NUMERO INVITI DA RECUPERARE PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SCREENING ONCOLOGICO		0	01.01.2022
NUMERO TEST 1° LIVELLO DA RECUPERARE PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SCREENING ONCOLOGICO		0	01.01.2022

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI (INVITI E PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE) DA RECUPERARE E IL NUMERO DI SOGGETTI DA ESAMINARE

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME TOTALE DI PRESTAZIONI		% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE		FINANZIAMENTO STIMATO	
	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE						
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE						
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO						
...						
...						
...						

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVRA' ESSERE CORREDATA DI CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE

MODALITA' DI MONITORAGGIO (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
NUMERO DI INVITI INVIATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
NUMERO SOGGETTI ESAMINATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO		trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2021 VOLUMI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	FLUSSO EX-ART.50

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

	CRITERI DI PRIORITA'	FONTE INFORMATIVA		DATASET
1	Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico		2.891	01.01.2022
2	Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)		1.876	01.01.2022
2 bis	Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)		2.576	01.01.2022
3	Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (*1)		42.992	(*) VEDI foglio di dettaglio prestazioni.
4	Altre prestazioni che non rientrano nelle categorie precedenti		8.118	
	TOTALE PRESTAZIONI		**58.453**	

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE SECONDO LA PRIORITA' DEFINITA.

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prestazioni da effettuare anno 2022)	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE	FINANZIAMENTO STIMATO
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	30.000	100	1.794.578 €
INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA INTERNA	15.453	100	800.000 €
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	10.000	100	442.122 €
RICORSO ALLA TELEMEDICINA PER LE VISITE DI CONTROLLO	3.000	100	0
	58.453	**100**	**3.036.700 €**

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE.
IL PIANO DOVRA' ESSERE CORREDATO DI CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE.

MODALITA' MONITORAGGIO (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
VOLUME PER TIPO DI PRESTAZIONE RECUPERATE NEL PERIODO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME DI PRESTAZIONI EROGATE IN REGIME DI TELEMEDICINA, PER TIPO DI PRESTAZIONE	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale

NOTE:
***(1) Vedasi Foglio "Dettaglio prestazioni"**

MARIA BALSAMO - *Direttore responsabile*

Registrazione presso il Tribunale di Perugia del 15 novembre 2007, n. 46/2007 - Composizione ed impaginazione S.T.E.S. s.r.l. - 85100 Potenza

COD. PRATICA: 2022-001-500

Regione Umbria

Giunta Regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 472 SEDUTA DEL 18/05/2022

OGGETTO: PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025

		PRESENZE
Tesei Donatella	Presidente della Giunta	Presente
Morroni Roberto	Vice Presidente della Giunta	Presente
Agabiti Paola	Componente della Giunta	Assente
Coletto Luca	Componente della Giunta	Presente
Fioroni Michele	Componente della Giunta	Presente
Melasecche Germini Enrico	Componente della Giunta	Presente

Presidente: **Donatella Tesei**

Segretario Verbalizzante: Avv. Maria Balsamo

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

L'atto si compone di 10 pagine
Fanno parte integrante dell'atto i seguenti allegati:
Nuovo allegato 2.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **"PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025 "** e la conseguente proposta dell' Assessore Luca Coletto

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto: **"PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025"** e la conseguente proposta dell' Assessore Luca Coletto

Preso atto:

a) del parere favorevole di regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;
b) del parere favorevole sotto il profilo della legittimità espresso dal Dirigente competente;
c) del parere favorevole del Direttore in merito alla coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gliobiettivi assegnati alla Direzione stessa;

Vista la legge regionale 1 febbraio 2005, n. 2 e la normativa attuativa della stessa;
Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

Vista la Delibera del Consiglio dei Ministri del gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Richiamate le Circolari del Ministero della Salute:

• n. 7422 del 16 marzo 2020, recante "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmatadifferibile in corso di emergenza da CoVID-19";

• n. 7865 del 25 marzo 2020 recante "Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza CoVID-19", con integrazioni e note regionali applicative.**Richiamati**:

• il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale" (GU
n. 108 del 27-4-2020), con cui sono state individuate le misure per il contenimento dell'emergenza CoVID-19 della cosiddetta "fase due";

• la Circolare del Ministero della Salute 30 aprile 2020, n. 15279, avente ad oggetto "Emergenza CoVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2° di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020";

Dato atto che con DGR n. 374 del 13.05.2020 sono state approvate le "linee di indirizzo per le attivitàsanitarie nella fase 2";

Richiamati:

• il D.L. 16.05.2020 n. 33 "Ulteriore misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da CoVID-19";

• il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 17.05.2020;

• il D.L. 19.05.2020 n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da CoVID-19";

Richiamata la circolare del Ministero della Salute n. 11408 del 01 giugno 2020, avente ad oggetto: "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19";

Richiamata la DGR n. 467 del 10/06/2020 con cui sono state approvate le "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3.";

Dato atto che con DGR n. 711 del 05/08/2020 si è provveduto ad adottare il *"*Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down*";*

Dato atto che con DGR n. 469 del 20/05/2021 è stato approvato il "Piano Assistenza Ospedaliera

- Dotazione Posti Letto e Ripresa Attività.",
Dato atto che con DGR n. 647 del 07/07/2021 si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica"

Preso atto che con Determina Direttoriale n.12406 del 3/12/2021 in ossequio alla DGR 647/2021 è stato costituito il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio dele liste di attesa cui compete anche la funzione dei paini di attività il cui Coordinatore è il Dr. Camillo Giammartino;
Considerato che il monitoraggio effettuato a partire dalla ripresa delle attività sanitarie fino ad oggi, ha evidenziato che le Aziende Sanitarie hanno concluso il recupero delle prestazioni di screening mentre permane il recupero delle attività sospese per le attività di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri;
Tenuto conto che nella Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni e Province autonome devono rimodulare il Piano già adottato e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze;
Tenuto conto che con nota n.0002700-04/02/2022-DGPROGS-MDS-P il Ministero della Salute – Direzione Generale della programmazione sanitaria ha richiesto la trasmissione del Piano di recupero per le liste di attesa, rimodulato ai sensi della vigente normativa da trasmettere al Ministero della Salute entro e non oltre il 24 febbraio 2022 da redigere secondo le indicazioni delle Linee di indirizzo ministeriali;
Rilevato che il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio dele liste di attesa coordinato dal Dr. Cammillo Giammartino e con la collaborazione delle Aziende Sanitarie Regionali ha provveduto nei termini indicati ad elaborare il piano richiesto che è stato quindi trasmesso al Ministero tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n.12 del 24.2.2022;
Rilevato altresì che con nota prot. n. 0007545-DGPROGS-MDS-P del 4.4.2022 Il Ministero della Salute nel comunicare l'avvio del monitoraggio del piano di recupero delle liste di attesa trasmesso dalla Regione Umbria è risultato coerente con i criteri previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali n. 1525 del 24/01/2022.
Tenuto conto che con DGR n. 349 del 13.4.2022 è stato adottato il documento recante *"*Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa" e che in tale DGR si dava atto che "tale piano è stato redatto in coerenza con quanto previsto attualmente dalla DGR n.610 del 06.05.2019, sebbene sia in corso una sua ridefinizione e revisione"
Per quanto sopra esposto Il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa coordinato dal Dr. Camillo Giammartino ha provveduto alla revisione dell'Allegato 2 della DGR 610/2019 che allegato alla presente quale parte integrale e sostanziale rappresenta l'evoluzione del Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025.
La decorrenza del presente piano è a partire dal 1° luglio 2022.
L'abbattimento delle prestazioni presenti in Percorso di Tutela, sarà oggetto di un Piano operativo definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

A voti unanimi espressi nei modi di legge,

DELIBERA

per le motivazioni contenute nel documento istruttorio che è parte integrante e sostanziale dellapresente deliberazione

1. di adottare il documento *"*Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025*",* che, allegato (**Nuovo allegato 2**) al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale e ha decorrenza dal 1° luglio 2022;
2. di revocare l'allegato 2 della DGR 610/2019 che resta valida per gli altri allegati;

3. di stabilire che l'abbattimento delle prestazioni attualmente presenti in Percorso di Tutela, sarà oggetto di un Piano Straordinario definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
4. di dare mandato ai Direttori Generali di attuare tutto quanto previsto nel documento di cui al precedente punto 1), e di nominare entro 30 gg. un referente unico sanitario per il governo delle liste di attesa;
5. di disporre che l'attuazione del Piano rappresenta obiettivo prioritario per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi;
6. di dare mandato all'Azienda Punto Zero di attuare tutto quanto previsto nel documento di cui al precedente punto1), nel rispetto delle tempistiche definite;
7. di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali,
8. di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute;
9. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Regione Umbria;
10. di pubblicare il presente atto nel sito della Regione Umbria.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025

Con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (pandemia COVID-19), successivamente prorogato fino al 31 luglio 2021. Per far fronte alla gestione dello stato di emergenza, sono stati promulgati in materia numerosi atti a livello nazionale. A fronte del progredire dell'epidemia, anche a livello regionale, sono stati approvati alcuni provvedimenti per mettere in atto ogni procedura ritenuta necessaria a tutela e garanzia della salute pubblica, in coerenza alle direttive nazionali. In tale contesto si è resa necessaria pertanto anche una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e una trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie sia nell'assistenza ospedaliera che in quella territoriale, portando anche a misure drastiche come la sospensione delle attività programmate differibili come disciplinato dalle Circolari del Ministero della Salute n. 2627 del 01 marzo 2020, avente oggetto: "*Incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza CoVID-19"*, n. 7422 del 16 marzo 2020, recante *Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da CoVID-19" e* n. 7865 del 25 marzo 2020, recante *"Aggiornamento delle linee d'indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza CoVID-19",* con integrazioni e note regionali applicative.

Successivamente, pur permanendo la condizione emergenziale, si è resa necessaria una nuova fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, regolata dalle "Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella fase 2" adottate con DGR n. 374 del 13.05.2020". Tali linee guida erano improntate a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e di tutela della salute dei pazienti che necessitano di trattamenti non ulteriormente differibili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario.

Con il D.L. 16.05.2020, n. 33 hanno cessato di avere effetto tutte le misure limitative della circolazioneall'interno del territorio regionale e dal 3 giugno 2020 in quello nazionale.

La circolare del Ministero della Salute n. 11408 del 01 giugno 2020, avente ad oggetto: *"Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19"* ha fornito indicazioni operative per la riattivazione in sicurezza dei servizi socio-sanitari ridotti o sospesi a causa dell'emergenza COVID-19 ed per il progressivo ripristino della totalità dei livelli essenziali di assistenza.

La Giunta regionale con DGR n**.** 467 del 10/06/2020 ha perciò adottato le *"Linee di indirizzo per le attività sanitarie nella Fase 3"* con cui è stata prevista l'apertura graduale dei servizi sanitari fino all'apertura totale delle strutture garantendo che le prestazioni fossero effettuate in maniera appropriata ed in sicurezza oltre che in tempi progressivamente congrui, sia per le nuove richieste che per il recupero delle prestazioni ed attività sospese o ridotte nel periodo di lock down.

Successivamente, con DGR n. 711 del 05/08/2020, a seguito dei risultati del monitoraggio

effettuato a partire dalla ripresa delle attività, il quale aveva evidenziato alcune criticità per il recupero delle attività sospese, in particolare per le attività di specialistica ambulatoriale, di vaccinazione e di screening, si è provveduto ad adottare il *"*Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di lock-down*",* dando mandato ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie regionali di adottare i provvedimenti e le azioni utili a dare attuazione a quanto contemplato nel documento regionale. I Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie regionali hanno trasmesso alla Regione i Piani aziendali per il recupero delle prestazioni sospese per ciascuna tipologia di prestazione, per i quali è stato effettuato un monitoraggio periodico da parte della Regione.

Le problematiche legate al recupero delle liste di attesa createsi nel periodo dell'emergenza Covid-19 sono state affrontate dal Governo nazionale con il decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito nella legge 13 ottobre 2020, n. 126.

Sulla base delle disposizioni contenute nell'art. 29, comma 1 del citato decreto, le regioni e gli enti del Servizio Sanitario nazionale potevano avvalersi, sino al 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

A tale scopo, il decreto-legge n. 104 del 2020 prevedeva specifici stanziamenti, pari a 112,406 milioni di euro, destinati ai ricoveri ospedalieri, ed a circa 365,812 milioni di euro per il recupero delle prestazioni ambulatoriali.

Come disposto, dall'art. 29 del decreto-legge sopra citato, l'accesso a tali risorse era conseguente all'invio da parte delle regioni di un Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Con DGR n. 469 del 20/05/2021 è stato approvato il "Piano Assistenza Ospedaliera - Dotazione Posti Letto e Ripresa Attività." che ha definito la configurazione della dotazione dei posti letto della rete ospedaliera regionale e la ripresa delle attività, dando mandato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali di garantire la completa e immediata applicazione di quanto previsto nel Piano.

Nel decreto Sostegni bis, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, è stato riaffrontato il tema delle liste di attesa, prevedendo la proroga delle risorse già stanziate con il DL 104 fino al 31 dicembre 2021, al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2. Per l'attuazione di tali finalità le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare le risorse non impiegate nell'anno 2020.

Con DGR n. 647 del 07/07/2021 si è provveduto ad adottare il "Piano operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica"

Nella Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per i recuperi delle liste di attesa, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Le Regioni e Province autonome devono rimodulare il Piano già adottato e presentarlo entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero

dell'economia e delle finanze.

Il Ministero della salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle Regioni d Province Autonome, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato. Nel caso in cui il Ministero della salute valuti positivamente l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa, il finanziamento rientra nella disponibilità del servizio sanitario della regione o provincia autonoma.

Il 17 settembre 2021 è stato istituito, con decreto del Capo di Gabinetto, presso il Ministero della salute il "Gruppo di lavoro per l'analisi delle problematiche connesse al recupero delle prestazioni non erogate a causa della pandemia da SARS-CoV-2", con il compito di valutare le prestazioni sanitarie non erogate a causa dell'emergenza pandemica, ma potenzialmente recuperabili, di esaminare i Piani Operativi Regionali per il recupero delle liste di attesa e di effettuare un monitoraggio trimestrale per la verifica dei risultati regionali.
Per l'attuazione dei Piani di recupero a livello centrale è stata autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni, di cui un importo massimo di 150 milioni, eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, può essere utilizzato per coinvolgere le strutture private accreditate, 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.
Con Determina Direttoriale n.12406 del 3/12/2021 in ossequio alla DGR 647/2021, è stato costituito il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio dele liste di attesa con le funzioni di: monitoraggio e analisi dei dati; analisi criticità organizzative e definizione piani di attività, coordinato per conto della Direzione Salute e Welfare dal Dott. Camillo Giammartino e questo proprio al fine di contribuire a garantire la piena attuazione del piano di recupero, nei tempi definiti, attraverso la definizione di strumenti e programmi di lavoro condivisi tra Regione, Aziende Sanitarie, Società in House,.
Il monitoraggio dell'attività di recupero ha evidenziato che le Aziende Sanitarie hanno concluso quella relativa alle prestazioni di screening e alle vaccinazioni, mentre rimangono alcune criticità per le prestazioni di specialistica ambulatoriale e per i ricoveri. In particolare si evidenzia che per la specialistica ambulatoriale il recupero delle prestazioni sospese è stato quasi completato, mentre devono essere ancora gestite le prestazioni inserite nel percorso di tutela. Per quest'ultime si ritiene utile che ciascuna Azienda definisca azioni specifiche finalizzate a portare a termine tale attività entro il 31 dicembre 2021. Entro la stessa data, dovrà essere concluso anche il recupero degli interventi chirurgici sospesi nel periodo di emergenza epidemica.
Per quanto sopra esposto Il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio dele liste di attesa coordinato dal Dr. Cammillo Giammartino e con la collaborazione delle Aziende Sanitarie Regionali ha provveduto nei termini indicati ad elaborare il piano richiesto che è stato quindi trasmesso al Ministero tramite il sistema documentale SiVeAS con prot. n.12 del 24.2.2022.
Il Piano è stato redatto in coerenza con le Linee di indirizzo fornite alle Regioni e P.A. inviata con nota n 1525 del 24/01/2022, per la redazione del Piano di recupero delle liste di attesa in attuazione dei commi 276-279 dell'art. 1 della Legge di Bilancio 2022 da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'Economia e Finanze entro il 31 gennaio 2022 e in coerenza con il Piano di cui all'art. 29 del DL 104/2020 convertito con modificazioni dalla Legge 126/2020 e successivamente rimodulato ai sensi dell'art. 26 comma 2 del DL 73/2021, convertito con modificazioni dalla Legge 106/2021.

Con nota prot. n. 0007545-DGPROGS-MDS-P del 4.4.2022 Il Ministero della Salute nel comunicare l'avvio del monitoraggio del piano di recupero delle liste di attesa trasmesso dalla Regione Umbria è risultato coerente con i criteri previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali n. 1525 del 24/01/2022.
Con DGR n. 349 del 13.4.2022 è stato adottato il documento recante *"*Piano di Recupero per le Liste d'attesa rimodulato ai sensi della vigente normativa" e che in tale DGR si dava atto che "tale piano è stato redatto in coerenza con quanto previsto attualmente dalla DGR n.610 del 06.05.2019, sebbene sia in corso una sua ridefinizione e revisione"
E' importante considerare che i governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già presente da anni, tanto che in passato sono stati adottati provvedimenti tesi a contenere i tempi di attesa. La pandemia COVID ha certamente acuito il problema. Infatti nelle crisi epidemiche che si sono susseguite, dal febbraio 2020 in poi, si è reso necessario adottare misure volte al contenimento della diffusione virale. Esse hanno comportato la sospensione di tutte le attività programmabili, la garanzia delle attività indicate come non procrastinabili e la adozione di misure di sicurezza tali per cui i tempi delle singole prestazioni sono notevolmente aumentati. Al superamento di ogni crisi epidemica, la Regione Umbria ha adottato provvedimenti volti al recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela. Al momento attuale, sebbene vi sia stata una riduzione dei volumi delle prestazioni sospese rispetto a quelle presenti nel giugno 2020, la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni che sono state generate durante e dopo le crisi epidemiche sta evidenziando delle criticità strutturali che, in prospettiva, rendono sempre più complessa la gestione ed il governo delle liste di attesa.
Il Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio delle liste di attesa coordinato dal Dr. Camillo Giammartino ha provveduto alla revisione dell'Allegato 2 della DGR 610/2019 che allegato alla presente quale parte integrale e sostanziale rappresenta l'evoluzione del Piano Regionale delle liste di attesa per il trienno 2022-2025.
La decorrenza del presente piano è a partire dal 1° luglio 2022.
L'abbattimento delle prestazioni presenti in Percorso di Tutela sarà oggetto di un Piano operativo definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
Il governo delle liste di attesa deve essere incentrato su tre cardini:

A. Governo della domanda
B. Governo della offerta
C. Monitoraggio e controllo dei processi

Il piano regionale individua gli interventi richiamando i punti specifici del PNGLA:

1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa
2. Monitoraggio, controllo, valutazione
3. Attività Libero Professionale Intramuraria
4. I Programmi Attuativi Aziendali
5. Funzioni di Coordinamento
6. Indicatori e monitoraggio

Tutto ciò premesso si propone alla Giunta regionale:

1. di adottare il documento *"*Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025*",* che, allegato (**Nuovo allegato 2**) al presente atto, ne costituisce parte integrante e sostanziale e ha decorrenza dal 1° luglio 2022;
2. di revocare l'allegato 2 della DGR 610/2019 che resta valida per gli altri allegati;

3. di stabilire che l'abbattimento delle prestazioni attualmente presenti in Percorso di Tutela, sarà oggetto di un Piano Straordinario definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
4. di dare mandato ai Direttori Generali di attuare tutto quanto previsto nel documento di cui al precedente punto 1), e di nominare entro 30 gg. un referente unico sanitario per il governo delle liste di attesa;
5. di disporre che l'attuazione del Piano rappresenta obiettivo prioritario per i Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi;
6. di dare mandato all'Azienda Punto Zero di attuare tutto quanto previsto nel documento di cui al precedente punto1), nel rispetto delle tempistiche definite;
7. di trasmettere il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali,
8. di trasmettere il presente atto al Ministero della Salute;
9. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale Regione Umbria;
10. di pubblicare il presente atto nel sito della Regione Umbria.

PARERE DI REGOLARITÀ TECNICA E AMMINISTRATIVA

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta: si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa del procedimento e si trasmette al Dirigente per le determinazioni di competenza.

Perugia, lì 18/05/2022

Il responsabile del procedimento
- Massimo Braganti

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DI LEGITTIMITÀ

Ai sensi del vigente Regolamento interno della Giunta;
Visto il documento istruttorio;
Atteso che sull'atto è stato espresso:
- il parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e amministrativa reso dal responsabile del procedimento;

Si esprime parere favorevole in merito alla legittimità dell'atto

Perugia, lì 18/05/2022

Il dirigente del Servizio

- Massimo Braganti

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PARERE DEL DIRETTORE

Il Direttore, ai sensi e per gli effetti degli artt. 6, l.r. n. 2/2005 e 13 del Regolamento approvato con Deliberazione di G.R., 25 gennaio 2006, n. 108:
- riscontrati i prescritti pareri del vigente Regolamento interno della Giunta,
- verificata la coerenza dell'atto proposto con gli indirizzi e gli obiettivi assegnati alla Direzione,

esprime parere favorevole alla sua approvazione.

Perugia, lì 18/05/2022

IL DIRETTORE
DIREZIONE REGIONALE SALUTE E WELFARE
- Massimo Braganti
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

PROPOSTA ASSESSORE

L'Assessore Luca Coletto ai sensi del vigente Regolamento della Giunta regionale,

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto

Perugia, lì 18/05/2022

Assessore Luca Coletto
Titolare

FIRMATO
Firma apposta digitalmente ai sensi
delle vigenti disposizioni di legge

(Nuovo allegato 2)

PIANO REGIONALE DI GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA PER IL TRIENNIO 2022-2025

INTRODUZIONE

Il governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già presente da anni, tanto che in passato sono stati adottati provvedimenti tesi a contenere i tempi di attesa. La pandemia COVID ha certamente acuito il problema. Infatti nelle crisi epidemiche che si sono susseguite, dal febbraio 2020 in poi, si è reso necessario adottare misure volte al contenimento della diffusione virale. Esse hanno comportato la sospensione di tutte le attività programmabili, la garanzia delle attività indicate come non procrastinabili e la adozione di misure di sicurezza tali per cui i tempi delle singole prestazioni sono notevolmente aumentati. Al superamento di ogni crisi epidemica, la Regione Umbria ha adottato provvedimenti volti al recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela. Al momento attuale, sebbene vi sia stata una riduzione dei volumi delle prestazioni sospese rispetto a quelle presenti nel giugno 2020, la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni che sono state generate durante e dopo le crisi epidemiche sta evidenziando delle criticità strutturali che, in prospettiva, rendono sempre più complessa la gestione ed il governo delle liste di attesa.
La decorrenza del presente piano è a partire dal 1° luglio 2022.
L'abbattimento delle prestazioni presenti in Percorso di Tutela, sarà oggetto di un Piano operativo definito, sentite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.
Il governo delle liste di attesa deve essere incentrato su tre cardini:

A. Governo della domanda
B. Governo della offerta
C. Monitoraggio e controllo dei processi

Tali cardini sono importanti sia per il governo delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale che per le liste di attesa dei ricoveri anche se la maggior parte degli interventi sono declinati per le prestazioni ambulatoriali, gli elementi generali sono ovviamente di cornice anche per le prestazioni di ricovero.

Il piano regionale individua gli interventi richiamando i punti specifici del PNGLA:

1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa
2. Monitoraggio, controllo, valutazione
3. Attività Libero Professionale Intramuraria
4. I Programmi Attuativi Aziendali
5. Funzioni di Coordinamento
6. Indicatori e monitoraggio

A. GOVERNO DELLA DOMANDA

Il governo della domanda passa inevitabilmente attraverso il confronto con i Medici prescrittori, siano essi Medici di Medicina Generale oppure Specialisti.

a) Analisi eseguite su tutte le richieste di prestazioni specialistiche eseguite nel 2021, hanno dimostrato che in più della metà delle richieste non era esplicitato il quesito clinico. La norma ha ampiamente stabilito, da anni, la obbligatorietà della indicazione, ma il dato osservato implica un più stringente richiamo ai vari medici prescrittori, allo scopo di emettere richieste supportate da una valutazione clinica completa.
b) Un altro elemento di riflessione è rappresentato dal dato MES secondo il quale la Regione Umbria presenta un più alto numero di richieste di RMN della colonna vertebrale e muscolo-scheletriche, al netto della pesatura per età della popolazione. Anche in questo caso è necessario definire con gli Specialisti e con i Medici richiedenti, percorsi condivisi al fine di realizzare un percorso guidato

all'atto della richiesta che indichi i potenziali rischi di inappropriatezza, fermo restando il giudizio clinico del Medico Prescrittore. Analogamente anche per gli esami endoscopici, in particolare la colonscopia, vi è la necessità di una maggiore condivisione di percorsi perché le richieste di esami siano maggiormente aderenti alle Linee Guida delle Società Scientifiche.

c) In considerazione di quanto detto relativamente alle richieste di Risonanze Magnetiche e di Colonscopie, sono già attivati tavoli regionali con gli specialisti interessati proprio nell'ottica di definire percorsi condivisi con tutti medici richiedenti per ridurre i margini di inappropriatezza. Tale metodologia dovrà essere estesa anche ad altre branche specialistiche.
d) Particolare attenzione dovrà essere posta alla completa compilazione di tutti i campi della ricetta dematerializzata, tra cui la specifica di prestazione indotta o meno.
e) I tempi di attesa che si prolungano inducono spesso il Medico richiedente a richiedere la medesima prestazione per lo stesso Paziente con priorità RAO sempre ravvicinate (da una richiesta iniziale in RAO D, si passa ad una richiesta con classe RAO B, ecc,). Questa rappresenta un ulteriore elemento di disservizio e di potenziali conflitti circa la reale attribuzione di cui il Paziente ha necessità. Per tale motivo solo la prima richiesta redatta dal medico richiedente con la tempistica più appropriata rispetto ai bisogni del cittadino, sarà caricata a sistema, le altre verranno ignorate.
f) Un fenomeno ricorrente è rappresentato dalla mancata presentazione del Paziente ad un dato appuntamento. Questa eventualità determina chiaramente molti disservizi, poiché implica la disponibilità della equipe, della macchina ed il "tempo esame". Un esame mancato senza preavviso rende non utilizzabile sia la equipe, che la macchina. Laddove si verifichi la eventualità del drop out, l'Utente verrà automaticamente cancellato dalle liste degli appuntamenti/Percorsi di Tutela ed, eventualmente, dovrà eseguire una nuova richiesta di esame. Allo stesso viene addebitato il pagamento del ticket, ai sensi della normativa vigente.
g) La prenotazione della prestazione avviene in base alla disponibilità nelle agende che saranno riferite al territorio della ASL di riferimento, Azienda Ospedaliera e Strutture private accreditate e convenzionate presenti nel territorio della ASL. Il cittadino spesso richiede la erogazione della prestazione in sedi prossime al proprio domicilio. Se queste non sono disponibili ed il Sistema ha la possibilità di offrire la stessa prestazione in sedi più lontane (nell'ambito del territorio della ASL o in territorio regionale), il cittadino è tenuto ad accettare tale offerta dal momento che essa è basata sul principio del rispetto dei tempi indicati secondo il criterio RAO. Il rifiuto da parte del cittadino determina la cancellazione o non accettazione della prenotazione.
h) Spesso le richieste di prestazioni sono generate anche in virtù del principio di autotutela (medicina difensivistica) più che sul reale di bisogno del Paziente in virtù della sua condizione clinica. Le esperienze realizzate nel territorio regionale, sebbene in maniera molto disomogenea, hanno comunque sempre confermato che la possibilità di un confronto/consulto tra medico richiedente e specialista interessato, nei casi in cui non sia chiara la tempistica necessaria rispetto al dato quesito clinico, determina un marcato aumento della appropriatezza ed una riduzione della domanda dal momento che non sono generate richieste "generiche".

B. GOVERNO DELLA OFFERTA

Il governo della offerta si basa sulla organizzazione che le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere e le Strutture Private accreditate e convenzionate presentano rispetto alla domanda.

a) I due principi portanti il Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 sono: aderenza ai tempi RAO e la prossimità della sede di erogazione. Essi si sono rivelati di difficile integrazione stante la disomogeneità territoriale di disponibilità di risorse specialistiche, tecnologiche e di strutture private accreditate e convenzionate. Non c'è dubbio che il criterio dei RAO (prestazioni di classe U,B,D,P), introdotto proprio nell'ottica di fornire la prestazione necessaria al paziente nei tempi legati alla specifica condizione clinica, rappresenti il criterio maggiore da seguire nella risposta che il Servizio Sanitario Regionale deve fornire all'Utente. Il criterio della prossimità viene mantenuto laddove vi sia disponibilità nelle agende, partendo dal presupposto che l'offerta specialistica viene espressa come offerta data dalla Azienda Sanitaria di residenza, Azienda Ospedaliera di riferimento e Strutture private accreditate e convenzionate

presenti nella stessa Azienda Sanitaria (Area Nord ed Area Sud). In tal modo si creano due ampi bacini di offerta (Area Nord ed Area Sud) che esprimono il massimo della potenzialità dell'offerta mettendo a disposizione tutte le risorse disponibili, superando, di fatto, la logica della gestione distrettuale delle agende.

b) Gli aspetti quali-quantitativi delle prestazioni erogate dalle Strutture private accreditate e convenzionate saranno oggetto di accordi frutto dei tavoli di lavoro dedicati.

c) Le Aziende Ospedaliere renderanno disponibili per le attività gestite dai CUP di I° livello il 50% delle prestazioni previste nei piani di lavoro delle loro Strutture

d) La saturazione della offerta nell'ambito di una delle due Aree (Nord o Sud), comporta la ricerca della disponibilità anche nell'altra Area.

e) La logica della organizzazione della offerta di servizi dovrà perciò rispondere ai criteri di massima disponibilità, massimo miglioramento della appropriatezza e confronto fra professionisti con la finalità di effettuare richieste di prestazioni effettivamente necessarie e mirate.

f) L'offerta dei servizi si articolerà sulle 12 ore (8 – 20) tutti i giorni.

g) E' obiettivo generale quello di definire un tempario unico regionale.

h) Tale disponibilità potrebbe non rivelarsi sufficiente. In tal caso l'eccesso orario derivante dalla necessità di erogare le prestazioni previste, sarà considerato come produttività aggiuntiva.

i) Spesso i Servizi erogatori ricorrono alla "accettazione diretta" la quale, sebbene eseguita con la finalità di erogare prestazioni in attesa, rappresenta una metodologia che non consente un corretto monitoraggio dello scorrimento dei percorsi di tutela e si presta ad una minore trasparenza della gestione delle liste di attesa. Per tali motivi, la accettazione diretta è vietata.

j) Nel caso in cui le agende su tutto l'ambito regionale fossero occupate, sarà attivata automaticamente dai CUP, una disponibilità ulteriore del 20% per ogni struttura erogante, a partire da quelle con minor numero di posti in agenda già assegnati. Infatti, se le agende dovessero essere già tutte occupate, l'appuntamento verrà fissato l'ultimo giorno del RAO corrispondente presente nella richiesta.

k) La Struttura erogante potrà gestire tale eccesso di prestazioni in base alla propria organizzazione.

l) Se anche in questo caso il sistema non presenta disponibilità, l'Azienda di residenza, utilizzando i report resi disponibili per il monitoraggio delle disponibilità, attiverà ulteriori provvedimenti, quali ad esempio: apertura serale, acquisto di prestazioni in ALPI, accordi interaziendali dedicati. Tali attivazioni saranno decise in autonomia dalle Aziende in virtù delle criticità presenti.

m) La finalità è quella di dare comunque al cittadino una data di accesso alla prestazione.

n) Le agende devono essere accessibili per i 365 giorni dell' anno solare con monitoraggio eseguito da Puntozero Scarl.

o) E' importante separare il percorso dei controlli da quelli dei primi accessi. Infatti il percorso dei controlli è legato alla necessità di valutare l'effetto della terapia, o l'andamento del quadro clinico. Per tale motivo la prescrizione del controllo sarà a carico dello specialista nel caso in cui sia stata richiesta la visita specialistica.

p) Lo Specialista potrà avvalersi delle piastre ambulatoriali o, comunque, dei percorsi di II° livello con la presa in carico del Paziente con l'obbligo di produrre la relazione finale da inviare al Medico di Medicina Generale.

q) Il Medico di Medicina Generale avrà il ruolo critico del corretto inquadramento iniziale del Paziente e della appropriata richiesta degli accertamenti necessari a tal fine.

r) Nel caso in cui il quadro clinico sia stato gestito dal Medico di Medicina Generale, egli potrà richiedere la visita di controllo, indicandolo chiaramente nella ricetta.

s) Sebbene il presente Piano sia essenzialmente rivolto alla gestione delle prestazioni specialistiche, va sottolineata la attività di monitoraggio dei ricoveri chirurgici e l'avvio del Laboratorio Chirurgico, come elemento propedeutico alla costruzione di percorsi di appropriata gestione sia in base alla gravità della patologia, sia del setting assistenziale più adeguato per il contesto clinico della persona.

C. MONITORAGGIO E CONTROLLO DEI PROCESSI

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, le strategie per il monitoraggio e controllo dei processi sono:

- Governo del piano delle liste di attesa da parte delle Aziende Sanitarie che devono individuare entro 30 gg. un REFERENTE UNICO SANITARIO da comunicare alla Direzione Salute e Welfare con l'incarico specifico di monitorare e vigilare sulla corretta applicazione di tutti gli interventi previsti dal piano e rapportarsi con il referente regionale
- Le aziende devono rispettare i tempi di attuazione dei processi indicati nei paragrafi successivi e il rispetto di tali tempistiche rappresenta obiettivo specifico anche per i Direttori Sanitari e i Direttori Amministrativi
- Le Aziende devono assegnare obiettivi alle U.U.O.O. e ai professionisti per il rispetto delle disposizioni del piano e il raggiungimento degli obiettivi previsti per la garanzia dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali che per quelle chirurgiche.
- L'Azienda Punto Zero renderà disponibili, nei tempi concordati con la Direzione Salute e Welfare, il calcolo degli indicatori elencati nel successivo paragrafo 6 e renderli disponibili nel cruscotto regionale già attivo visibili alla Regione e alle Aziende implementandolo di tutte le funzioni necessarie al monitoraggio. Attualmente è operativo il cruscotto sui tempi di attesa. Saranno attivati altri progetti finalizzati al completamento del cruscotto regionale.
- L'Azienda Punto Zero deve informare e sensibilizzare gli operatori CUP delle modalità di applicazione del Piano.
- La Regione e le Aziende promuovono una campagna comunicativa sull'adozione del presente piano e delle sue regole applicative.
- La Regione e le Aziende definiscono le necessità formative per l'implementazione del piano.

1. LINEE DI INTERVENTO PER IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA

Fermo restando quanto previsto dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021, si indicano di seguito le ulteriori misure e le attività che devono essere garantite da tutte le Aziende:

1a. Tempi massimi di attesa per prestazioni ambulatoriali (punto 1. PNGLA)

Primi accessi:

Per tutte le prestazioni soggette a prescrizione **con l'indicazione della classe di priorità** con l'utilizzo dei "**Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO" il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità** indicata nella prescrizione.

Per tutte le altre prestazioni non soggette a metodica RAO il tempo massimo di attesa da garantire è di 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali.

Accessi successivi:

Per gli **accessi successivi** il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda devegarantire è il **tempo indicato dallo Specialista, che prende in carico il Paziente, con l'appuntamento già indicato nella relazione clinica.**

Nel caso dei controlli l'agenda è definita direttamente dallo Specialista.

Ai fini di una corretta applicazione di quanto indicato al presente paragrafo si richiamano le seguenti definizioni riportate nell'Allegato D del PNGLA 2019-2021:

Il **tempo di attesa per le prestazioni ambulatoriali** è generalmente definito come il **tempo che intercorre tra il momento della prenotazione di una prestazione di specialistica ambulatoriale e il momento dell'erogazione**.
Il **tempo massimo di attesa** rappresenta **il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta (prenotazione) delle prestazioni e l'erogazione delle stesse**.

Per **data di contatto/prenotazione della prestazione di specialistica ambulatoriale si intende** la data in cui il soggetto che deve richiedere la prestazione entra in contatto con il sistema di prenotazione. La data di contatto è un concetto riferibile a qualunque modalità diaccesso al sistema di prenotazione, anche, ad esempio, nel caso in cui sia direttamente il medico prescrittore che provvede ad effettuare la prenotazione (in questo specifico caso, esisterebbe coincidenza tra data di prescrizione e data di contatto). Nel caso in cui il cittadino sia inserito nelle preliste, ai fini della rilevazione del tempo di attesa si considera sempre la data di effettivo primo contatto/prenotazione, e quindi quella di inserimento in una eventuale pre-lista. Si sottolinea che il tempo di contatto/prenotazione, definibile come differenza tra data di contatto/prenotazione e data di prescrizione della prestazione, può dipendere da diversi fattori imputabili sia a scelte dei cittadini (ritardi nell'accedere al sistema di prenotazione), che a inefficienze del sistema di prenotazione (es.: difficoltà di accesso al sistema).

Primo accesso: prima visita o primo esame di diagnostica strumentale, visita o prestazione di approfondimento erogati da specialista diverso dal primo osservatore; nel caso di un paziente cronico, si considera primo accesso la visita o l'esame strumentale necessari in seguito ad un peggioramento del quadro clinico.

Accesso successivo: visita o prestazione di approfondimento per pazienti presi in carico dal primo specialista, controllo, follow up).

1b. Tempi massimi di attesa per prestazioni di ricovero (punto 1. PNGLA)

Per i ricoveri programmati oggetto di monitoraggio indicati nell'elenco al paragrafo 3.2 del PNGLA 2019-2021, il tempo massimo di attesa che ciascuna Azienda deve garantire è quello previsto dalla classe di priorità indicata nella prescrizione. Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA 2019-2021, sono:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi

B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che noncausano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

1c. Azioni per l'ottimale utilizzo delle strutture e delle apparecchiature (Punto 2. e punto 3. PNGLA)

Le Aziende Sanitarie, le Aziende Ospedaliere e le Strutture private accreditate e convenzionate devono provvedere alla razionalizzazione e all'ottimizzazione dell'offerta delle prestazioni tenendo conto sia delle effettive necessità assistenziali del territorio sia della domanda rilevata.

Le Aziende dovranno:

- prevedere l'apertura degli ambulatori specialistici con orario 8 – 20 tutti i giorni;
- prevedere turni di massimo utilizzo della strumentazione programmando una apertura di 12h/die con professionisti provenienti anche da altre Aziende Sanitarie (integrazione Ospedali-territorio, equipe multidisciplinari e multiprofessionali). Prevedere in particolare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini al massimo della loro capacità produttiva. Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie; dovrà essere elaborato un piano dettagliato che evidenzi le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle apparecchiature vetuste (tenendo conto dei tempi di fermo macchina per guasto/manutenzione) nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete;
- rimodulare i budget con le strutture private accreditate, definendo preventivamente i fabbisogni della Azienda;
- prevedere contratti di assunzione per il personale da coinvolgere nel presente Piano (medici, infermieri, tecnici, ecc) o altre forme di utilizzo di personale;
- utilizzare lo strumento della produttività aggiuntiva al fine di garantire l'offerta specialistica entro i termini previsti dai RAO;
- prevedere l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale;

1d. Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (Punto 6. PNGLA)

I medici specialisti al momento dell'erogazione della prestazione **dovranno attribuire la Classe di priorità per tutte le prestazioni** per le quali è prevista la griglia RAO, al fine di consentire l'analisi della **concordanza della Classe** assegnata ai singoli casi.

Per l'accesso a **prestazioni ambulatoriali invasive o a forte rischio diinappropriatezza** dovranno essere condivisi con il Comitato dei MMG e PLS strumenti volti al miglioramento dell'appropriatezza e della congruità prescrittiva, quali ad esempio:

- **Percorso assistito nella formulazione della richiesta con la indicazione dei passaggi ad elevato rischio di inappropriatezza (Indicazioni definite dai tavoli tecnici regionali che in questa prima fase hanno coinvolto radiologi e gastroenterologi endoscopisti).** Nei casi dubbi o in cui non sia chiara la tempistica da seguire circa i tempi di esecuzione della prestazione, il MMG prescriverà la relativa richiesta di visita specialistica per presa in carico con priorità B (entro 10 giorni) o D (30 giorni) anziché gli specifici esami diagnostici; in questi casi il servizio di competenza assicura la presa in carico del paziente provvedendo alla prescrizione e alla contestuale prenotazione (già sperimentato nel distretto Alto Chiascio della USL Umbria1) per le richieste di colonscopia.

E' **obbligatoria la esecuzione della concordanza** da parte dello specialista relativamente alla categoria RAO indicata dal Medico proscrittore.
Dovranno inoltre essere utilizzati gli strumenti necessari per intercettare gli utenti:

- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening fuori dal programma** ad essi riservato, e non risultano aver aderito al programma;
- che effettuano una **prestazione prevista dagli screening aggiungendo un esame intermedio** rispetto a quanto previsto dal programma stesso a cui hannoaderito.
  Tali informazioni dovranno essere trasmesse ai MMG al fine di informare i propri pazienti relativamente al corretto percorso da seguire.

Tutte le azioni sopra descritte dovranno essere condivise con i MMG e i PLS nell'ambito delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e con i medici specialisti.
Le **richieste non conformi** alle regole prescrittive (assenza di classe Rao per le prestazioni che lo prevedono, assenza di quesito diagnostico, richiesta di controllo senza indicazione del tempo di erogazione….) **non potranno essere accettate dall'operatore CUP**. L'utente dovrà munirsi di valida ricetta redatta dal Medico prescrittore, che avrà cura di redigere la richiesta secondo le vigenti regole prescrittive.

1e. Misure per la congruità e l'appropriatezza della prescrizione delle prestazioni di ricovero (Punto 6. PNGLA)

Ferme restando le misure definite dalle norme nazionali e le azioni previste fino ad oggi con atti e note regionali, le Aziende devono provvedere a potenziare l'attività di Osservazione Breve Intensiva (OBI) ridefinendo il proprio assetto organizzativo in modo da ridurre i ricoveri inappropriati.
L'inserimento in lista di attesa chirurgica deve avvenire nel rispetto delle indicazioni delle classi di priorità e della complessità clinica come da piano operativo di cui alla DGR 374/2022.
Le Aziende devono garantire l'inserimento in lista di attesa con indicazione degli elementi essenziali quali, oltre all'anagrafica del paziente, la data di inserimento, la classe di priorità, gli elementi per valutare la complessità clinica (diagnosi principale e intervento proposto con descrizione desumibile da ICD-C9-CM per ipotizzare DRG di riferimento), il setting assistenziale preposto.
Le Aziende devono monitorare l'intero percorso chirurgico dalla visita, all'inserimento in lista di attesa, al ricovero, all'utilizzo della sala operatoria con dettaglio dei tempi previsti dal monitoraggio come da progetto ministeriale. Le aziende sono già dotate dello stesso SW di gestione dell'intervento chirurgico e per il raggiungimento degli obiettivi indicati le azioni sono:

- attivazione del percorso chirurgico informatizzato per il monitoraggio complessivo delle liste di attesa chirurgiche (progetto sale operatorie)
- attivazione del laboratorio chirurgico con individuazione dei professionisti clinici per branca (1 per branca per azienda) per definire le priorità cliniche di inserimento in lista di attesa e omogeneizzare le procedure aziendali per l'inserimento in lista di attesa dei pazienti chirurgici.

1f. Adeguamento del Sistema CUP regionale e Potenziamento servizi per la gestione delle disdette/modifiche delle prenotazioni (Punto 7. PNGLA, Punto 8. e punto 12. PNGLA)

Il sistema CUP regionale deve garantire la gestione razionale e trasparente degli accessi ambulatoriali, in coerenza con le Linee Guida Nazionali CUP di cui all'Accordo Stato- Regioni del 29 aprile 2010 e successivi aggiornamenti. Tale sistema deve inoltre essere adeguato dal punto di vista informatico ed organizzativo in modo da garantire tutte le azioni previste dal presente Piano. A tale scopo viene istituito il **back office unico regionale**. E' gestito da Puntozero Scarl che provvede al supporto tecnico della gestione delle agende grazie alla rimodulazione dei CUP e del NUS in termini di:

- Nuove modalità di organizzazione del servizio (sviluppo di Smart CUP e Back Office Unico Regionale)
- Ruolo pro-attivo e supporto alle Aziende per la implementazione delle piastre ambulatoriali,
- Innovazione digitale di processi quali la prenotazione da parte degli Specialisti, la dematerializzazione delle ricette, automazione dell'invio degli SMS informativi, ecc.)
- Possibilità di prenotazione da parte di CUP, FARMACUP, SMARTCUP, CUP-online e NUS su strutture private accreditate e convenzionate
- Consentire nelle AFT ai MMG di prenotare direttamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale contestualmente alla prescrizione.

Al fine di governare il fenomeno della "prestazione non eseguita" per mancata presentazione dell'utente dovranno essere **consolidati ed eventualmente ampliati i servizi telefonici (compresi Recall e NUS – Numero Umbria Sanità**, servizi attivi già da tempo nella nostra Regione) e **i servizi telematici** (sms, post elettronica, CUP online, …)di modifica o disdetta delle prestazioni prenotate.

1g. Pagamento ticket per prestazioni non disdette e pagamento prestazioni per mancato ritiro referto (Punto 12. del PNGLA)

Come previsto dall'art. 3 comma 15 del d. Lgs. 124/1998: "L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione".
Il cittadino è tenuto, anche se esente, al pagamento per intero delle prestazioni di cui non ritira il referto entro 30 giorni dall'erogazione della prestazione. L'Azienda USL competente ad esercitare il recupero in caso di mancato ritiro del referto da parte dell'utente è quella di residenza del soggetto.
Il cittadino che non si presenta all'appuntamento fissato senza preavviso o che non accetti la offerta dell'appuntamento generato dal sistema, viene automaticamente cancellato dalle liste di attesa.

1h. Gestione trasparente delle Agende di prenotazione (Punto 9. PNGLA)

Il sistema regionale CUP deve assicurare la gestione trasparente e la totale visibilità di tutte le Agende di prenotazione delle **strutture pubbliche e private accreditate convenzionate**, nonché quelle dell'**attività istituzionale** e della **libera professione intramuraria.** Devono essere definite ed applicate **regole omogenee di creazione e di gestione delle Agende** su tutto il territorio regionale, nonché **regole omogenee di prenotazione** in modo da assicurare trasparenza ed equità di accesso garantite dall'operatività del **back-office unico regionale**.
Tutte le Aziende devono generare agende distinte per i primi accessi e per gli accessi successivi. **Quelle per i primi accessi** devono essere **suddivise per le classidi priorità previste per ciascuna prestazione**. Per le attività legate agli **accessi successivi**, si

istituiranno **apposite Agende dedicate** alle prestazioni programmate dallo specialista che già ha preso in carico il paziente e Agende dedicate per i PDTA previsti dalPiano regionale della cronicità.
La gestione delle Agende da parte del sistema CUP deve essere improntata a **criteri di flessibilità**, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare la capacità di assicurare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità. Inoltre è necessario prevedere in tutte le Agende il **riutilizzo deiposti** nel caso si presentino annullamenti di prenotazioni garantendo una riassegnazione delle disponibilità alle priorità con più alta domanda per quella tipologia di agenda/prestazione
E' **obbligatorio** che la prenotazione della ricetta, oltre alla sua completa compilazione da parte del Medico prescrittore, riporti gli elementi identificativi dell'operatore CUP.

1i. Potenziamento dell'uso delle classi di priorità e dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO) (Punto 5. e punto 10. PNGLA)

Deve essere promosso ed attuato l'utilizzo dei "**Raggruppamenti di Attesa Omogenei - RAO**", attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) ed erogatori, al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni.
Le classi di priorità d'accesso previste nella nostra Regione, in linea con le indicazioni del PNGLA, sono:

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

Per tutte le **prime visite/prime prestazioni diagnostiche** è **obbligatorio indicare sulla prescrizione il codice della Classe di priorità** e il **quesito diagnostico.**
Tali indicazioni saranno oggetto di specifico monitoraggio

1l. Governo dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali (Punto 11. PNGLA)

E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie di siglare entro il 28 febbraio di ogni anno, l'accordo di fornitura con la Azienda Ospedaliera di riferimento che dovranno rendere disponibili almeno il 50% delle disponibilità dei propri piani di lavoro. Le Aziende USL, attraverso l'analisi specifica dei propri flussi informativi delle prestazioni, dovranno valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale). Per una migliore valutazione dovranno inoltre stimare, attraverso indaginiad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR. Tutto ciò al fine di una puntuale programmazione della richiesta di attività da rivolgere al Privato accreditato e convenzionato e della acquisizione di pacchetti di prestazioni rivolta a Medici Specialisti anche Convenzionati (SUMAI).Le Aziende Sanitarie inoltre possono stipulare ulteriori accordi con l'Azienda Ospedaliera di riferimento laddove vi sia una saturazione della offerta istituzionale.

1m. Governo dell'offerta attraverso la separazione dei canali di accesso (primo accesso e accessi successivi) *(Punto 11 PNGLA)*

a. **Obbligo dell'indicazione**, nelle procedure di **prescrizione** e **prenotazione** delle prestazioni ambulatoriali specialistiche garantite dal SSN:
   - di **prima visita/prestazione diagnostica o degli accessi successivi**;
   - della **classe di priorità** se trattasi di prime visite/prime prestazioni diagnostiche;
   - del **tempo in cui deve essere effettuato il controllo** (numero di mesi) se trattasi di accessi successivi;
   - del **quesito diagnostico**;
   - del **suggerito.**
   - la valorizzazione del campo "Tipo accesso" da parte del medico prescrittore perle prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA;
   - la valorizzazione dei campi "Garanzia dei tempi massimi", "Data di prenotazione", "Data di erogazione" da parte dell'erogatore per le prestazioni di cui al paragrafo 3.1 del PNGLA.

   I controlli saranno vincolanti, dal punto di vista della trasmissione informatica dei dati, sia per le ricette dematerializzate che per le ricette in formato cartaceo. Inoltre, sempre relativamente alle ricette in formato cartaceo, ai fini del monitoraggio verrà considerato come primo accesso la prestazione con biffatura della Classe di priorità.

b. Realizzazione dell'effettiva **separazione dei percorsi relativi ai primi accessi e agli accessi successivi,** sia nella fase di **prenotazione** che in quella di **erogazione** della prestazione; le Agende CUP dovranno pertanto essere adeguate a tali indicazionicome già indicato nello specifico punto "Gestione trasparente delle Agende di prenotazione"

c. Tutte le Aziende devono organizzare i Servizi specialistici ambulatoriali sia delle strutture ospedaliere che quelli territoriali in modo tale che le **prestazioni successiveal primo accesso**:
   - **siano prescritte direttamente dal medico specialista su ricetta SSN**, **indicando in un apposito spazio destinato ad uso regionale il tempo in cui deve essere effettuato il controllo (numero di mesi),** senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione;
   - **siano prenotate direttamente dai Servizi specialistici al momento della prescrizione**.

   La procedura dovrà essere analoga in caso di dimissione ospedaliera per le eventuali ulteriori indagini di completamento dell'iter diagnostico-terapeutico (qualora non incluse nel DRG).

d. **Gestione del percorso dell'emergenza/urgenza e dell'urgenza classe di priorità U**:le prestazioni di emergenza/urgenza hanno diretto accesso al Pronto Soccorso senzala ricetta del SSR. Le prestazioni urgenti classe di priorità U sono solo quelle prestazioni critiche di primo accesso sottoposte a metodica RAO, prescrivibili con impegnativa del SSR e che non devono accedere al Pronto Soccorso.

1n. "Presa in carico" del paziente cronico *(Punto 13. PNGLA)*

Le malattie del sistema cardiocircolatorio e i tumori si confermano essere le principali cause di morte nel nostro Paese, pertanto devono essere le aree prioritarie per lo sviluppo dei **Percorsi diagnostici e terapeutici assistenziali (PDTA)**. Si rimanda al Piano regionale della cronicità, che definisce le linee strategiche regionali per tutte le patologie croniche, per l'individuazione di ulteriori aree di interesse per lo sviluppo dei PDTA, adesempio: Diabete (con particolare attenzione alla esecuzione del Fundus Oculi), BPCO (con particolare attenzione alla esecuzione della Spirometria).

Le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dovranno mettere in atto azioni sistemiche ed integrate finalizzate a **migliorare i PDTA, compresi quelli specifici per l'ambito pediatrico,** in modo da garantire tempi adeguati di erogazione delle prestazioni, nonché modalità di comunicazione e informazione per l'utente e i familiari rispetto ai PDTA previsti e alla relativa tempistica di erogazione. Dopo la prima visita, una volta confermato il sospetto clinico, dovrà essere garantita la "presa in carico" del paziente cronico con l'avvio di un PDTA che consenta la definizione puntuale del problema e l'esecuzione di esami diagnostici e terapie necessari entro i tempi massimi di attesa indicati per ciascuna delle due fasi: **a tale scopo si dovrà provvedere alla prescrizione e alla prenotazione delle prestazioni di controllo direttamente da parte dei servizi specialistici**. Anche laddove non vi sia un PDTA strutturato, in ogni caso va prevista la presa in carico da parte dello Specialista tramite le piastre ambulatoriali o percorsi di II° livello.

1o. "Percorsi di tutela" (Punto 14., punto 15. e punto 16. PNGLA)

La attivazione dei Percorsi di tutela avverrà quando:

- non vi sia disponibilità presso l'ambito di riferimento (Azienda Sanitaria, Azienda Ospedaliera, Privato accreditato e convenzionato),
- non vi sia disponibilità anche presso l'altro ambito regionale
- non vi sia disponibilità anche per esaurimento dell' "overbooking" secondo le modalità già descritte al capitolo B
- non sia possibile attuare ulteriori misure aggiuntive come definite al capitolo B.

In tale situazione il numero dei Percorsi di Tutela non potrà superare l'offerta ordinaria di prestazioni delle Unità eroganti presenti nell'area di riferimento. Quando ciò dovesse verificarsi, la Azienda dovrà provvedere entro 10 giorni a fissare un appuntamento.
Tale gestione avverrà a cura di PuntoZero Scarl attraverso il back office unico regionale.
Qualora la numerosità nel percorso di tutela per la specifica prestazione superi quella complessiva dell'offerta settimanale per la stessa prestazione si attiva specifico piano di recupero.
Il Direttore Sanitario di ciascuna Azienda è il referente circa la corretta organizzazione delle Strutture eroganti. Le agende, infatti, dovranno essere accessibili e prenotabili per l'intero anno solare.
L'avvicinarsi della saturazione della offerta (sulla base dei dati raccolti da PuntoZero) determina la convocazione immediata del Tavolo Regionale al fine di valutare le criticità e definire strategie di superamento.

2. MONITORAGGIO, CONTROLLO, VALUTAZIONE

2a. Elenco delle prestazioni e tempi massimi di attesa oggetto di monitoraggio.

Per **l'elenco delle prestazioni e i tempi massimi di attesa** che saranno oggetto di monitoraggio relativi alle **prestazioni ambulatoriali**, alle **prestazioni in regime di ricovero** e alle **prestazioni inserite in Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)** si rimanda al **paragrafo 3, punti 3.1**, **3.2** e **3.3** del **PNGLA 2019-2021**.
Tutti i dati saranno raccolti da Puntozero Scarl che provvederà a renderli disponibili attraverso l'apposito "cruscotto regionale", già operativo per alcune funzioni ed in via di definizione per il completamento degli indicatori.
Per i monitoraggi e i relativi flussi informativi delle **prestazioni ambulatoriali**, delle **prestazioni in regime di ricovero**, dei **PDTA**, delle prestazioni erogate in **attività Libero Professionale Intramuraria erogata a carico dell'utente** e della presenza sui **siti Web della sezione su liste**

e tempi di attesa si rimanda al **paragrafo 6 del PNGLA 2019- 2021 e all'Allegato B** "Linee Guida sulle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" **del PNGLA 2019-2021** in cui vengono descritti:

a. Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
b. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale;
c. Monitoraggio *ex post* delle attività di ricovero erogate in regime istituzionale;
d. Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;
e. Monitoraggio dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) in ambito cardiovascolare e oncologico con indicazione di altre aree critiche;
f. Monitoraggio ex ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in attività libero professionale intramuraria – ALPI (a carico dell'utente), effettuata attraverso il portale di Agenas (http://alpi.agenas.it), secondo le relative Linee Guida ad oggi in fase di revisione;
g. Monitoraggio della presenza sui siti Web della Regione e delle Aziende Sanitarie di sezioni dedicate ai tempi e alle liste di attesa;
h. Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende di prenotazione (delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria) nel sistema CUP.

Le Aziende Sanitarie assicurano la trasmissione sistematica dei flussi informativi di Monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa secondo quanto previsto dal paragrafo 6 del PNGLA 2019-2021 e dall'Allegato B "Linee Guida relative alle modalità di trasmissione e rilevazione dei flussi informativi per il Monitoraggio dei tempi di attesa" del PNGLA 2019- 2021.

Oltre a quanto sopra indicato, si prevede quanto segue:

- Per quanto riguarda le **prestazioni di controllo di specialistica ambulatoriale** verranno monitorati: l'effettuazione della prescrizione da parte del medico specialista, l'indicazione nella prescrizione di "accesso successivo", l'effettuazione della prenotazione direttamente da parte dei servizi specialistici, i tempi di erogazione in base a quanto indicato dal medico prescrittore, la sospensione/chiusura delle agende.
- Per quanto riguarda le **prestazioni di ricovero,** al fine di assicurare un corretto monitoraggio e a garanzia di equità e trasparenza verso il cittadino, verrà istituito un apposito gruppo di lavoro regionale, con la partecipazione delle Direzioni aziendali, per elaborare un documento contenente le indicazioni per la gestione di tali liste di attesa e per la definizione di un apposito flusso informativo verso la Regione.

2b. Cruscotto regionale

La Regione garantisce l'utilizzo di sistemi innovativi di business intelligence per la governance delle liste di attesa a livello regionale e aziendale.

Dovrà essere realizzato un cruscotto regionale che assicuri il monitoraggio dei tempi e delle liste di attesa, adeguato alle regole definite nel presente Piano, in particolare:

- i monitoraggi previsti dal presente PRGLA e dal PNGLA 2019-2021 (deve essere automatizzata la produzione dei report previsti per gli Adempimenti LEA: monitoraggio ex ante, sospensioni, ecc.)
- il monitoraggio delle prestazioni offerte e delle prestazioni erogate
- il monitoraggio delle agende chiuse e/o sospese, attraverso un cruscotto per le Aziende sviluppato da PuntoZero.
- Il monitoraggio dei tempi di attesa, dei tempi medi di erogazione delle prestazioni, il ritardo con cui l'assistito si presenta per la prenotazione, ecc.
- il monitoraggio della appropriatezza delle prestazioni prescritte, di quelle suggerite, ecc.

che preveda l'elaborazione periodica di report da trasmettere ai MMG e PLS e agli Specialisti: a tale scopo dovranno essere definiti specifici indicatori attraverso i quali possano essere stabiliti degli obiettivi per entrambe le tipologie di medico prescrittore (esempi: per i MMG misurare quante prestazioni sia in termini numerici che economici prescrive ogni singolo medico in rapporto alla popolazione pesata, numero assistiti che non aderiscono al programma di screening e numero di prestazioni per soggetti in fascia di screening, quante prestazioni specifiche come RMN, gastroscopia, colonscopia, quanti esami ripetuti; per gli Specialisti quante prestazioni suggerite e non prescritte direttamente)

- la concordanza dei RAO
- il monitoraggio delle accettazioni dirette
- il monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche
- la concordanza della classe di priorità e della complessità clinica
- il monitoraggio dei tempi di sala operatoria

Le informazioni da monitorare e i relativi indicatori dovranno essere condivisi e definiti congiuntamente dalle Aziende Sanitarie e dalla Regione.

3. ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Si rimanda a quanto previsto dal paragrafo 5 del PNGLA 2019-2021 e alle disposizioni regionali in merito.
Inoltre, si ribadisce che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sforamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.
Le prestazioni da erogare in attività libero professionale devono essere prenotate nel sistema CUP, attraverso sportelli dedicati e i sistemi informatizzati devono garantire la tracciabilità dei pagamenti.

4. I PROGRAMMI ATTUATIVI AZIENDALI

Il Programma Attuativo Aziendale recepisce quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, in particolare al paragrafo 4., e dal presente Piano Regionale. Ciascuna Azienda:

- prevede nei contratti con gli erogatori accreditati l'impegno da parte degli stessi "a collaborare con la pubblica amministrazione anche, a titolo indicativo ma non esaustivo,nel sistema di gestione dei tempi e delle liste di attesa, facendo confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel sistema unico di prenotazione a livello regionale nonché, più in generale, nelle attività ispettive e di controllo da parte della pubblica amministrazione, pena la risoluzione del contratto" (*ANAC delibera 831 del 3 agosto 2016 determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione*);
- promuove l'informazione e la comunicazione sulle liste di attesa, sulle modalità di accesso alla prenotazione delle prestazioni, sui percorsi di garanzia in caso di sforamento dei tempi massimi, sui diritti e doveri in coerenza con quanto previsto nel presente Piano, attraverso sezioni dedicate e accessibili sui siti Web aziendali, campagne informative, Uffici Relazioni con il Pubblico (URP), Carte dei servizi, prevederne la disponibilità anche presso le strutture di abituale accesso dei cittadini (farmacie di comunità, ambulatori dei MMG e dei PLS); promuove inoltre la partecipazione di utenti e di associazioni di tutela e di volontariato, per favorire un'adeguata conoscenza;

- favorisce l'accesso alla prenotazione anche attraverso le farmacie e i MMG e PLS;
- con il supporto tecnico di PuntoZero Scarl, assicura la vigilanza sistematica sulle situazioni di sospensione dell'erogazione delle prestazioni e delle prenotazioni di specialistica ambulatoriale (primi accessi e accessi successivi) previsto dalla Legge n. 266/2005, dall'articolo 1, comma 282 (Finanziaria 2006) e fornisca alle strutture sanitarie il protocollo relativo agli interventi da attuare per fronteggiare i disagi causati dalla sospensione dell'erogazione della prestazione;
- prevede l'adozione di modelli gestionali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, nonché l'incremento delle sedute operatorie, programmando le stesse anche al pomeriggio, intervenendo sia sui processiintraospedalieri che determinano la durata della degenza media, sia sui processi di deospedalizzazione laddove questi richiedano interventi di facilitazione;
- prevede il monitoraggio dei Programmi attuativi aziendali che prevede il coinvolgimento e la partecipazione di organizzazioni di tutela del diritto alla salute e pertanto, il periodico ricevimento da parte dell'Azienda delle associazioni e dei comitati dei diritti.

Gli impegni assunti dai Direttori Generali per il superamento delle criticità legate ai lunghi tempi di attesa saranno fattore prioritario nella loro valutazione, secondo quanto previsto dall'art. 3 bis, comma 7 bis, del D.Lgs. 30/12/1992 n. 502 e s.m.

5. FUNZIONI DI COORDINAMENTO

I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere dovranno monitorare circa l'attuazione e il monitoraggio delle attività previste con il supporto dei Direttori Sanitari, nonché delle altre professionalità e responsabili aziendali secondo l'organizzazione adottata e le tematiche affrontate.
Inoltre la Direzione Aziendale avrà il compito di coordinare le attività dei responsabili delle varie fasi del processo a garanzia della coerenza delle azioni inerenti il rispetto dei tempi di attesa.
Le attività di monitoraggio sono svolte in collaborazione con PuntoZero Scarl.

Ai sensi della DGR n. 647 del 07.07.2021, avente ad oggetto "Piano Operativo per il recupero delle prestazioni sospese e/o ridotte in periodo di emergenza epidemica, con Determina Direttoriale N. 12406 del 03/12/2021 è stato istituito il **Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio per il governo delle liste d'attesa;** con le funzioni di:

- monitoraggio e analisi dei dati;
- analisi criticità organizzative;
- definizione piani di attività.

Il Coordinamento del suddetto Tavolo, per conto della Direzione Salute e Welfare, è affidato al Dott. Camillo Giammartino.
Il Tavolo è costituito da:

- Assessore regionale alla Salute e Politiche sociali;
- Direttore regionale Salute e Welfare;
- Coordinatore dei lavori del Tavolo per la Direzione Salute;
- Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali;
- Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie regionali;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza ospedaliera;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza territoriale;
- Responsabile regionale della Sezione competente in materia di monitoraggio liste di attesa;
- Amministratore Unico di PuntoZero;

Il tavolo verrà convocato con cadenza mensile.

6. INDICATORI e MONITORAGGIO

6a. Indicatori

§1: Rispetto dei tempi previsti per i primi accessi delle prestazioni ambulatoriali Classe U =100%, Classe B =100%, Classe D = 90%, Classe P = 80%

§2: Numero di concordanze eseguite su totale degli esami eseguiti per le prestazioni RAO
Target $\geq$ 90%

§3: Numero di RMN muscolo-scheletriche e della colonna non aderenti ai criteri RAO su popolazione di età superiore ai 65 anni.
Calcolo indicatore: indicatori MES

6b. Monitoraggio

a) Numero di prestazioni indotte su totale delle prestazioni richieste.
b) Attivazione di ambulatori dedicati per la presa in carico da parte delle Strutture eroganti prestazioni numericamente più elevati.
c) Monitoraggio delle ore di produttività aggiuntiva erogate al personale delle singole strutture.
d) Numero di prestazioni eseguite in accettazione diretta.
e) Monitoraggio acquisto prestazioni. Comunicazione da parte delle Aziende alla Regione con cadenza mensile.
f) Numero di concordanze eseguite su totale degli esami effettuati (radiologia ed endoscopia digestiva)
g) Numero di interventi inseriti in lista di attesa chirurgica completi di tutte le indicazioni previste.
h) Numero di concordanze classe di priorità su interventi inseriti in lista di attesa.
i) Numero di concordanze criteri di complessità su interventi inseriti in lista di attesa.
j) Numero di ore di sale operatoria utilizzate rispetto al programmato
k) Rispetto dei tempi previsti per gli interventi chirurgici Classe A =100%, Classe B =90%, Classe C = 80%, Classe D = 70%

I valori dalla lettera g) alla lettera k) sono ottenuti, in questa prima fase, attraverso la certificazione del dato da parte delle Aziende fino alla operatività del cruscotto dedicato.

Il **Tavolo regionale di coordinamento e monitoraggio per il governo delle liste d'attesa potrà introdurre nuovi indicatori in relazione all'evoluzione del piano e agli esiti del monitoraggio anche finalizzati all'implementazione di azioni correttive e/o di miglioramento.**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 luglio 2022, n. 1088

Piano recupero Liste d'attesa. - Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104. Aggiornato ai sensi della Legge 23 luglio 2021, n. 106. Art. 1, comma 276, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234. Variazione al bilancio di previsione per l'e.f. 2022.

L'Assessore Rocco Palese, sulla base dell'istruttoria espletata dal Dirigente del "Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale-Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e confermata dal Dirigente della Sezione "Strategie e Governo dell'Offerta", riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

In questi mesi si sono susseguiti molti atti in materia, sia a livello nazionale (decreti-legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale; atti che hanno disposto una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l'emergenza COVID-19.

La Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 ad oggetto "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", all'art. 29, ha dettato le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa al fine di soddisfare le 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, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza dei percorsi di cura.

Con Deliberazione di giunta regionale n. 2143 del 22 dicembre 2020 "Approvazione Piano Recupero Liste d'attesa – Legge 13 ottobre 2020, n. 126 conversione del D.L. 14 agosto 2020, n.104" è stata data attuazione al decreto legge di cui sopra.

Il decreto legge n. 73 del 25 maggio 2021 avente ad oggetto "Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, l. 23 luglio 2021, all'art. 26, 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 a causa dell'emergenza epidemiologica, ha disposto di poter utilizzare fino al 31 dicembre 2021, le risorse previste dal succitato art. 29 del d.l. n. 104/2020.

Successivamente, con l'articolo 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) è stato disposto che "*per garantire la piena attuazione 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, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sono prorogate fino al 31 dicembre 2022. Conseguentemente, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano rimodulano il Piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, e lo presentano entro il 31 gennaio 2022 al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze".*

La medesima Legge, al comma 277 ha disposto che "*per il raggiungimento delle finalita' di cui al comma 276, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, 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, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito come indicato nella tabella A dell'allegato 4 annesso alla presente legge, ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 278. Le medesime strutture private accreditate rendicontano entro il 31 gennaio 2023 alle rispettive regioni e province autonome le attivita' effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della deroga di cui al presente comma. La presente disposizione si applica anche alle regioni interessate dai piani di rientro dal disavanzo sanitario di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.*"

278. "*Per l'attuazione delle finalita' di cui ai commi 276 e 277 e' autorizzata la spesa per complessivi 500 milioni di euro, a valere sul livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2022. Tale autorizzazione di spesa include l'importo massimo di 150 milioni di euro di cui al comma 277. Al finanziamento di cui ai commi da 276 a 279 accedono tutte le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, secondo la ripartizione riportata nella tabella B dell'allegato 4 annesso alla presente legge.* "

La medesima legge, all'articolo 1, comma 279, ha stabilito che "*il Ministero della salute verifica, sulla base di apposita relazione trasmessa dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, il numero e la tipologia di prestazioni oggetto di recupero, in coerenza con il Piano rimodulato di cui all'articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nei limiti massimi degli importi di cui al comma 278 impiegati per la finalità di cui al comma 276. Ove il Ministero della salute abbia positivamente verificato l'insussistenza del fabbisogno di recupero delle liste d'attesa di cui al comma 276, il finanziamento di cui ai commi da 276 al presente comma o quota parte di esso rientra nella disponibilità del servizio sanitario della regione o provincia autonoma per lo svolgimento di altra finalità sanitaria*".

Al fine di dare attuazione alle norme in argomento, trasmetteva con nota prot. AOO_005PROT/24/02/2022/0001637, sulla base dei riscontri pervenuti dalle Aziende del SSR, il piano operativo predisposto per il recupero delle prestazioni non erogate in ragione dell' epidemia da SARS-CoV-2.

Con nota Prot. n. 0008873 del 24-04-2022 DGPROGS-MDS-P, a seguito della fase istruttoria, il Ministero della Salute, di concerto con il MEF ed AGENAS, comunicava che il Piano di recupero per le liste d'attesa della Regione Puglia, risultava essere coerente con i criteri previsti dalle Linee di indirizzo ministeriali n. 1525 del 24/01/2022 e, pertanto, dava avvio al monitoraggio.

Alla luce di quanto finora esposto, ai sensi dell'art. 1, comma 276 della legge 30 dicembre 2021, n. 234, si propone di procedere alla rimodulazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa (adottato secondo quanto disposto dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, e successivamente aggiornato ai sensi dell'articolo 26, comma 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106) approvato con deliberazione di giunta regionale n. 2143 del 22 dicembre 2020 così come riportato nell'Allegato A, parte integrante del presente provvedimento.

Con parere prot. n. PUGLIA – DGPROGS 21/07/2022 – 0000039-P i Ministeri affiancanti hanno espresso

parere favorevole circa la richiesta della Regione sull'utilizzo del finanziamento (prot. n. AOO_ 005-28-06-2022-0004433) , di cui alla Legge di Bilancio 2022 per il recupero delle liste d'attesa.

Sulla base di quanto premesso, è inoltre necessario provvedere alla registrazione nel bilancio di previsione 2022 della Regione Puglia le ulteriori somme assegnate alla Regione Puglia per l'anno 2022 per l'attuazione delle finalità di cui al presente provvedimento.

Visti:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, nr. 118, come integrato dal D.Lgs. 10 agosto 2014 nr. 126 "Disposizioni integrative e correttive del D.Lgs 118/2011", recante disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della L. 42/2009;
- l'art. 51, comma 2, del D. Lgs. 118/2011 e ss.mm.ii., che prevede che la Giunta, con provvedimento amministrativo, autorizzi le variazioni del documento tecnico di accompagnamento e le variazioni del bilancio di previsione;
- la Legge Regionale n. 51 del 30/12/2021 "Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2022)";
- la Legge Regionale n. 52 del 30/12/2021 "Bilancio di previsione della Regione Puglia per l'esercizio finanziario 2022 e bilancio pluriennale 2022-2024";
- la D.G.R. n. 2 del 20/01/2022 "Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024. Articolo 39, comma 10, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. Documento tecnico di accompagnamento e Bilancio Finanziario Gestionale. Approvazione.".

Ritenuto di dover provvedere alla variazione al bilancio di previsione per l'e.f. 2022 sia per la parte entrata che per la parte spesa del Fondo Sanitario Regionale vincolato.

Il presente provvedimento viene sottoposto all'esame della Giunta Regionale ai sensi dell'art.4, comma 4, lett. d) della L.R. n. 7/1997.

Copertura finanziaria ai sensi del D.Lgs.vo n.118/2011

Il presente provvedimento comporta una variazione al Bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento Tecnico di Accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., come di seguito dettagliato:

BILANCIO VINCOLATO – GESTIONE SANITARIA

PARTE ENTRATA

Entrate ricorrenti – codice UE 2 – Altre entrate

CRA	CAPITOLO		Tit. Tip. Cat.	P.D.C.F	VARIAZIONE da effettuare sul B.P. 2022 Competenza e Cassa
15 02	C.N.I.	Risorse piano per il recupero delle liste d'attesa. Risorse di cui all'art. 1, commi 276 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234	2 101 1	2.1.1.1	+32.898.723,00
				TOT.	**+32.898.723,00**

Titolo Giuridico che supporta il credito: Art. 1, commi 276 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Debitori: Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze.

PARTE SPESA

CRA	CAPITOLO		Miss. Progr. Tit.	P.D.C.F.	VARIAZIONE da effettuare sul B.P. 2022 Competenza e Cassa
15 02	C.N.I.	Trasferimento agli enti del ssr risorse piano per il recupero delle liste d'attesa. Risorse di cui all'art. 1, commi 276 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234	13 1 1	1.4.1.2	+32.898.723,00
				TOT.	**+32.898.723,00**

La variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di bilancio di cui al D.Lgs. 118/2011.

Alle conseguenti registrazioni contabili di impegno si provvederà con successivi provvedimenti del Dirigente competente, anche al fine di adempiere alle disposizioni relative alla esatta perimetrazione della spesa sanitaria ex art. 20 e 22 D.Lgs.vo 118/2011 per l'anno 2022.

GARANZIE DI RISERVATEZZA

La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all'Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D. Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE.

Valutazione di impatto di Genere
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è: ☐ diretto ☐ indiretto ■ neutro

L'Assessore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi della L. R. n. 7/97, art. 4, lett. K, propone alla Giunta:

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Piano Recupero Liste d'attesa, di cui all'Art. 1, comma 276, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, riportato nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare una variazione al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento Tecnico di Accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., sia in termini di competenza sia di cassa, sia per la parte entrata sia per la parte spesa dei capitoli del bilancio regionale, come specificato nella sezione relativa agli adempimenti contabili del presente provvedimento;

4. di dare atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.lgs. n. 118/2011.
5. di incaricare il Dirigente competente a provvedere con successivi atti alle conseguenti registrazioni contabili di impegno, anche al fine di adempiere alle disposizioni relative alla esatta perimetrazione della spesa sanitaria ex art. 20 e 22 D.Lgs.vo 118/2011 per l'anno 2022;
6. di approvare l'Allegato E/1, composto da nr. 1 pagina, nella parte relativa alla variazione al bilancio, e di incaricare la Sezione Bilancio e Ragioneria di trasmettere lo stesso al Tesoriere regionale conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione;
7. di stabilire che l'attuazione del presente piano rientra negli obiettivi dei Direttori Generali e costituirà elemento di valutazione;
8. di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell' Offerta" al Ministero della Salute e al Ministero dell' Economia e Finanze;
9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio affidato è stato espletato nel rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dal Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale, ai fini dell'adozione dell'atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

La Dirigente del Servizio: Antonella CAROLI

Il Dirigente della Sezione: Mauro Nicastro

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento NON ravvisa la necessità di esprimere, sulla proposta di delibera, osservazioni, ai sensi del combinato disposto degli artt. 18 e 20 del DPGR n.443/2015 e ss.mm.ii.

Il Direttore del Dipartimento: Vito MONTANARO

L'Assessore: Rocco PALESE

LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;
- viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- a voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Piano Recupero Liste d'attesa, di cui all'Art. 1, comma 276, 278 e 279 della Legge 30 dicembre 2021, n. 234, riportato nell'Allegato, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di approvare una variazione al Bilancio di Previsione dell'esercizio 2022 e pluriennale 2022-2024, al Documento Tecnico di Accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2022-2024, ai sensi dell'art. 51, comma 2 del D. Lgs. n. 118/2011 e s.m.i., sia in termini di competenza sia di cassa, sia per la parte entrata sia per la parte spesa dei capitoli del bilancio regionale, come specificato nella sezione relativa agli adempimenti contabili del presente provvedimento;
4. di dare atto che la variazione proposta con il presente provvedimento assicura il rispetto dei vincoli di finanza pubblica vigenti e gli equilibri di Bilancio di cui al D.lgs. n. 118/2011.
5. di incaricare il Dirigente competente a provvedere con successivi atti alle conseguenti registrazioni

contabili di impegno, anche al fine di adempiere alle disposizioni relative alla esatta perimetrazione della spesa sanitaria ex art. 20 e 22 D.Lgs.vo 118/2011 per l'anno 2022;

6. di approvare l'Allegato E/1, composto da nr. 1 pagina, nella parte relativa alla variazione al bilancio, e di incaricare la Sezione Bilancio e Ragioneria di trasmettere lo stesso al Tesoriere regionale conseguentemente all'approvazione della presente deliberazione;

7. di stabilire che l'attuazione del presente piano rientra negli obiettivi dei Direttori Generali e costituirà elemento di valutazione;

8. di trasmettere il presente provvedimento, per il tramite della Sezione "Strategie e Governo dell' Offerta" al Ministero della Salute e al Ministero dell' Economia e Finanze;

9. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta
ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta
MICHELE EMILIANO

Allegato

Piano di recupero Liste di attesa ai sensi all'articolo 1, commi 276 e 279, della Legge 30 dicembre 2021, n.

234.

Il D.L. n. 104 del 14 Agosto 2020, avente ad oggetto "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", successivamente convertito in Legge n. 126 del 13 Ottobre 2020, ha disposto, all'art. 29, le misure urgenti da adottare in materia di lista di attesa con la finalità di erogare tempestivamente le prestazioni sanitarie non corrisposte durante l'emergenza epidemiologica da SARS-Cov-2.

La Regione Puglia, così come le altre regioni e gli enti del Servizio sanitario, si è avvalsa sino alla data del 31 dicembre 2020, di strumenti straordinari, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa per il personale, per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di screening, non erogati nel periodo dell'emergenza epidemiologica.

Come disposto, dall'art. 29 del decreto-legge sopra citato, l'accesso a tali risorse era conseguente all'invio da parte delle regioni di un Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, nel quale venissero dettagliati imodelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Successivamente, al fine di consentire un incremento nel recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti, ovvero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate durante la pandemia, con la Legge n. 106 del 23 Luglio 2021, è stata prevista la proroga delle risorse già stanziate con il DL n. 104/2020 sino alla data del 31 dicembre 2021.

La Legge di bilancio 2022 (art. 1, commi 276-279), al fine di garantire la piena attuazione del Piano Operativo per il recupero delle liste di attesa, ha prorogato fino al 31 dicembre 2022, le disposizioni previste dall'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73.

La Regione Puglia, in ottemperanza di quanto disposto dalla Legge di Bilancio 2022, in coerenza con il Piano di cui all'art. 29 del D.L. 104/2020 provvederà a rimodulare il Piano adottato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 2143 del 22 dicembre 2020.

Durante il periodo emergenziale si è provveduto a monitorare in modo più critico ed approfondito l'andamento dell'attività ospedaliera e di specialistica ambulatoriale. Per quanto riguarda questi ultimi è da evidenziare che attraverso azioni di riorganizzazione è stato possibile consentire il recupero di prestazioni sospese nell'ambito delle attività ordinaria, anche attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive in base alla disponibilità di risorse (strumentali, umane, ecc.). Attraverso tali

interventi si è riusciti a recuperare, ad oggi, un buon numero di visite ambulatoriali e prestazioni strumentali sospese durante il periodo di emergenza COVID, sebbene vi si riscontrino, ancora, criticità dovute alle riorganizzazione logistica imposta da misure di prevenzione (sanificazione, distanziamento) che inducono a produrre una riduzione della capacità erogativaordinaria.

Fermo restando che l'attività ordinaria va sostenuta con il finanziamento ordinario del Sistema Sanitario Nazionale, il presente documento evidenzia quelle prestazioni sospese e/o non erogate a causa della pandemia, quindi annoverabili nell'attività straordinaria di recupero, così come disposto dalla Legge di Bilancio 2022, art. 1 comma 278, al netto dell' attività di emergenza-urgenza, ovvero delle patologiecomplesse tempo-dipendenti.

Seguendo quanto stabilito nelle Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia COVID, al fine di colmare il gap assistenziale, l'analisi del fabbisogno è suddivisa in tremacroaree:

1. Ospedaliera: ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità di ricovero);
2. Prestazioni di screening oncologico;
3. Ambulatoriali: prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNLA ed esigenze regionali.

Nella definizione delle azioni volte al recupero delle prestazioni di seguito riportate, ci si avvale delle indicazioni e degli strumenti contenuti nel PNGLA 2019-2021, ovvero:

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;
- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);
- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP");
- gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione

intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;

- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali.

1. **Ospedaliera: ricoveri chirurgici programmati (ranking per classi di complessità e priorità di ricovero)**

In considerazione del periodo pandemico, il numero di prestazioni ospedaliere per acuti si è inevitabilmenteridotto. Questo è dovuto, principalmente, all'allocazione delle risorse ospedaliere sui pazienti Covid attraverso la rimodulazione dei posti letto da parte delle Aziende Sanitarie insistenti sul territorio pugliese. L'attività, pertanto, è stata focalizzata sulla gestione dell'emergenza anziché su quella programmata.

Fermo restando che i volumi di ricovero per DRG 2020 vs 2019 sono già in possesso del Ministero della Salute (Flusso SDO), alla data del 01.01.2022 per quanto concerne il numero dei ricoveri chirurgici in base ai criteri di complessità di DRG e di priorità di ricovero, per la Regione Puglia è di circa 24.463.

Tanto premesso si sta procedendo ad effettuare una ulteriore ricognizione da parte della Regione Puglia con le Aziende sanitarie, al fine di quantificare puntualmente il numero dei pazienti effettivamente presenti nelle liste d'attesa, implementando i sistemi informativi ad oggi eterogenei.

Così come definito nel PNGLA 2019-2021 verranno rispettate le classi di priorità definite dal suddetto piano al fine di ridurre i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie di ricovero ed ambulatoriali comprensive anche degli interventi chirurgici da erogare in favore dell'utenza quale obiettivo strategico regionale. Al fine di rispettare quanto detto si procederà, ove fosse necessario, agli istituti contrattuali straordinari delle prestazioni aggiuntive di cui all'art. 29 comma 2 del DL 104/2020.

Tenuto conto, altresì, dell'andamento epidemico, verrà definito il cronoprogramma delle attività previste dal Piano attraverso misure organizzative da declinare verso le Aziende del SSR pugliese.

Nel corso comunque dell'anno 2022, attraverso i monitoraggi periodici, verrà puntualmente definito il numero delle prestazioni che si stanno recuperando al fine di giustificare le somme che saranno assegnate con la Legge 106/2021.

In relazione alla misure da intraprendere nel corso del 2022, la prima fase riguarderà il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e agli interventi legati a patologie maggiori.

Dall'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1 gennaio 2022, si evince che su 24.463 prestazioni recuperabili entro il 31.12.2022, il 7% è composto da DRG chirurgici classe 1 con un numero di prestazioni da recuperare pari a 1.758, il 62% di DRG chirurgici classe 2 con 15.203 prestazioni ed il 31% di DRG chirurgici classe 3 con 7.502 prestazioni da recuperare.

Dai succitati dati, il tempo medio di attesa indicato per classe di complessità (classi 1,2,3) e classi di priorità di ricovero (A,B,C,D) è stato calcolato sulla base dei tempi medi di attesa degli interventi effettuati nell'ultimo trimestre 2021. Pertanto si rappresenta, in aggiornamento del precedente tempo medio di attesa, che per quanto concerne la classe si priorità 1 la prestazione viene erogata in un numero di giorni pari a 52, aumenta il tempo medio di attesa per i ricoveri con classe di priorità 2 a 54,5 giorni e scende a 35,5 giorni il tempo medio di attesa per i DRG chirurgici di classe 3.

Per quanto fin'ora esposto, si prevede una prima fase con cui recuperare tutte le prestazioni, gli interventi legati a patologie oncologiche e a patologie maggiori rispettivamente:

- 10% primo trimestre;
- 20% secondo trimestre;
- 35% terzo trimestre;
- 35% quarto trimestre.

	N	%	T/gg	Tempo medio di attesa 4 trimestre
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 1 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	**1.758**	**7%**	100,75	52,25
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	785	45%	52	19
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	659	37%	31	48
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	267	15%	290	57
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	47	3%	30	85
Totale classe 1	**1.758**	100%	403	209
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 2 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	**15.203**	**62%**	250	54,5
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	5.273	35%	125	20
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	5.418	36%	150	56
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	2.477	16%	320	87
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	2.035	13%	405	55
Totale classe 2	**15.203**	100%	1000	218
LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 3 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	**7.502**	**31%**	148,75	35,5
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	2.381	32%	70	14
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	790	11%	137	26
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	2.816	38%	241	27
TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	1.515	20%	147	75
Totale classe 3	**7.502**	100%	595	142
TOTALE REGIONALE DA RECUPERARE	**24.463**			

Pertanto la prima fase riguarderà prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori. Il cronoprogramma al fine della realizzazione del piano, sarà aggiornato nel corso dell'anno 2022 in relazione alle fasi di monitoraggio trimestrale. Si prevede, compatibilmente con le risorse messe a disposizione di riuscire a soddisfare una quota pari al 60% sia per i ricoveri chirurgici e sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale. Qualora nel corso del monitoraggio trimestrale, dovesse emergere una situazione di parziale capacità delle strutture pubbliche di soddisfare interamente

la domanda di salute, si valuterà l'eventuale affidamento di una quota parte delle prestazioni da erogare alle strutture private accreditato. Resta ferma l'intenzione della Regione Puglia di voler dare in via prioritaria il recupero delle liste d'attesa alle Aziende pubbliche del SSR.

2. Prestazioni di screening oncologico

I risvolti della pandemia hanno impattato fortemente sull'attività di screening, con il conseguente blocco della generazione degli inviti e delle prestazioni riducendone l'attività. Questo dovuto principalmente dalle misure nazionali di prevenzione.

Le prestazioni di screening oncologico, come è noto, si distinguono in tre campagne, rispettivamente:

1. screening mammografico;
2. screening colorettale;
3. screening cervice uterina.

I risultati ottenuti hanno come fonte informativa quello del sistema informativo regionale e quello delle campagne screening e delle relative survey condotte dall'Osservatorio Nazionale Screening.

A questo proposito, si richiamano i contenuti della nota prot. 339 del 28.01.2022 con la quale l'Osservatorio Nazionale Screening ha fatto rilevare a codesto Ministero come nel corso del Consiglio Direttivo del medesimo Osservatorio, svoltosi in data 28.01.2022 e a cui hanno partecipano tutti i Coordinamenti di screening delle Regioni e delle Province autonome, si analizzato il contenuto della nota prot. 001356-21.01.2022-DGPROGS-MDS-P inerente al Piano di recupero per le liste di attesa – Screening Oncologici e relativo allegato 5 e file excel allegato 2. Si ripropongono, pertanto, qui di seguito le osservazioni condivise e formalizzate dall'ONS a nome di tutte le Regioni e Province autonome.

Riguardo al primo indicatore "Stima delle prestazioni non erogate" si segnala che il report ONS relativo all'impatto dell'emergenza Covid sui programmi di screening non ha conteggiato le prestazioni di secondo livello, ma si è indirizzato alla valutazione dei differenziali degli inviti e dei test di screening di primo livello tra 2020 e 2019. La rilevazione dei test erogati, per quanto riguarda lo screening colorettale, si estende anche alsesso maschile.

Come specificato nel report ONS, il 2019 è stato considerato come periodo di normalità con cui confrontare il 2020, ma per molte Regioni la copertura e le performance del 2019 non potevano considerarsi in alcun modo ottimali. Pertanto il recupero del ritardo accumulato rispetto al 2019 non assicura comunque una adeguata copertura della popolazione bersaglio nelle realtà in cui il LEA non era già allora garantito.

In merito al secondo indicatore "Stima delle prestazioni recuperabili Anno 2022" si evince che la stima è fatta a partire dal differenziale 2019-2020. È bene tenere presente che nel 2021 i piani di rientro hanno previsto il recupero dei ritardi invitando prioritariamente la popolazione del 2020 e successivamente quella in scadenza 2021. In alcune Regioni, l'incremento di attività programmato è stato in grado di assorbire il fabbisogno aggiuntivo di prestazioni riuscendo a limitare fortemente il ritardo per la popolazione target del 2021, mentre in altre Regioni il ritardo si è mantenuto su livelli elevati anche per la popolazione in scadenza nel 2021 che dovrà quindi essere recuperata nel 2022. Riteniamo, quindi, che il dato rilevante per la pianificazione delle attività 2022 non sia il differenziale 2019-2020, ma la stima del volume di attività da recuperare registrata al 31 dicembre 2021. I dati da rilevare dovrebbero quindi fare riferimento al differenziale 2019-2020 e 2019- 2021 e le stime debbano comprendere anche le prestazioni di secondo livello in base ai volumi attesi di test di screening di primo livello.

A latere di queste considerazioni, si specifica inoltre che lo screening non si compone meramente di una serie di prestazioni, ma è un percorso di presa in carico unitario che prevede un flusso continuo di informazioni trale diverse fasi del processo, a garanzia della qualità di quanto erogato. Questa continuità non può invece essere garantita da parcellizzazioni ed esternalizzazioni del percorso quali la committenza al privato accreditato che non permette tra l'altro di assolvere ai debiti informativi.

L'ONS ha, quindi, manifestato la disponibile per una preventiva condivisione e confronto sulle modalità di rendicontazione più appropriate per le finalità proprie e specifiche dei programmi di screening.

In ragione di fornire, in ogni caso, un riscontro alla richiesta formulata, e fermo restando quanto sopra richiamato, si riportano nel foglio elettronico (Allegato 2) i dati previsionali di recupero dei livelli di prestazioni per ciascuno dei tre programmi di screening oncologico della Puglia.

Si coglie l'occasione per evidenziare che in favore di un recupero strutturale della capacità erogativa connessa ai programmi di screening organizzato nella regione Puglia, è stata già adottata dalla Giunta Regionale la deliberazione 7 agosto 2020, n. 1332 di approvazione del documento tecnico "Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia" e si stanno predisponendo conseguentemente, per ciascun programma, appositi Protocolli operativi contenenti le linee programmatiche e di indirizzo operativo nonché la definizione di standard di riferimento e di obiettivi pluriennali che le Aziende Sanitarie Locali, a partire dall'anno 2022, dovranno assicurare in linea con quanto previsto dal "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" di cui al DM 12 marzo 2019 e dal "Piano Regionale della Prevenzione2021-2025" approvato con deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 2198

Tra le diverse azioni previste nei provvedimenti innanzi richiamati e nei Protocolli operativi, vi è un percorso di potenziamento della capacità erogativa, un importante ricorso alla digitalizzazione e omogeneizzazione dei processi organizzativi e di presa in carico delle persone coinvolte nei programmi di screening nonché un investimento importante in sistemi di comunicazione multicanale al fine di assicurare un innalzamento importante dei livelli di adesione ai programmi di screening grazie anche ad una contestuale azione recupero di appropriatezza nelle prescrizioni SSN di prestazioni incluse nei programmi di screening. Fattori che hanno sin qui influenzato negativamente sui risultati ottenuti.

A supporto del recupero dei livelli di estensione e di adesione ai programmi di screening oncologico della Puglia, si farà riferimento anche agli strumenti straordinari, così come esplicitato nella sezione ospedaliera del presente piano, previsti dal Decreto Legge n. 104/2020 di cui all'art. 29 comma 3.

Per quanto concerne l'allegato 2 avente ad oggetto gli screening oncologici, si riporta di seguito il crono programma nel dettaglio circa le fasi del piano di recupero suddiviso per i mesi del 2022.

Tipologia di Screening	APRILE		MAGGIO		GIUGNO		LUGLIO		AGOSTO		SETTEMBRE		OTTOBRE		NOVEMBRE		DICEMBRE	
	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione	estensione	adesione
Mammografico	10,0%	10,0%	15,0%	15,0%	20,0%	20,0%	15,0%	15,0%	0,0%	0,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Colon Retto	10,0%	10,0%	15,0%	15,0%	20,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Cervice Uterina	10,0%	10,0%	15,0%	15,0%	20,0%	20,0%	15,0%	15,0%	0,0%	0,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%

3. Ambulatoriali: prime visite e visite di controllo, chirurgia ambulatoriale, prestazioni monitorate dal PNLA ed esigenze regionali

Così come per l'ambito ospedaliero, anche per le prestazioni ambulatoriali si osserva un decremento. Le procedure di prevenzione legate alla pandemia hanno ridotto infatti l'offerta da parte delle Aziende Sanitarie con il conseguente aumento dei tempi di attesa.

Dai sistemi informativi dei CUP regionali alla data del 01.01.2022, sono state rilevate per ogni tipo di prestazione di seguito riportata , per un totale di prestazioni di specialistica ambulatoriale da recuperare pari a 374.156, i rispettivi dati:

1. Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico: 16.396;

2. Visite di controllo(follow-up, cronici, patologie rare, salute mentale): 84.374;

2bis. Eventuali prime visite ritenute prioritarie e diverse da quelle elencate nel PNGLA: 10.127;

3. Altre prestazioni monitorate dal PNGLA: 263.259.

Da questi dati si procederà, per ogni tipo di prestazione indicata, a riprogrammare prioritariamente le liste d'attesa delle patologie afferenti le patologie oncologiche, ovvero le visite di controllo dei pazienti cronici, dei pazienti affetti da malattie rare e con patologie inerenti alla salute mentale che, a causa della pandemia da SARS-CoV-2, non hanno portato a termine i controlli programmati.

In ultimo si procederà a riprogrammare tutte quelle prestazioni contenute nel PNGLA 2019-2021 secondo i risultati evincibili dai monitoraggi trimestrali per classi di priorità.

Alla luce dei dati sopra riportati si procederà a riprogrammare prioritariamente le liste d'attesa delle patologie oncologiche, ovvero delle visite di controllo dei pazienti cronici, affetti da malattie rare e con patologie inerenti alla salute mentale. Infine, si riprogrammerà il quantitativo delle prestazioni contenute nel PNGLA 2019-2021 secondo i risultati evincibili dai monitoraggi trimestrali per classe di priorità.

Il piano operativo di recupero sarà così composto:

1. Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico

- 10% primo trimestre;
- 20% secondo trimestre;
- 40% terzo trimestre;
- 30% quarto trimestre.

2. Visite di controllo (follow-up, cronici, patologie rare e salute mentale)

- 10% primo trimestre;
- 35% secondo trimestre;
- 25% terzo trimestre;
- 30% quarto trimestre.

2bis. Prime visite prioritarie diverse da quelle elencate nel PNGLA

- 10% primo trimestre;
- 35% secondo trimestre;
- 25% terzo trimestre;
- 30% quarto trimestre.

3. Altre prestazioni monitorate dal PNGLA

- 10% primo trimestre;
- 35% secondo trimestre;
- 20% terzo trimestre;
- 35% quarto trimestre.

Il suddetto piano di recupero prevede l'erogazione della totalità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale alla data del 01.01.2022.

La Regione Puglia ha inteso avviare il monitoraggio liste d'attesa e, pertanto, si riporta il timing del monitoraggio da avviarsi con riferimento alle prestazioni in regime di ricovero e specialistica ambulatoriale:

- Entro 31 marzo 2022: verifica dei dati trasmessi al Ministero della Salute ed eventuale integrazione del Piano recupero liste d'attesa;
- Entro il 30 giugno 2022: monitoraggio prestazioni rese rispetto al programmato;
- Entro il 30 settembre 2022: monitoraggio prestazioni rese rispetto al programmato;
- Entro il 31 dicembre 2022: monitoraggio prestazioni rese rispetto al programmato;

Fermo restando il continuo monitoraggio che la Regione Puglia intende avviare in materia di liste d'attesa, ci si riserva di valutare, qualora quanto programmato non venga rispettato durante la verifica trimestrale, di avvalersi del supporto delle strutture private accreditate insistenti nel territorio pugliese.

Inoltre, al fine di facilitare, nonché aumentare il numero di prestazioni erogabili per il recupero delle liste di attesa si procederà a potenziare l'attività di telemedicina, già operante sul territorio pugliese.

Lo scrivente Dipartimento, con nota n. r_puglia/AOO_005/PROT/24/02/2022/0001637, ha trasmesso la proposta di Piano Operativo per il recupero delle prestazioni non erogate in ragione dell'epidemia da SARS- COV- 2.

Con successiva integrazione cui al prot. n. r_puglia/AOO_005/PROT/11/03/2022/0002024 sono state indicate le fasi di recupero del numero di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale.

Con nota regionale avente prot. r_puglia/AOO_005/PROT/11/05/2022/0003394, acquisita sul SIVEAS con prot. PUGLIA-160-11_05_2022-0000030-A, è stato trasmesso il monitoraggio avente ad oggetto il I° trimestre 2022.

Sulla base di un'analisi effettuata dallo scrivente Dipartimento, al fine di soddisfare la domanda derivante dalla popolazione pugliese in lista d'attesa, attesto che le strutture pubbliche continuano a provvedere al recupero delle prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale in

attività ordinaria, ma ancor oggi sono coinvolte anche nella gestione dei pazienti affetti da SARS-Cov-2, si è inteso richiedere parere ai Ministeri affiancati circa il coinvolgimento delle strutture private accreditate nel recupero delle prestazioni ricomprese nel piano di recupero Liste di attesa.

Con nota n. AOO_005/PROT/28/06/2022/0004433 acquisita al protocollo SIVEAS PUGLIA-160-29/06/2022-0000038-A, è stato trasmesso al Ministero della Salute richiesta di parere circa l'utilizzo del finanziamento, al fine di garantire l'impegno assunto di recuperare entro il 2022 di almeno il 70% delle citate prestazioni, come da Piano Operativo approvato dal Ministero della Salute.

Con protocollo PUGLIA-DGPROGS-21/07/2022-0000039-P, i Ministeri affiancanti hanno espresso parere favorevole circa la richiesta da parte della Regione Puglia sopra descritta.

Con nota regionale avente prot. r_puglia/AOO_005/PROT/22/07/2022/0005029, acquisita sul SIVEAS con prot. PUGLIA-160-24/07/2022-0000040-A, è stato trasmesso il monitoraggio avente ad oggetto il II° trimestre 2022, ovvero la rimodulazione del piano di recupero liste di attesa.

ALLEGATO 1- RICOVERI

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI OSPEDALIERE					
	STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (Compilazione a cura del Ministero della Salute)				
	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA			
	DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI DRG PROGRAMMATI CHIRURGICI PER CLASSE DI COMPLESSITA'	FLUSSO SDO			
	STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (Compliazione a cura delle REGIONI/P.A)				
	CRITERI DI PRIORITA'	FONTE INFORMATIVA	DATASET	N prestazioni ospedaliere in lista di attesa per DRG chirurgici	N. strutture con liste di attesa operatorie informatizzate/tot.
	LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 1 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	1758	55
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA'*(1)	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	52	-
	LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 2 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	15203	55
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' *(1)	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	54,5	-
	LISTE DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE 3 STRATIFICATI PER CLASSE DI PRIORITA'	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	7502	55
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER CLASSE DI PRIORITA' *(1)	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	01.01.2022	35,5	-
	TOTALE PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN LISTA DI ATTESA		01.01.2022	24463	-
(*) N. strutture con liste di attesa operatorie informatizzate/tot. Strutture con liste di attesa operatorie					
IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI DA RECUPERARE A PARTIRE DALLA CLASSE 1					
	DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)				
	MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero interventi chirurgici da effettuare anno 2022)	RECUPERO STIMATA SUL TOT.	NANZIAMENTO STIMATO	
	Numero di prestazioni ospedaliere da recuperare nell'anno	0	70	-	
	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE Pubblico	0	20		
	ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	0	0	0	
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	0	45	30.047.856	
	...				
	...				
IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVR					
	MODALITA' DI MONITORAGGIO (Compliazione a cura del MDS su dati REGIONI/P.A.)				
	INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING	-	
	TEMPO MEDIO D'ATTESA PER CLASSE DI COMPLESSITA' E PRIORITA' *(3)	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale	-	
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	TEMPO MEDIO DI ATTESA PER DRG CHIRURGICI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	REGISTRI L.A. DS OSPEDALI	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' A	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' B	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' C	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 1, CLASSE PRIORITA' D	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' A	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' B	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' C	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 2, CLASSE PRIORITA' D	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' A	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' B	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' C	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	NUMERO INTERVENTI EROGATI CLASSE COMPLESSITA' 3, CLASSE PRIORITA' D	RICOGNIZIONE AD HOC e/o	trimestrale		
	VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	**RICOGNIZIONE AD HOC**	**trimestrale**		
	% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	**RICOGNIZIONE AD HOC**	**trimestrale**		
	SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale		
	SPESA SOSTENUTA PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE CLASSE COMPLESSITA' 1	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	...	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	SPESA SOSTENUTA PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE CLASSE COMPLESSITA' 2	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	...	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	SPESA SOSTENUTA PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE CLASSE COMPLESSITA' 3	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA		
	...	RICOGNIZIONE AD HOC	Regioni/PA	-	

ALLEGATO 2 – SCREENING MAMMOGRAFICO

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SCREENING MAMMOGRAFICO

_

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI INVITI AL 1°LIVELLO E PRESTAZIONI 2° LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
DIFFERENZIALE 2019-2020 DONNE ESAMINATE	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
RITARDO ACCUMULATO IN MESI STANDARD	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA		DATASET
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO INVITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SCREENIN	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	72.254	01.01.2022
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO TEST ESEGUITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SC	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	44.833	01.01.2022

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI (INVITI E PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE) DA RECUPERARE E IL NUMERO DI SOGGETTI DA ESAMINARE

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME TOTALE DI PRESTAZIONI		% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE		FINANZIAMENTO STIMATO	
	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	72.254	13.450	100	30	240.000	468.864
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE		22.417		50		781.439
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO		8.967		20		312.576
...						
Totale	**72.254**	**44.833**	**100**	**100**	**240.000**	**1.562.878**
...						

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVR

MODALITA' DI MONITORAGGIO (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
NUMERO DI INVITI INVIATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
NUMERO SOGGETTI ESAMINATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO		trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	da definire
		da definire

ALLEGATO 2 – SCREENING COLORETTALE

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SCREENING COLORETTALE

*** In Regione Puglia è stato attivato a fine 2019**

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI INVITI AL 1°LIVELLO E PRESTAZIONI 2° LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
DIFFERENZIALE 2019-2020 DONNE E UOMINI ESAMINATI	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
RITARDO ACCUMULATO IN MESI STANDARD	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA		DATASET
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO INVITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SCREENIN	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	349.562	01.01.2022
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO TEST ESEGUITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SC	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	64.665	01.01.2022

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI (INVITI E PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE) DA RECUPERARE E IL NUMERO DI SOGGETTI DA ESAMINARE

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME TOTALE DI PRESTAZIONI		% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE		FINANZIAMENTO STIMATO	
	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	349.562	19.400	100	30	240.000	68.286
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE		32.333		50		113.810
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO		12.933		20		45.524
...						-
TOTALE	**349.562**	**64.665**	**100**	**100**	**240.000**	**227.621**

...

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVR

MODALITA' DI MONITORAGGIO (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
NUMERO DI INVITI INVIATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
NUMERO SOGGETTI ESAMINATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO		trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	da definire
		da definire

ALLEGATO 2 – SCREENING CERVICE UTERINA

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SCREENING CERVICALE

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2020 VOLUMI INVITI AL 1°LIVELLO E PRESTAZIONI 2° LIVELLO	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
DIFFERENZIALE 2019-2020 DONNE ESAMINATE	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING
RITARDO ACCUMULATO IN MESI STANDARD	SURVEY OSSERVATORIO NAZIONALE SCREENING

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA		DATASET
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO INVITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SCREENIN	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	130.499	01.01.2022
DIFFERENZIALE 2019-2020 NUMERO TEST ESEGUITI PER COORTE PER LE 3 CAMPAGNE DI SC	FLUSSO INFORMATIVO CAMPAGNE SCREENING	45.856	01.01.2022

IL PIANO DOVRA' INDICARE IL VOLUME DI PRESTAZIONI (INVITI E PRESTAZIONI DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE) DA RECUPERARE E IL NUMERO DI SOGGETTI DA ESAMINARE

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME TOTALE DI PRESTAZIONI		% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE		FINANZIAMENTO STIMATO	
	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI	INVITI	PRESTAZIONI
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	130.499	13.757	100	30	240.000	153.526
ASSUNZIONE/RIALLOCAZIONE PERSONALE		22.928		50		255.876
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO		9.171		20		102.351
...						
Totale	**130.499**	**45.856**	**100**	**100**	**240.000**	**511.753**
...						

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE. LA SCHEDA DOVR

MODALITA' DI MONITORAGGIO (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA	TIMING
NUMERO DI INVITI INVIATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
VOLUME PRESTAZIONI EROGATE RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
% PRESTAZIONI RECUPERATE SUL TOTALE DEL FABBISOGNO STIMATO	RICOGNIZIONE AD HOC	trimestrale
NUMERO SOGGETTI ESAMINATI RISPETTO AL FABBISOGNO STIMATO		trimestrale
SPESA SOSTENUTA PER IL RECUPERO (IN TERMINI DI COMPETENZA), PER TIPO PRESTAZIONE E MODALITA' ORGANIZZATIVA	RICOGNIZIONE AD HOC	

ALLEGATO 3 – SPECIALISTICA AMBULATORIALE

SCHEDA RECUPERO PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

STIMA DELLE PRESTAZIONI NON EROGATE (MDS)

INDICATORE	FONTE INFORMATIVA
DIFFERENZIALE 2019-2021 VOLUMI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	FLUSSO EX-ART.50

STIMA DELLE PRESTAZIONI RECUPERABILI ANNO 2022 (REGIONI/P.A)

CRITERI DI PRIORITA'	FONTE INFORMATIVA	DATASET	
1 Prime visite e diagnostica per il paziente oncologico	dati da CUP regionali/aziendali		16.39
2 Visite di controllo (follow up oncologici, cronici, patologie rare, salute mentale)	dati da CUP regionali/aziendali		84.37
2 bis Eventuali prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel PNGLA)	dati da CUP regionali/aziendali		10.12
3 Altre prestazioni monitorate dal PNGLA (*)	Monitoraggio liste di attesa ex ante (gennaio) (*) VEDI foglio di dettaglio prestazior		263.25

DEFINIZIONE PIANO OPERATIVO DI RECUPERO (REGIONI/P.A)

MODALITA' ORGANIZZATIVE	VOLUME DI PRESTAZIONI (numero prestazioni da effettuare anno 2022)	% RECUPERO STIMATA SUL TOTALE INANZIAMENTO STIMATO
Numero di prestazioni spec. amb. da recuperare nell'anno	261.909	70
PROGRAMMI DI PRESTAZIONI AGGIUNTIVE Pubblico	52.382	20
INCREMENTO MONTE ORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE CONVENZIONATA II	0	-
COMMITTENZA A PRIVATO ACCREDITATO	117.859	45
RICORSO ALLA TELEMEDICINA PER LE VISITE DI CONTROLLO	-	-

IL PIANO DOVRA' SVILUPPARE LE MODALITA' ORGANIZZATIVE INDIVIDUATE NELLA SCHEDA SINTETICA, SPECIFICANDO I VOLUMI DI PRESTAZIONI CHE SI STIMA POSSANO ESSERE RECUPERATI CON CIASCUNA DI ESSE.

IL PIANO DOVRA' ESSERE CORREDATO DI CRONOPROGRAMMA DI ATTUAZIONE.

MODALITA' MONITORAGGIO (MDS)

Fonte dati *(1)	Codice nomenclatore (Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 - Allegato 3)	Codice nuovo nomenclatore (all.4 dpcm 12 gennaio 2017)	Codice esenzione	
Numero prime visite oncologiche erogate	Flusso TS ex art. 50		89.7 - branca oncologia	
Numero prime visite di altre discipline per pazienti oncologici	Flusso TS ex art. 50		89.7 - branche varie	
Numero prestazioni diagnostica per il paziente oncologico erogate	Flusso TS ex art. 50		prestazione con codice FARE 1 - Diagnostica	
Numero visite di controllo follow up oncologici erogate	Flusso TS ex art. 50		89.01 - branca oncologia	
Numero visite di controllo cronici erogate	Flusso TS ex art. 50	agende dedicate PDTA cronici, di cui:		
		-BPCO	89.01 - branca pneumologia	
		-Scompenso Cardiaco	89.01 - branca cardiologia	
		-Diabete	89.01 - branca endocrinologia	
		-Altro	89.01 - altre branche (a discrezione della regione)	
Numero visite di controllo patologie rare erogate	Flusso TS ex art. 50		89.01 - visite per follow up pazienti con patologie rare	
Numero visite di controllo salute mentale erogate	Flusso TS ex art. 50		94.12.1	
Numero prime visite ritenute prioritarie (diverse da quelle elencate nel P	Flusso TS ex art. 50		89.7 - branche a discrezione della regione	
Numero altre prestazioni monitorate dal PNGLA erogate	Flusso TS ex art. 50		foglio dettaglio prestazioni	

Spesa sostenuta per il recupero (in termini di competenza), per modalità organizzativa				
Programmi di prestazioni aggiuntive	Ricognizione ad hoc			
Incremento monte ore assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata	Ricognizione ad hoc			
Committenza a privato accreditato	Ricognizione ad hoc			
Telemedicina per visite di controllo	Ricognizione ad hoc			

NOTE:

***(1) Vedasi Foglio "Dettaglio prestazioni"**

DETTAGLIO INTERVENTI CHIRURGICI – CLASSIFICAZIONE COMPLESSITA' D.R.G.

Classe 1: Interventi maggiori, chirurgia oncologica e trapianti		
drg24	**MDC**	**descrizione DRG**
049	03	Interventi maggiori sul capo e sul collo
488	25	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso
075	04	Interventi maggiori sul torace
076	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC
104	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco
105	05	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco
106	05	Bypass coronarico con PTCA
108	05	Altri interventi cardiotoracici
110	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC
111	05	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC
113	05	Amputazione per disturbi circolatori eccetto amputazione arto superiore e dita piede
114	05	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio
149	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC
191	07	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC
213	08	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
285	10	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche
304	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC
334	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC
335	12	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC
468	NA	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale
471	08	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori
504	22	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica = 96 ore con innesto di cute
506	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo
507	22	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo
531	01	Interventi sul midollo spinale con CC
532	01	Interventi sul midollo spinale senza CC
543	01	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale
547	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
548	05	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
549	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore
550	05	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore
553	05	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore
555	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore
557	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore
567	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
569	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore
570	06	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
573	11	Interventi maggiori sulla vescica
002	01	Craniotomia, età > 17 anni senza CC
003	01	Craniotomia, età < 18 anni
528	01	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia
529	01	Interventi di anastomosi ventricolare con CC
530	01	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC
533	01	Interventi vascolari extracranici con CC
534	01	Interventi vascolari extracranici senza CC
262	09	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne
146	06	Resezione rettale con CC
147	06	Resezione rettale senza CC
199	07	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne
200	07	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne
257	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC
258	09	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC
259	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC
260	09	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC
303	11	Interventi su rene e uretere per neoplasia
306	11	Prostatectomia con CC
307	11	Prostatectomia senza CC
338	12	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna
344	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne
354	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi con CC
355	13	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovaio o degli annessi senza CC
357	13	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovaio o degli annessi
363	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne
364	13	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne
401	17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC
402	17	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC
406	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC
407	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC
408	17	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi
539	17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC
540	17	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC
216	08	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
103	PR	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca
302	11	Trapianto renale
480	PR	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino
481	PR	Trapianto di midollo osseo
495	PR	Trapianto di polmone
512	PR	Trapianto simultaneo di pancreas/rene
513	PR	Trapianto di pancreas

Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, ma correlati a patologie di rilievo		
drg24	**MDC**	**descrizione DRG**
077	04	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC
286	10	Interventi sul surrene e sulla ipofisi
289	10	Interventi sulle paratiroidi
290	10	Interventi sulla tiroide
195	07	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC
196	07	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC
197	07	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
198	07	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
201	07	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas
493	07	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
494	07	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
150	06	Lisi di aderenze peritoneali con CC
151	06	Lisi di aderenze peritoneali senza CC
152	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC
153	06	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC
155	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC
156	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni
157	06	Interventi su ano e stoma con CC
158	06	Interventi su ano e stoma senza CC
159	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
160	06	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
161	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC
162	06	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC
163	06	Interventi per ernia, età < 18 anni
164	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC
165	06	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC
166	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC
167	06	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC
170	06	Altri interventi sull'apparato digerente con CC
171	06	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC
192	07	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC
193	07	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC
194	07	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC
568	06	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore
117	05	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione
118	05	Sostituzione di pacemaker cardiaco
120	05	Altri interventi sull'apparato circolatorio
479	05	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC
515	05	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco
518	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA
525	05	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca
535	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
536	05	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock
551	05	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi
552	05	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore
554	05	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore
556	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
558	05	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore
577	01	Inserzione di stent carotideo
263	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC
264	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere pelle o cellulite senza CC
265	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC
266	09	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC
036	02	Interventi sulla retina
061	03	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni
062	03	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni
210	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC
211	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC
212	08	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni
218	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC
219	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC
220	08	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni
223	08	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC
230	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore
233	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC
305	11	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC
308	11	Interventi minori sulla vescica con CC
309	11	Interventi minori sulla vescica senza CC
310	11	Interventi per via transuretrale con CC
311	11	Interventi per via transuretrale senza CC
312	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC
313	11	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC
314	11	Interventi sull'uretra, età < 18 anni
315	11	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie
336	12	Prostatectomia transuretrale con CC
337	12	Prostatectomia transuretrale senza CC
339	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni
340	12	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni
341	12	Interventi sul pene
345	12	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne
353	13	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale
356	13	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile
358	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC
359	13	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC
360	13	Interventi su vagina, cervice e vulva
365	13	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile

Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità		
drg24	MDC	descrizione DRG
287	10	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche
288	10	Interventi per obesità
291	10	Interventi sul dotto tireoglosso
292	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC
293	10	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC
119	05	Legatura e stripping di vene
006	01	Decompressione del tunnel carpale
007	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC
008	01	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC
261	09	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale
267	09	Interventi perianali e pilonidali
268	09	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella
269	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC
270	09	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC
439	21	Trapianti di pelle per traumatismo
440	21	Sbrigliamento di ferite per traumatismo
441	21	Interventi sulla mano per traumatismo
442	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC
443	21	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC
037	02	Interventi sull'orbita
038	02	Interventi primari sull'iride
039	02	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia
040	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni
041	02	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni
042	02	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino
050	03	Sialoadenectomia
051	03	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia
052	03	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi
053	03	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni
054	03	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni
055	03	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola
056	03	Rinoplastica
057	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età >17 anni
058	03	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
059	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni
060	03	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni
063	03	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola
168	03	Interventi sulla bocca con CC
169	03	Interventi sulla bocca senza CC
217	08	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e
224	08	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC
225	08	Interventi sul piede
226	08	Interventi sui tessuti molli con CC
227	08	Interventi sui tessuti molli senza CC
228	08	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC
229	08	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC
232	08	Artroscopia
234	08	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC
485	24	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumatismi multipli rilevanti
491	08	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori
496	08	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato
497	08	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con CC
498	08	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC
499	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC
500	08	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC
501	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC
502	08	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC
503	08	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione
519	08	Artrodesi verterbrale cervicale con CC
520	08	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC
537	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC
538	08	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC
544	08	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori
545	08	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio
546	08	Artrodesi verterbale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna
342	12	Circoncisione, età > 17 anni
343	12	Circoncisione, età < 18 anni
361	13	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube
362	13	Occlusione endoscopica delle tube

DETTAGLIO PRESTAZIONI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Tipo di prestazione	Codice Nomenclatore
VISITA CARDIOLOGICA	89.7
VISITA CHIRURGIA VASCOLARE	89.7
VISITA DERMATOLOGICA	89.7
VISITA ENDOCRINOLOGICA	89.7
VISITA FISIATRICA	89.7
VISITA GASTROENTEROLOGICA	89.7
VISITA GINECOLOGICA	89.26
VISITA NEUROLOGICA	89.13
VISITA OCULISTICA	95.02
VISITA ORTOPEDICA	89.7
VISITA OTORINO	89.7
VISITA PNEUMOLOGICA	89.7
VISITA UROLOGICA	89.7
Mammografia bilaterale	87.37.1
Mammografia monolaterale	87.37.2
TC del Torace	87.41
TC del Torace senza e con MCD	87.41.1
TC dell'addome superiore	88.01.1
TC dell'addome superiore senza e con MDC	88.01.2
TC dell'Addome inferiore	88.01.3
TC dell'addome inferiore senza e con MDC	88.01.4
TC dell'addome completo	88.01.5
TC dell'addome completo senza e con MDC	88.01.6
TC Cranio – encefalo	87.03
TC Cranio – encefalo senza e con MDC	87.03.1
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	88.38.1
TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	88.38.2
TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	88.38.2
TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	88.38.2
TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91. 1
RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.2
RM di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4
RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	88.95.5
RM della colonna in toto	88.93
RM della colonna in toto senza e con MDC	88.93.1
Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4
Eco (color) dopplergrafia cardiaca	88.72.3
Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	88.73.5
Ecografia dell'addome superiore	88.74.1
Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1
Ecografia dell'addome completo	88.76.1
Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1
Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2
Ecografia ostetrica	88.78
Ecografia ginecologica	88.78.2
Ecocolordoppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	88.77.2
Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23
Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42
Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
Esofagogastroduodenoscopia	45.13
Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16
Elettrocardiogramma	89.52
Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	89.41
Altri test cardiovascolari da sforzo	89.44
Esame audiometrico tonale	95.41.1
Spirometria semplice	89.37.1
Spirometria globale	89.37.2
Fotografia del fundus	95.11
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Escluso: EMG dell' occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17)	93.08.1
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli	93.08.1
VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1
EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1

Il Dirigente della Sezione SGO

Mauro Nicastro.

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 27-07-2022 13:16:22
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

Allegato E/1

Allegato n. 8/1 al D.Lgs 118/2011

Allegato delibera di variazione del bilancio riportante i dati d'interesse del Tesoriere

data: …./…../……. n. protocollo …….

Rif. Proposta di delibera del SGO/DEL/2022/00072

SPESE

MISSIONE, PROGRAMMA, TITOLO			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. …. - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
MISSIONE		***13***	***TUTELA DELLA SALUTE***					
	Programma	1	**Programma 01 - Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA**					
	Titolo	1	Spese correnti	residui presunti	0,00			**0,00**
				previsione di competenza	0,00	€ 32.898.723,00		**0,00**
				previsione di cassa	0,00	€ 32.898.723,00		**0,00**
Totale Titolo		**1**	**Titolo 1 - Spese correnti**	**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
TOTALE MISSIONE		**13**	***TUTELA DELLA SALUTE***	**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
				previsione di competenza	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**
				previsione di cassa	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**
TOTALE VARIAZIONI IN USCITA				**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
				previsione di competenza	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**
				previsione di cassa	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**
TOTALE GENERALE DELLE USCITE				**residui presunti**	**0,00**			**0,00**
				previsione di competenza	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**
				previsione di cassa	**0,00**	**€ 32.898.723,00**		**0,00**

ENTRATE

TITOLO, TIPOLOGIA			DENOMINAZIONE		PREVISIONI AGGIORNATE ALLA PRECEDENTE VARIAZIONE - DELIBERA N. …. - ESERCIZIO 2022	VARIAZIONI in aumento	VARIAZIONI in diminuzione	PREVISIONI AGGIORNATE ALLA DELIBERA IN OGGETTO - ESERCIZIO 2022
TITOLO		**2**	**Trasferimenti correnti**					
Tipologia		101	Trasferimenti correnti da Amministrazioni pubbliche	residui presunti	0,00			0,00
				previsione di competenza	0,00	€ 32.898.723,00		0,00
				previsione di cassa	0,00	€ 32.898.723,00	€ -	0,00
				residui presunti	**0,00**			0,00
TOTALE TITOLO		**2**	**Trasferimenti correnti**	**previsione di competenza**	**0,00**	**€ 32.898.723,00**	**€ -**	0,00
				previsione di cassa	**0,00**	**€ 32.898.723,00**	**€ -**	0,00
				residui presunti	**0,00**			0,00
TOTALE VARIAZIONI IN ENTRATA				**previsione di competenza**	**0,00**	**€ 32.898.723,00**	**€ -**	0,00
				previsione di cassa	**0,00**	**€ 32.898.723,00**	**€ -**	0,00
TOTALE GENERALE DELLE ENTRATE				**residui presunti**	**0,00**			0,00
				previsione di competenza	**0,00**	**€ 32.898.723,00**	**€ -**	0,00
				previsione di cassa	**0,00**	**32.898.723,00**	**-**	0,00

TIMBRO E FIRMA DELL'ENTE
Responsabile del Servizio Finanziario / Dirigente responsabile della spesa

Il presente allegato si compone di nr. 1 pagina

Firmato digitalmente da:
MAURO NICASTRO
Regione Puglia
Firmato il: 27-07-2022 15:20:09
Seriale certificato: 644715
Valido dal 03-04-2020 al 03-04-2023

REGIONE PUGLIA
SEZIONE BILANCIO RAGIONERIA PARERE DI REGOLARITA' CONTABILE
(D. Lgs. n. 118/11 e s.m.i.)

UFFICIO	TIPO	ANNO	NUMERO	DATA
SGO	DEL	2022	72	27.07.2022

PIANO RECUPERO LISTE D'ATTESA. # LEGGE 13 OTTOBRE 2020, N. 126 CONVERSIONE DEL DECRETO LEGGE 14 AGOSTO 2020, N. 104. AGGIORNATO AI SENSI DELLA LEGGE 23 LUGLIO 2021, N. 106. ART. 1, COMMA 276, 278 E 279 DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 2021, N. 234. VARIAZIONE AL BILANCIO DI PREVISIONE PER L'E.F. 2022.

Si esprime: PARERE DI REGOLARITA'CONTABILE POSITIVO
LR 28/2001 art. 79 Comma 5

Responsabile del Procedimento

PO - PAOLINO GUARINI

Dirigente

Firmato digitalmente da
DR. NICOLA PALADINO

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 25 luglio 2019, n. U00302

Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021.

Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021

1. Introduzione 3
2. Il governo delle liste di attesa2019-2021: 0biettivi e proposte 4
2.1 Il modello 4
2.2 Gli ambiti di garanzia 4
3. La governance a livello Regionale e Aziendale 6
3.1.1 Cabina di Regia Regionale 6
3.1.2 Comitato Tecnico 6
3.1.3 Osservatori regionale e aziendali 6
3.2 Il ruolo dei cittadini 7
3.3 Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali 7
3.4 Piano Attuativo aziendale 9
4. Le Azioni 11
4.1 **Azioni sulla domanda** 12
4.1.1 Appropriatezza prescrittiva e Informazione ai cittadini 12
4.1.2 L'adozione di sistemi di prioritarizzazione 13
4.1.3 La separazione dei canali: "primo accesso" e "accesso successivo" 14
4.2 **Azioni sull'offerta** 19
4.2.1 La gestione trasparente delle agende 19
4.2.2 Sviluppo del sistema CUP 21
4.2.2.1 La cooperazione applicativa 22
4.2.3 Il potenziamento dell'offerta 22
4.2.4 Percorsi di tutela 22
4.2.5 Il governo della prestazione non eseguita 23
5. Le risorse umane 24
5.1 Libera professione intramoenia 25
6. Monitoraggio 27
7. Prestazioni in regime di ricovero 28

1. INTRODUZIONE

In data 20 febbraio 2019 è stata raggiunta l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021 con il quale il Governo, le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare azioni che possano avvicinare, in modo più efficace, la sanità pubblica ai cittadini. Le liste di attesa vengono percepite dai cittadini come una forte criticità del Servizio Sanitario Nazionale, tali da compromettere l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni da erogare.

Con i nuovi Programmi Operativi 2019-2021, la Regione Lazio ha articolato i propri modelli di intervento in risposta a macro-categorie di bisogni, individuando, in particolare, azioni che rispondono ai bisogni "inattesi" del paziente acuto, che richiedono una capacità di presa in carico reattiva da parte del sistema di cure, ed azioni indirizzate ai bisogni "programmabili" del paziente affetto da patologia cronica, per i quali la Regione (in coerenza con il Piano Nazionale Cronicità) è chiamata a promuovere la presa in carico globale della persona attraverso la transizione dal modello di attesa a quello pro-attivo, tale da garantire al paziente interventi mirati a rallentare il decorso clinico della patologia e a prevenirvi gli esiti sfavorevoli. L'implementazione dei modelli di risposta a tali bisogni poggia su un efficiente governo delle liste d'attesa e sulla capacità del sistema di assicurare la presa in carico tempestiva ed appropriata del paziente.

Il PNGLA 2019-2021 sottolinea la necessità di individuare strumenti e modi di collaborazione tra tutti i protagonisti del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una reale presa in carico del paziente, a partire dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti delle strutture, dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), prevedendo modelli di gestione integrata dell'assistenza per pazienti cronici nell'ambito delle cure primarie, attraverso l'attuazione e l'ampliamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) così come previsti dal Piano Nazionale della Cronicità.

Con i precedenti PRGLA 2013-2015 (DCA 437/2013) e 2017-2018 (DCA 110/2017), nonché attraverso i provvedimenti sui Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), a partire da Diabete e BPCO, la Regione Lazio ha già avviato molte delle azioni e delle modalità organizzative previste dal nuovo PNGLA 2019-2021.

Il presente Piano, in continuità con la programmazione precedente, è redatto in coerenza con i presupposti previsti dai nuovi Programmi Operativi 2019-2021 e dal nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) per il triennio 2019-2021.

2. IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 2019-2021: OBIETTIVI E PROPOSTE

2.1 Il modello

L'obiettivo del modello di riferimento è quello di promuovere la capacità del SSR di intercettare il reale bisogno di salute della popolazione residente, di ridurre l'inappropriatezza, di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA, la trasparenza e l'accesso diffuso alle informazioni da parte dei cittadini sui loro diritti ma anche sui loro doveri.

Il governo delle liste di attesa deve essere affrontato attraverso azioni sull'appropriatezza, sui volumi della produzione e sulle modalità organizzative e di programmazione dell'offerta basate sulla prioritarizzazione delle prestazioni.

Le azioni fondamentali che interpretano il modello di riferimento e ne guidano le modalità organizzative sono:

a) La netta separazione dei canali tra "***primo accesso***" per le prestazioni generate normalmente da un primo contatto tra il cittadino e il sistema sanitario (tipiche dei servizi di cure primarie dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta) e "***accesso successivo***" per le prestazioni originate a seguito della presa in carico del cittadino.

b) L'attivazione dei percorsi per la **presa in carico dei pazienti cronici,** anche mediante specifici PDTA attivabili e prenotabili direttamente dal sistema delle cure primarie ed in collaborazione con le strutture specialistiche.

2.2 Gli ambiti di Garanzia

La "garanzia" del tempo massimo di attesa è un elemento che riguarda direttamente il ruolo di tutela della salute della popolazione residente (o assistita) proprio della ASL: ciascuna Azienda territoriale deve infatti essere in grado di dimensionare e governare la propria offerta al fine di soddisfare la domanda espressa entro i tempi massimi nel rispetto delle priorità; l'obiettivo deve essere quello di assicurare la massima prossimità possibile nell'erogazione delle prestazioni all'utenza, considerando nel contempo la migliore allocazione delle risorse e il contenimento dei costi.
L'ambito territoriale di garanzia viene definito in base alla residenza del cittadino e tale garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica (ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti. Pertanto, nella fase di prenotazione, deve essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata 'in garanzia'.

L'individuazione degli ambiti territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, dipende principalmente dai seguenti elementi:

- dimensionamento dell'offerta e della sua distribuzione
- dimensionamento delle risorse dedicate ai diversi punti di erogazione
- accessibilità dei vari servizi
- domanda 'storica'
- dati di contesto demografico ed epidemiologico dell'area considerata.

Si deve infine tenere conto della tipologia di prestazioni, che possono essere classificate in base al livello di complessità dell'apparecchiatura/strumentazione necessaria all'erogazione e al livello di specializzazione del personale medico coinvolto, e dei centri di riferimento per specifiche patologie, in quanto tali fattori incidono nella ripartizione territoriale:

Vengono individuate quattro categorie di Ambiti Territoriali di Garanzia – ATG:

I. Distrettuale
La maggior parte delle prestazioni specialistiche dovranno essere progressivamente garantite a livello distrettuale con modalità e tempi previsti nell'ambito dei piani aziendali.

II. Aziendale (corrispondente al territorio della ASL). Riguarda tutte le prestazioni per le quali, relativamente alla dislocazione dell'offerta, è opportuno mantenere un livello Aziendale, anche in considerazione del rapporto costi-benefici connessi all'articolazione periferica di risorse e tecnologie. In assenza di ulteriori specifiche aziendali, tutte le prestazioni di media tecnologia ed alcune visite di elevata complessità devono essere garantite a livello di ASL.

III. Sovra-aziendale (corrispondente ad accorpamenti di 2 o più ASL, fino all'intera Regione)
Questo ambito dovrebbe essere riservato alle prestazioni di alta tecnologia e/o alta specializzazione che, a causa dei costi di gestione e per la difficoltà di assicurare livelli di qualità ottimale, non possono essere previsti in ogni ASL o distretto. In questo ambito potrebbero essere, a mero titolo di esempio, collocate le prestazioni di diagnostica strumentale ad elevata tecnologia, quali PET, acceleratori lineari e Risonanze magnetiche, o esami da effettuare in centri di riferimento regionale.

IV. Nazionale. Limitato a particolari prestazioni come ad esempio l'Adroterapia.

Gli ATG potranno essere oggetto di revisioni periodiche in ragione delle variazioni nella domanda, degli indicatori sui tempi di attesa desunti dai sistemi di monitoraggio e dal raffinamento dei metodi di analisi, ma anche dai cambiamenti del quadro dell'offerta e dall'evoluzione delle tecnologie sanitarie.

Nella configurazione delle agende di prenotazione per le prestazioni di primo accesso, che suddivide l'offerta complessiva in base alla classe di priorità indicata, le ASL potranno decidere di riservare gli spazi 'in garanzia' in via preferenziale alla popolazione residente. Tale modalità ha il duplice obiettivo di spingere il cittadino a rivolgersi, almeno inizialmente, all'offerta presente nella propria ASL, in quanto consentirebbe di usufruire della 'garanzia' e di responsabilizzare la ASL di fronte alla propria popolazione di riferimento.

Per le prestazioni ambulatoriali effettuate negli ATG nazionali, e quindi accessibili agli utenti dell'intero territorio nazionale, non è prevista la garanzia assoluta del rispetto dei tempi di attesa (90%) in quanto in questo caso non è possibile individuare un bacino di pertinenza.

3. LA GOVERNANCE A LIVELLO REGIONALE E AZIENDALE

Il governo delle liste di attesa si lega strettamente all'organizzazione del sistema e per questo è fondamentale costruire una *governance* regionale in cui siano coinvolti tutti i responsabili dei processi. Ciò permetterà di avere un monitoraggio continuo ed in tempo reale dei processi e di adottare le soluzioni ritenute più idonee al soddisfacimento dei bisogni di salute delle persone.
A livello locale la responsabilità del governo delle liste di attesa è attribuita al Direttore Sanitario aziendale.

3.1.1 Cabina di Regia Regionale

Al fine di rendere omogenee le azioni da intraprendere su tutto il territorio regionale, viene istituita una Cabina di Regia regionale per il governo delle liste di attesa, con il compito di coordinare le azioni di governo delle liste di attesa, con particolare riguardo alle azioni sovra-aziendali o regionali, supportare le Aziende sanitarie regionali nella definizione e implementazione dei Piani attuativi locali, diffondere informazioni in merito a soluzioni organizzative, tecnologiche o regolatorie adottate o sperimentate per la soluzione di particolari criticità nel governo della domanda o dell'offerta, risolvere eventuali controversie. Entro 60 giorni dall'emanazione del presente Piano Regionale, la Cabina di Regia provvede all'individuazione delle prestazioni erogabili negli Ambiti di Garanzia. La Cabina di Regia è altresì responsabile della valutazione dei Piani Attuativi locali. I componenti sono individuati con apposito atto del Direttore Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria.

3.1.2 Comitato Tecnico

Il Comitato Tecnico è costituito dai Responsabili Unici Aziendali, nominati dai Direttori Sanitari aziendali, per il monitoraggio del Governo dell'Accesso alle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali e delle Liste di Attesa.

Ferma restando la piena responsabilità del Direttore sanitario aziendale nel governo delle azioni interessate dal presente piano, le funzioni sono quelle di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni descritte, con particolare riguardo alla trasparenza delle agende, alle modalità di prescrizione e alla prioritarizzazione, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi correnti e l'esame delle criticità, per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi posti attraverso appositi indicatori. Il Comitato tecnico raccoglie eventuali segnalazioni di problematiche da professionisti e operatori e provvede a segnalare alla Cabina di regia quelle che richiedono interventi organizzativi, regolatori o di coordinamento.

3.1.3 Osservatorio regionale e aziendale

Al fine di porre in essere un percorso partecipativo al governo delle liste di attesa, con DCA 110/2017 è stato istituito un osservatorio regionale presso la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria e uno per ogni Azienda sanitaria, con la partecipazione delle organizzazioni sindacali e le rappresentanze degli utenti maggiormente rappresentative.

Con determina n. G11825 del 30/08/2017 la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria ha istituito "l'Osservatorio Regionale sulle liste di attesa" stabilendone la composizione e le relative funzioni. Analogamente, in ogni Azienda Sanitaria sono stati istituiti "Osservatori aziendali per il governo delle liste di attesa".

In generale sarà favorito il raccordo tra le attività degli osservatori e gli organismi della rappresentanza professionale e delle associazioni dei pazienti, anche attraverso l'ampliamento dei componenti da definirsi con apposito atto della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria.

3.2 Il ruolo dei Cittadini

Attori fondamentali nei processi che concorrono alla generazione delle liste d'attesa, i cittadini debbono essere consapevoli delle opportunità e dei servizi di cura ed al tempo stesso responsabili delle modalità di utilizzo. In particolare si ritiene indispensabile avere:

- la conoscenza degli elementi fondamentali di gestione e controllo della propria salute;
- la capacita di un uso attento ed appropriato dei servizi sanitari;
- la conoscenza e la consapevolezza dei propri diritti ad essere curati.

Al fine di raggiungere i predetti obiettivi, la Regione avvierà, in collaborazione con gli organismi partecipativi già definiti e/o in corso di definizione da parte della Regione, un programma di comunicazione ed informazione dei cittadini, mirato a favorire corretti stili di vita, fruizione appropriata dei servizi e finalizzato ad assicurare l'affidamento agli operatori sanitari.

Particolare attenzione sarà inoltre dedicata a favorire interventi volti a migliorare, nell'ambito della *governance* delle liste di attesa, sia gli aspetti organizzativi che quelli inerenti l'umanizzazione delle cure il rapporto tra gli operatori sanitari e la popolazione.

3.3 Il ruolo di committenza delle Aziende Sanitarie Locali

In coerenza con i Programmi Operativi ed al fine di una maggiore focalizzazione nei servizi alla persona, le ASL, in particolare, dovranno recuperare la funzione di committenza (analisi e stima dei fabbisogni, negoziazione con gli erogatori, valutazione e controllo delle attività in termini di appropriatezza, qualità) nei confronti di tutti i soggetti erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie presenti sul territorio.

Il governo delle liste di attesa, e in generale dell'accesso alle prestazioni ambulatoriali specialistiche, si fonda sulla programmazione dell'assistenza erogata dalle strutture presenti nel territorio, ovvero dall'incrocio tra domanda e offerta, coerentemente con la definizione del fabbisogno di prestazioni da soddisfare.

Le Aziende territoriali sono in grado, attraverso l'analisi dei dati dei flussi informativi delle prestazioni, di conoscere e valutare la domanda espressa dai propri residenti, compresa la domanda soddisfatta al di fuori del proprio territorio (mobilità passiva interaziendale ed interregionale), mentre possono stimare, attraverso indagini ad hoc o utilizzando dati di letteratura, la componente della domanda che, per i lunghi tempi di attesa a causa di un'offerta insufficiente, risulta non soddisfatta dal SSR. Tale domanda può generare il ricorso alla Libera Professione Intramoenia o al privato.

I consumi di prestazioni, rilevati attraverso i flussi informativi correnti, quantificano la domanda soddisfatta dei residenti di un territorio; questi vengono poi confrontati con la produzione complessiva delle strutture ubicate nello stesso territorio (sia pubbliche che private), verificando la capacità di soddisfare la domanda espressa con la dotazione di risorse (umane e tecnologiche) disponibile (grado

di autonomia), considerando anche il saldo di mobilità attiva e passiva interregionale. I dati di mobilità sanitaria sono periodicamente forniti alle ASL dalle strutture regionali competenti.

I consumi di ciascuna popolazione residente vengono, quindi, classificati congiuntamente sia in base al territorio in cui vengono erogati, ovvero in:

A. Domanda dei residenti soddisfatta entro il territorio aziendale considerato
B. Domanda dei residenti soddisfatta al di fuori del territorio aziendale considerato (mobilità passiva intraregionale)
C. Domanda soddisfatta per non residenti (mobilità attiva intraregionale),

che distinguendo per tipologia della struttura erogante:

I. a gestione diretta
II. Aziende Ospedaliere (AO, AOU e IRCCS pubblici)
III. privati accreditati.

E' di primaria importanza una analisi orientata a valutare, insieme alla stima del fabbisogno complessivo regionale, la capacità di soddisfazione della domanda da parte delle varie tipologie delle strutture di ogni territorio e la comparazione fra territori diversi.

Le ASL dovranno effettuare questo tipo di analisi a livello distrettuale, valutando la variabilità degli indicatori utilizzati nel proprio territorio al fine di individuare eventuali squilibri nei consumi, presumibilmente legati a differenze del contesto socio-demografico, del quadro epidemiologico o della distribuzione dell'offerta.

Per la valutazione dell'offerta si dovranno utilizzare anche indicatori sulla dotazione di risorse (personale ogni 1000 abitanti, apparecchiature x 100000 abitanti, etc.), sempre a livello distrettuale.

Le Aziende, a seguito della determinazione del proprio fabbisogno, negoziano con tutte le strutture erogatrici (di diretta gestione, pubbliche terze o private accreditate) volumi di prestazioni critiche coerentemente ai vincoli di budget.

Le Aziende Sanitarie Locali sono chiamate a programmare la propria rete di offerta, per le diverse tipologie di prestazioni, valutando la quota di attività che sono in grado di produrre attraverso le proprie risorse (strutture, personale, apparecchiature), e quella che può essere acquistata dalle Aziende Ospedaliere (AO, AOU, IRCCS pubblici) e dalle strutture private accreditate attraverso specifici accordi di fornitura, e dalle forme organizzative complesse della medicina generale e della specialistica ambulatoriale.

In prima istanza è necessario considerare il grado di efficienza con il quale le proprie strutture producono e pianificare azioni mirate nel caso in cui le risorse, che siano apparecchiature o personale medico o tecnico specializzato, siano sottoutilizzate, facendo riferimento anche ai risultati di progetti regionali per l'analisi dei Livelli Assistenziali (LA).

Le Aziende Sanitarie Locali devono prevedere, almeno per le prestazioni 'critiche', un piano per il recupero di efficienza, attraverso l'ottimizzazione dei turni del personale e dell'uso dei macchinari,

verificando con analisi comparative (*benchmarking*), condotte anche attraverso eventuali elementi informativi forniti dalla Regione, che il livello di efficienza risulti sufficientemente omogeneo, almeno all'interno delle proprie strutture, e comunque in linea con le migliori *performance* delle altre ASL. Il ricorso a prestazioni aggiuntive o alla contrattualizzazione di ulteriori volumi di prestazioni potrà essere contemplato solo dopo aver valutato la possibilità di incremento della produzione delle strutture a gestione diretta attraverso il recupero di efficienza o il ricorso a nuove assunzioni di personale.

Il dimensionamento delle risorse all'interno del territorio deve tenere conto innanzitutto delle strutture a gestione diretta (ospedaliere e territoriali), delle Aziende Ospedaliere (AO, AOU, IRCCS pubblici), attraverso specifici accordi, e l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato, tramite contratti di fornitura. I recenti provvedimenti di budget, coerentemente con quanto sopra riportato, rafforzano il ruolo di committenza delle ASL, che possono, nell'ambito dei tetti massimi di finanziamento stabiliti a livello regionale e delle norme che regolano l'accreditamento, riprogrammare tipologia e volumi di prestazioni da acquistare nell'ambito dei budget da assegnare a ciascun soggetto accreditato.

Elemento essenziale per il governo complessivo dell'accesso a tali prestazioni e il rispetto del tempo massimo di attesa, è il conferimento al sistema regionale di prenotazione (Recup), in base a quanto convenuto negli accordi di fornitura con le Direzioni Aziendali, almeno di tutte le agende relative alle prestazioni 'critiche' da parte delle strutture accreditate, come previsto dal regolamento regionale n.20 (DGR 157/2014), nello schema di accordo/contratto di cui al DCA 243/2019 e conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa regionale.

Quindi è necessario che l'intera offerta a disposizione di una ASL, compresa quella derivante da AO, AOU, e IRCCS pubblici, venga resa trasparente e visibile sul sistema di prenotazione regionale: sia quella di tutte le strutture a gestione diretta che quella 'acquistata', mediante accordi contrattuali, dalle altre strutture pubbliche e private accreditate.

L'insufficienza dell'offerta può naturalmente dipendere anche da un eccesso di domanda dovuta a prescrizioni inappropriate. La valutazione periodica dell'appropriatezza nelle prescrizioni delle prestazioni specialistiche ambulatoriali dovrebbe discendere dalle analisi di variabilità territoriale che devono orientare il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva distrettuali (CAPD), per individuare le aree di iperprescrizione, quantificando l'inappropriatezza sia clinica sia organizzativa, derivante anche da comportamenti opportunistici od omissivi.

Al fine di consentire una valutazione sull'appropriatezza prescrittiva, la Direzione Regionale Salute e Integrazione sociosanitaria mette a disposizione delle Aziende Sanitarie, e in particolare delle CAPD, dati di letteratura, consumi medi nazionali e regionali, utili alle analisi di *benchmarking*, ivi comprese le informazioni di ritorno sulle iniziative intraprese.

3.4 Piano Attuativo aziendale

Le Aziende Sanitarie Locali predispongono il Piano Attuativo locale in collaborazione con le AO, AOU, IRCCS pubblici insistenti sul territorio di competenza. Si favorisce, altresì, la predisposizione di Piani Attuativi interaziendali, al fine di ottimizzare le azioni sull'offerta e il governo dei tempi d'attesa in situazioni di elevata mobilità interaziendale dei residenti per la fruizione di prestazioni, nonché per favorire il ricorso a strutture di riferimento per prestazioni di particolare complessità.

Entro 60 giorni dalla definizione delle prestazioni oggetto degli Ambiti Territoriali di Garanzia a cura della Cabina di regia regionale, le singole Aziende sanitarie, tenendo conto di tutti gli indirizzi qui contenuti, devono procedere alla stesura e all'approvazione del piano attuativo Aziendale.
Gli elementi che devono caratterizzare i Piani aziendali, e che costituiranno criteri per la valutazione dei Piani stessi e per il monitoraggio periodico circa lo stato d'attuazione delle attività programmate, vengono di seguito sintetizzati:

a) Il recepimento degli elenchi di prestazioni per le quali garantire i tempi massimi di attesa secondo la classe di priorità ad almeno il 90% di coloro a cui esse vengono prescritte;
b) Il recepimento, per le diverse prestazioni, degli ambiti territoriali di garanzia definiti a livello regionale.
c) La previsione di piani di comunicazione multicanale, coerenti con gli indirizzi concordati a livello regionale, indirizzati agli assistiti, ai prescrittori ed agli erogatori.
d) Il governo della domanda di prestazioni, attraverso l'uso sistematico delle classi di priorità, sia nella fase prescrittiva che di prenotazione e della separazione dei canali *(Primo accesso* e *accesso successivo*).
e) La messa in atto di procedure di verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso provvedimenti specifici che regolamentino:
   - l'utilizzo delle classi di priorità
   - la presenza e l'accuratezza del quesito diagnostico
   - la corretta identificazione delle prime visite e dei controlli
   - la verifica della congruità circa l'uso delle priorità, attraverso audit tra prescrittori ed erogatori.
f) La messa in atto di tutte le azioni ritenute utili, sulle apparecchiature di alta diagnostica, per il raggiungimento dello standard di capacità produttiva di almeno l'80%.
g) La definizione dei modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione della cronicità anche attraverso PDTA, in coerenza con quanto previsto dal Piano Regionale della Cronicità.
h) L'adeguamento dei contenuti informativi, il presidio della completezza e dell'accuratezza dei dati rilevati e la trasmissione sistematica dei flussi informativi per il monitoraggio delle liste e dei tempi d'attesa, con il rispetto dei tempi e delle modalità previste.
i) L'attuazione di percorsi di tutela nel caso in cui l'ordinaria offerta aziendale non riesca a garantire l'erogazione delle prestazioni entro i tempi massimi di attesa.
j) La regolamentazione delle attività ambulatoriali in libera professione rispetto a:
   - la definizione dei corretti rapporti tra i volumi di attività libero professionali e attività istituzionale;
   - i meccanismi e gli organismi di controllo per la verifica e l'applicazione di quanto previsto al punto 5.1 del presente piano.
k) L'esplicitazione delle modalità di accesso per le prestazioni programmabili, per le urgenze e per i percorsi di presa in carico, compreso il *Day Service* ambulatoriale e le relative funzioni di accoglienza.
l) L'informazione ai cittadini circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare preventivamente una prenotazione.

m) La gestione trasparente mediante la verifica, presso le UU.OO. di ricovero delle strutture a gestione diretta e di quelle accreditate in accordo contrattuale, della presenza e della regolare tenuta delle Agende di prenotazione dei ricoveri ospedalieri programmabili.

n) La previsione di iniziative di formazione e confronto con i medici prescrittori sui temi dell'appropriatezza prescrittiva (e.g., sulle caratteristiche cliniche da associare alle diverse classi di priorità o sul corretto utilizzo della diagnostica per immagini ad alto costo).

4. LE AZIONI

L'accesso alle prestazioni ambulatoriali avviene tramite una prescrizione su ricettario nazionale ovvero su ricetta elettronica, redatta dal medico specialista, dipendente o convenzionato, dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.

La ricetta deve riportare:

- **tipo di accesso**, se si tratta di primo contatto oppure di contatto successivo, quest'ultimo inteso come visita o prestazione di approfondimento, controllo/*follow up*. Per le prescrizioni non dematerializzate il tipo di accesso è individuato dalla valorizzazione della priorità (U,B,D,P) nel caso di primo accesso e dalla spunta del campo "altro" nel caso di accesso successivo al primo;

- **indicazione della classe di priorità** per le prestazioni di primo accesso. Per le prescrizioni cartacee, nel caso non sia indicata nessuna delle due modalità, la prestazione sarà considerata programmata;

- **quesito diagnostico**, con indicazione del codice ICD–IX-CM, che potrà essere meglio esplicitato in un campo descrittivo a disposizione del prescrittore.

La prescrizione della ricetta dematerializzata deve rappresentare, entro il triennio di vigenza del presente piano, la parte più rilevante delle prescrizioni. A tal fine le ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici effettueranno una rilevazione dei propri fabbisogni, in termini di dotazione *hardware* (pc e rete) per tendere ad avere il 100% della ricettazione dematerializzata. Su tale aspetto dovranno essere assegnati specifici obiettivi di budget a livello aziendale.

Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

Il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale è uno strumento in grado di individuare *ex ante* la filiera assistenziale appropriata in termini sia di prestazioni sia di servizi territoriali e ospedalieri, allo scopo di assicurare prestazioni assistenziali e socio-sanitarie erogate in servizi diversi a pazienti, acuti o cronici, con bisogni differenti e diverso grado di complessità. La Regione ha approvato, con DCA 364/2015, le "Linee di indirizzo per la gestione a livello territoriale della presa in carico del paziente cronico e relativo percorso attuativo". Di conseguenza, in molte ASL sono stati già attivati diversi PDTA (ad esempio per diabete e BPCO); è opportuno promuovere l'ampliamento dei PDTA ad altre patologie croniche.

Regione Lazio intende sviluppare una cornice metodologica volta a definire criteri di priorità per l'individuazione di PDTA ed informazioni necessarie ad assicurare omogeneità nella loro definizione. Solo i PDTA definiti nel rispetto dei criteri metodologici e dei contenuti previsti dalla Regione,

saranno inseriti nel quadro organizzativo e regolamentare del SSR. Nell'ambito del quadro regolatorio, particolare attenzione sarà, altresì, rivolta a promuovere l'utilizzo e l'aderenza ai PDTA da parte dei professionisti sanitari.

In particolare, per quanto riguarda gli aspetti legati alla organizzazione delle agende, le attività relative ai PDTA dovranno trovare spazio in agende dedicate sia nella fase di approfondimento diagnostico sia nella gestione del *follow up*, anche al fine di distinguere le prestazioni previste dal PDTA da quelle che confluiscono nella gestione ordinaria delle agende. Nei Piani attuativi aziendali dovrà essere previsto il monitoraggio continuo delle agende e dei relativi fabbisogni, al fine di garantire la congruenza tra offerta di prestazioni e necessità assistenziali.

4.1 Azioni sulla domanda

4.1.1 Appropriatezza prescrittiva e informazione ai cittadini

Un aspetto importante nel governo delle liste e dei tempi d'attesa è dato dalla capacità, da parte del SSR, di promuovere l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e terapeutici, tenendo conto delle condizioni di erogabilità/indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ai sensi del DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Il raggiungimento di questo obiettivo, è possibile mediante:

- il coinvolgimento e la sensibilizzazione degli Specialisti Ospedalieri e Territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera scelta;
- l'utilizzo di modelli di governo clinico come ad esempio il sistema RAO, allegato C del PNGLA 2019-2021;
- l'adozione di *Linee guida* e *Protocolli diagnostici*, basati su evidenze di efficienza ed efficacia;
- l'implementazione di PDTA per realizzare una forte integrazione nella rete dei servizi, al fine di superare la frammentarietà del sistema, garantendo equità nei processi;
- l'interconnessione tra le reti regionali avviate, la rete territoriale e la medicina generale con percorsi di presa in carico.

La Regione Lazio promuove il governo clinico della domanda di prestazioni specialistiche, implementando anche l'utilizzo del modello dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO), tenendo presente le *Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche'*, già adottate con DCA 110/2017, e quelle previste nel PGNLA 2019-21.

Sarà verificata, a livello aziendale, ai soli fini del monitoraggio, l'adozione e il corretto uso delle classi di priorità utilizzando il metodo della concordanza tra specialisti che erogano la prestazione e i prescrittori. L'erogatore indica se ritiene che il codice di priorità indicato sulla prescrizione sia congruo con il problema di salute presentato dal paziente/utente e con le indicazioni delle linee guida in materia. A livello regionale e/o aziendale verranno attivate iniziative di formazione/aggiornamento congiunte tra medici specialisti e medici convenzionati, al fine di potenziare conoscenze e collaborazioni utili a implementare il metodo di concordanza nella prioritarizzazione. A tal fine le aziende porranno in essere, sulla base di indicatori e strumenti informativi regionali, percorsi di analisi e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi.

I Piani attuativi aziendali dovranno prevedere programmi di monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e le azioni da mettere in campo per aumentarne il livello. Nei programmi dovranno essere specificate le responsabilità, le modalità, i tempi, gli indicatori di valutazione dei processi individuati e le azioni di miglioramento per il raggiungimento degli obiettivi definiti. A tal fine, particolare rilievo dovrà essere dato al ricorso agli strumenti contrattuali dell'incentivazione del personale e della formazione ECM, inserendo specifici corsi nei Piani Formativi Aziendali.

In ogni caso, la valutazione periodica dell'appropriatezza prescrittiva nella specialistica ambulatoriale dovrà coinvolgere il lavoro delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD), nell'individuare le aree di inappropriatezza, sia clinica sia organizzativa.

Il tipo di accesso e la classe di priorità sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e per il monitoraggio delle liste di attesa. Tali informazioni sono obbligatorie per tutte le prestazioni critiche. Per le prestazioni non critiche l'indicazione delle informazioni sopra citate sarà obbligatoria a partire dal 01/07/2020.

L'indicazione chiara delle sopra citate informazioni nella pratica prescrittiva consentirà ai sistemi di prenotazione (ReCUP e sportelli CUP aziendali) di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità e ICD9-CM.

La Regione avvierà campagne informative per una corretta informazione ai cittadini sui percorsi di accesso, sui codici prescrittivi (U, B, D, P), da divulgare presso tutti gli studi dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, le strutture sanitarie pubbliche e private, i siti aziendali e della Regione al fine di rendere edotti i cittadini dei corretti percorsi e dei relativi diritti e doveri derivanti dalla normativa vigente.

E' importante prevedere una corretta informativa ai cittadini sulla tempistica di utilizzo della richiesta specialistica in relazione alla classe di priorità riportata sulla stessa. A riguardo, l'utente con una richiesta di prestazione specialistica potrà effettuare la sua prenotazione, sia tramite *call center* (069939) sia tramite sportello, presso le farmacie autorizzate e gli studi di medicina generale che hanno aderito alla cooperazione applicativa, entro i giorni previsti per l'erogazione della stessa, conteggiati dal giorno successivo all'emissione della richiesta. La classe di priorità riportata sulla richiesta verrà considerata decaduta se l'utente effettuerà la prenotazione oltre il limite di validità della classe di priorità stessa. Va ricordato che i tempi per l'erogazione della prestazione, secondo la classe di priorità riportata (se non considerata decaduta), decorrono dalla data di prenotazione.

4.1.2 L'adozione dei sistemi di prioritarizzazione

Un aspetto organizzativo fondamentale per il governo delle liste di attesa è l'adozione dei sistemi di prioritarizzazione, intesi come:

- l'indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri clinici condivisi;
- la strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità, così da poter rispondere alle richieste dei prescrittori;
- il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema.

Con il DCA n.211/2016 sono state approvate le Linee Guida regionali per l'attribuzione della classe di priorità nella prescrizione delle prestazioni 'critiche' che, frutto della collaborazione con le Società Scientifiche dei Medici, forniscono a tutti i prescrittori un valido punto di riferimento per la prioritarizzazione e costituiscono un importante strumento di indirizzo per l'attribuzione della classe di priorità ad uso dei medici prescrittori, pur non rappresentando un vincolo.

La classe di priorità e il quesito diagnostico sono informazioni di importanza strategica per il governo dell'accesso alle prestazioni e al monitoraggio delle liste di attesa; con il provvedimento di avvio della ricetta dematerializzata (DM 2/11/2011) e il PNGLA 2010-2012 tali informazioni diventano obbligatorie per le prestazioni 'critiche' di primo accesso, come peraltro ribadito dal Piano Regionale per il Governo delle Liste d'Attesa 2013-2015. L'utilizzo nella pratica prescrittiva consentirà ai sistemi di prenotazione (ReCUP e sportelli CUP aziendali) di indirizzare le richieste alle corrispondenti agende configurate per classi di priorità.

Viene affidato alla Cabina di Regia Regionale, in collaborazione con la rete dei responsabili aziendali, il compito di promuovere e diffondere l'uso delle Linee Guida monitorandone l'applicazione nella pratica clinica.

Nel frattempo, la Regione partecipa al progetto nazionale "Modello RAO" (*Raggruppamenti di Attesa Omogenei)* coordinato dall'AGENAS per predisporre Linee Guida nazionali per l'attribuzione delle classi di priorità.

Le agende relative alle prestazioni di primo accesso dovranno, entro il 2019, essere tutte configurate per classi di priorità. Le quote da destinare a ciascuna classe andranno diversificate in base alla tipologia di prestazione, ai dati storici delle richieste e attraverso il continuo monitoraggio aziendale dell'attività prescrittiva.

4.1.3 La separazione dei canali: *primo accesso* e *accesso successivo*

Il Piano Regionale individua, quale aspetto decisivo per la riduzione e il controllo dei tempi di attesa, la capacità da parte del SSR di gestire la domanda attraverso il ricorso appropriato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche.
Nelle prescrizioni devono pertanto essere sistematicamente riportate tutte le informazioni essenziali per la corretta erogazione delle prestazioni e per il monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e la promozione dell'appropriatezza prescrittiva, così come dal DPCM 12.01.2017 sull'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, artt. 15 e 16 (allegati 4A, 4B, 4C e 4D).
A tale proposito, deve essere sottolineato come la domanda di prestazioni di primo accesso sia completamente distinta, in termini di tipologia, di utenza e di volume, dalla domanda di prestazioni di controllo, che rientrano in percorsi di cura più o meno standardizzati riferiti a problemi clinici già definiti, connotando la *presa in carico* dell'assistito. Questa distinzione, qualificata con l'indicazione della "Tipologia di Accesso" a cura del medico prescrittore in qualsiasi struttura operante, consente la separazione dei percorsi assistenziali e impone una diversa organizzazione dei servizi aziendali di prenotazione, assistenza e successivo trattamento delle informazioni.

a) <u>Le prestazioni di "Primo Accesso" sono definite nel modo seguente:</u>

Le prime visite e le prime prestazioni diagnostiche/terapeutiche, sono quelle che rappresentano il primo contatto del paziente con il SSR relativamente al problema di salute posto.
Va considerata come prestazione di primo accesso anche quella richiesta dal medico prescrittore conseguente ad un precedente esame o visita e finalizzata alla conclusione del percorso diagnostico in un tempo definito, per le patologie per le quali non sono stati definiti specifici percorsi diagnostico-terapeutici.
I tempi massimi di attesa, per le prime visite/prestazioni, vengono determinati in riferimento al sistema di classificazione, basato sull'assegnazione di classi di priorità, già previsto nel precedente PNGLA 2010-12, recepito dalla Regione Lazio con DCA 437/2013 e aggiornato con DCA 110/2017, tenendo conto delle modifiche apportate dal PNGLA 2019-21.

Le classi di priorità previste e i relativi tempi massimi di attesa ad esse associate sono pertanto:
- **classe U** (urgente), prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- **classe B** (urgenza Breve) prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- **classe D** (differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per le prestazioni strumentali;
- **classe P** (programmabile), prestazione da eseguire entro 180 giorni (diventerà 120 giorni dal 1/1/2020).

Con cadenza almeno trimestrale, LAZIOcrea predispone un report, da inviare alla Cabina di Regia regionale e a tutte le Aziende e a tutti i soggetti che hanno al loro interno personale che prescrive, con la percentuale di prestazioni mancanti della classe di priorità/tipologia di accesso per singolo soggetto prescrittore. Le strutture inviano tale reportistica personalizzata a ciascun prescrittore e predispongono, per il personale dipendente, obiettivi di budget e regolamenti interni che facilitino il rispetto dell'obbligo di indicazione della classe di priorità/tipologia di accesso. Analoga reportistica viene predisposta relativamente alla percentuale di utilizzo della ricetta dematerializzata.

Il rispetto di tali tempi riguarda tutte le prestazioni offerte sia dalle Strutture Pubbliche che dalle strutture Private accreditate.

Il presente Piano, in accordo con il PNGLA 2019-2021, individua le prestazioni ambulatoriali, e quelle in regime di ricovero, che saranno oggetto del monitoraggio e per le quali saranno garantiti i tempi massimi di attesa

VISITE SPECIALISTICHE

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice Branca	Codice nuovi LEA
1	Prima visita cardiologica	89.7	08	89.7A.3
2	Prima visita chirurgia vascolare	89.7	05	89.7A.6
3	Prima visita endocrinologica	89.7	19	89.7A.8
4	Prima visita neurologica	89.13	32	89.13
5	Prima visita oculistica	95.02	34	95.02
6	Prima visita ortopedica	89.7	36	89.7B.7
7	Prima visita ginecologica	89.26	37	89.26.1

8	Prima visita otorinolaringoiatrica	89.7	38	89.7B.8
9	Prima visita urologica	89.7	43	89.7C.2
10	Prima visita dermatologica	89.7	52	89.7A.7
11	Prima visita fisiatrica	89.7	56	89.7B.2
12	Prima visita gastroenterologica	89.7	58	89.7A.9
13	Prima visita oncologica	89.7	64	89.7B.6
14	Prima visita pneumologica	89.7	68	89.7B.9

PRESTAZIONI STRUMENTALI

Numero	Prestazione	Codice Nomenclatore	Codice nuovi LEA
Diagnostica per immagini			
15	Mammografia bilaterale ER Mammografia bilaterale	87.37.1	87.37.1
16	Mammografia monolaterale	87.37.2	87.37.2
17	TC del Torace	87.41	87.41
18	TC senza e con contrasto Torace	87.41.1	87.41.1
19	TC dell'addome superiore	88.01.1	88.01.1
20	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2	88.01.2
21	TC dell'addome inferiore	88.01.3	88.01.3
22	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4	88.01.4
23	TC dell'addome completo	88.01.5	88.01.5
24	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6	88.01.6
25	TC Cranio-encefalo	87.03	87.03
26	TC Cranio-encefalo senza e con mdc	87.03.1	87.03.1
27	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale	88.38.1	88.38.A
28	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico	88.38.1	88.38.B
29	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale	88.38.1	88.38.C
30	TC del Rachide e Speco vertebrale cervicale sena e con mdc	88.38.2	88.38.D
31	TC del Rachide e Speco vertebrale toracico sena e con mdc	88.38.2	88.38.E
32	TC del Rachide e Speco vertebrale lombosacrale sena e con mdc	88.38.2	88.38.F
33	TC bacino e articolazioni sacroiliache	88.38.5	88.38.5
34	RMN de encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	88.91.1	88.91.1
35	RMN di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con mdc	88.91.2	88.91.2
36	RMN di addome inferiore e scavo pelvico	88.95.4	88.95.4
37	RMN di addome inferiore e scavo pelvico senza e con mdc	88.95.5	88.95.5
38	RMN della colonna in toto	88.93	88.93.6
39	RMN della colonna in toto senza e con mdc	88.93.6	88.93.B
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	88.71.4	88.71.4
41	Eco(color) doppler cardiaca	88.72.3	88.72.3
42	Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	88.73.5	88.73.5
43	Ecografia dell'addome superiore	88.74.1	88.74.1

44	Ecografia dell'addome inferiore	88.75.1	88.75.1
45	Ecografia dell'addome completo	88.76.1	88.76.1
46	Ecografia bilaterale della mammella	88.73.1	88.73.1
47	Ecografia monolaterale della mammella	88.73.2	88.73.2
48	Ecografia Ostetrica	88.78	88.78
49	Ecografia Ginecologica	88.78.2	88.78.2
50	Ecocolordoppler degli arti inferiori arteriose e/o venoso		
Altri esami Specialistici			
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	45.23	45.23
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	45.42	45.42
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24	45.24
54	Esofagogastroduodenoscopia	45.13	
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	45.16	45.16; 45.16.2
56	Elettrocardiogramma	89.52	89.52
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50	89.50
58	Elettrocardiogramma da sforzo con ciclo ergometro o con pedana mobile	89.41	89.41
59	Altri test vascolari da sforzo	89.44	89.44; 89.41
60	Esame audiometrico tonale	95.41.1	95.41.1
61	Spirometria semplice	89.37.1	89.37.1
62	Spirometria globale	89.37.2	89.37.2
63	Fotografia del fundus	95.11	95.11
64	Elettromiografia semplice (EMG) per arto superiore. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.A
65	Elettromiografia semplice (EMG) per arto inferiore. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2	93.08.1	93.08.B
66	Elettromiografia semplice (EMG) del capo. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e polisonnografia (89.17)	93.08.1	93.08.C
67	Elettromiografia semplice (EMG) del tronco. Analisi qualitativa fino a 4 muscoli	93.08.1	93.08.D
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli) associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	93.08.1	93.08.E
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	93.08.1	93.08.F

b) **le prestazioni di *secondo Accesso* per *Controlli Successivi*,** definite per differenza, riguardano le prestazioni erogate nell'ambito di percorsi di cura e presa in carico per patologie croniche (agende di II livello) a pazienti per i quali già è stata formulata una diagnosi iniziale.

Si considerano prestazioni di secondo accesso anche quelle prescritte a pazienti cronici, fuoriusciti dai percorsi di presa in carico o in presenza di una riacutizzazione, oppure le prestazioni che lo specialista che eroga la prima visita ritiene opportuno effettuare nell'ambito di un PDTA, a completamento del quadro diagnostico.

Per garantire le prestazioni nei tempi necessari al trattamento di episodi di riacutizzazione di patologie croniche, ancorché ricomprese nell'ambito di quelle di "secondo accesso" per pazienti presi in carico, la Regione intende verificare la possibilità di attivare un codice di priorità dedicato a tale fattispecie, attraverso specifiche modalità di organizzazione delle agende.

Si rimanda al Catalogo Unico Regionale per quanto riguarda la distinzione tra Primo accesso e Controllo successivo in relazione alle Visite specialistiche e il conseguente trattamento da parte dei servizi di prenotazione (vedi nota Regione Lazio prot. n. 549702 del 3/11/2016 "Indicazioni per la corretta compilazione e codifica della ricetta e relativa prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale essenziali il monitoraggio e il governo delle liste di attesa.").
Per le prestazioni strumentali, nel caso si tratti di un Primo accesso, dovrà essere indicata una delle classi di priorità, come sotto riportate, mediante biffatura delle corrispondenti caselle:

U *(Urgente),* **B** *(Breve),* **D** *(Differibile),* P *(Programmabile)*

Le prestazioni strumentali che saranno prescritte come Controlli successivi, nell'ambito di follow-up, di percorsi diagnostico terapeutici e in genere di presa in carico di un paziente cronico, potranno essere contraddistinte dal medico mediante biffatura della casella Altro mentre non dovrà essere indicata la classe di priorità.
Conseguentemente, nella stessa ricetta non potranno essere indicate prestazioni di "Primo Accesso" e prestazioni per "Controlli successivi"; in assenza di specifica indicazione (biffatura di una priorità o della casella Altro) la richiesta sarà considerata di Primo accesso con classe di priorità "P".
Questo tipo di richieste devono essere gestite **dal Medico Specialista** della struttura, senza rimandare **al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN,** realizzando la **presa in carico** dell'assistito. L'organizzazione aziendale deve prevedere **la prenotazione dell'appuntamento, anche oltre l'anno,** direttamente mediante l'accesso al sistema regionale *Recup-web* da parte del prescrittore o indirizzando l'assistito verso lo sportello CUP aziendale, se presente nella struttura stessa, facendo in modo che il paziente non sia costretto a uscire dalla sede o a rivolgersi al ReCUP.

Vale la pena di ricordare che anche tutte le agende riservate ai Follow up, devono essere comunque visibili al sistema ReCUP.
Qualora l'assistito si rivolga comunque al ReCUP per prenotare una prestazione di *Controllo Successivo* la prenotazione viene effettuata sulla quota di agende riservate ai Follow up.

Il Quesito Diagnostico descrive il problema di salute che motiva la richiesta da parte del Medico di effettuare le prestazioni; può essere riportato testualmente facendo riferimento alla

classificazione internazionale delle malattie (ICD9-CM), o con la corrispondente codifica a sei cifre (compreso il punto di separazione: XXX.XX).
L'indicazione del quesito diagnostico per il *Primo Accesso*, o della diagnosi quando si tratta di *Controlli Successivi*, è sempre obbligatoria e deve essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

Per adeguare il sistema, le Aziende dovranno ampliare gli spazi di presa in carico creando agende che possano accogliere non solo la domanda interna (*follow-up*, PDTA ecc..), ma anche quella proveniente dai MMG/PLS e, più in generale, da tutti i medici erogatori/prescrittori nelle condizioni sopra descritte.

Sono, invece, sempre escluse le prestazioni di controllo e le prestazioni inserite nei programmi regionali di prevenzione attiva (screening).

Le agende dovranno essere organizzate per codice di priorità all'interno della disciplina, lasciando una quota dedicata alle visite di controllo/*follow up*. Un efficace governo dell'offerta prevede che la quota da destinare alla presa in carico del paziente venga stabilita da ogni ASL, AO, AOU, IRCCS pubblici a seguito di una verifica dei propri fabbisogni e valutazione delle risorse necessarie per la loro soddisfazione.

Le attività di rimodulazione del sistema di prenotazione, fino alla data di implementazione della nuova piattaforma, dovranno seguire le indicazioni di cui alla nota Regione Lazio prot. 97286 del 23/02/2017 (Indicazioni per la corretta configurazione delle agende di prenotazione secondo le classi di priorità in attuazione della Determinazione G18397/2014). A seguito dell'avvio a regime della nuova procedura di prenotazione, la Regione provvederà all'aggiornamento del documento tecnico di configurazione.

4.2 Azioni sull'offerta

4.2.1 La gestione trasparente delle agende

La gestione trasparente richiede la configurazione di tutte le agende per classi di priorità. Funzionale a tale obiettivo è l'adozione di un sistema ReCUP. Nel Lazio è attivo, da molto tempo, il sistema ReCUP, sistema unico di prenotazione per l'intero territorio regionale, che gestisce in maniera centralizzata tutte le agende delle strutture pubbliche. Il Sistema è già allineato con le previsioni del PNGLA in merito all'intercettamento di eventuali prenotazioni contemporanee per una stessa prestazione da parte del medesimo utente e il conseguente *alert* nell'eventualità che ciò accada.

Il governo del sistema che regola le liste di attesa, non può prescindere dalla gestione trasparente delle agende, che devono essere **tutte** visibili al ReCUP, sia quelle relative alle strutture pubbliche, sia quelle relative alle strutture private accreditate, anche se riservate e non prenotabili, includendo, quindi, sia quelle per il primo accesso sia quelle per i controlli successivi. Essa inoltre deve riguardare l'attività erogata a carco del SSR e in regime Attività Libero Professionale Intramuraria (ALPI). Tale prescrizione rappresenta obbligo per tutti i soggetti che operano in nome e per conto del SSR.

Il presupposto è che ad ogni prestazione erogata deve corrispondere una prenotazione; ad eccezione degli "Ambulatori Aperti" ai quali si accede senza prenotazione, alle prestazioni di laboratorio analisi, dei consultori, etc.

Per i casi in cui è previsto l'accesso senza prenotazione dovrà comunque essere predisposta un'agenda e registrata l'occupazione della seduta, eventualmente in back office, al fine di non limitare il tempo dedicato alle prestazioni;

Le agende dovranno, entro il 2019, essere tutte configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe 'P', con distinzione delle agende riservate a controlli, follow up e percorsi interni. Questi casi devono essere inseriti a sistema comunque con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell'appuntamento) dedicando, anche giornalmente, una quota di posti esclusivi in funzione delle necessità. Tutta l'attività erogata derivante da una prescrizione su ricetta SSR deve essere comunque rilevata attraverso il flusso informativo SIAS, compresa l'attività ALPI sia interna che esterna.

Nel caso in cui la prestazione sia prescritta e prenotata contestualmente, in collegamento ad una prestazione regolarmente prenotata: "Prestazione Derivata" (necessità di approfondimenti diagnostici a seguito di visita, ulteriori consulti, sostituzione di ricette mal compilate, etc.) sono state fornite le specifiche indicazioni per la gestione nel sistema di prenotazione (nota Regione Lazio n. 513386/2016). Questi casi devono essere inseriti a sistema comunque con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell'appuntamento) dedicando, anche giornalmente, una quota di posti esclusivi in funzione delle necessità.

Si ribadisce che i calendari delle agende non possono essere chiusi. Di norma le agende dovrebbero essere lanciate, in modo automatico, senza una scadenza precisa, in modo da consentire anche prenotazioni con attese oltre l'anno, possibili in particolare per i Controlli successivi. E' altresì vietato il lancio di agende con scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni), fatte salve le agende dedicate a progetti straordinari per l'abbattimento delle liste di attesa con durata limitata nel tempo. Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporta la chiusura delle agende, fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali di budget.

Nel caso di eventi straordinari, non prevedibili e non programmabili, per cui si determini una sospensione dell'attività, ne deve essere data, da parte della Direzione della struttura, comunicazione immediata alla Direzione Regionale (DCA 437/2013), specificando in particolare la durata prevista e le disposizioni date ai Servizi interessati per la protezione delle prenotazioni in essere. (DCA 110/2017).

Al fine di gestire in modo efficiente le agende disponibili si dà indicazione a tutte le strutture di prevedere, nell'attività di prenotazione, un *overbooking* sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Si considera ottimale un livello di *overbooking* del 20% che potrà comunque essere remunerato attraverso le prestazioni aggiuntive qualora non si verifichino assenze nelle sedute prenotate. Tale *overbooking* dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

A tale proposito va tenuto conto quanto previsto da specifici progetti aziendali stipulati in applicazione delle vigenti disposizioni contrattuali.

Con il presente Piano, tale gestione centralizzata viene allargata anche a tutte le strutture private accreditate, attraverso un inserimento progressivo che si concluderà entro la vigenza del presente Piano (2020).

Nello specifico l'erogatore accreditato farà confluire le proprie Agende di prenotazione delle prestazioni di RMN e Altra Specialistica (visite ambulatoriali, diagnostica per immagini) di primo accesso secondo classi di priorità cosi come previsto dal DCA 513 del 24/12/2018.

L'obiettivo finale è che tutte le prestazioni siano tracciate attraverso il sistema ReCUP.

4.2.2 Sviluppo del sistema CUP

Nel Lazio è attivo da tempo il ReCUP, sistema unico di prenotazione per l'interno territorio regionale. L'architettura e le caratteristiche dei sistemi informatici di supporto al ReCUP sono attualmente oggetto di un processo di revisione, a seguito del completamento dell'avvio in esercizio della nuova piattaforma.

Oltre alle funzioni già in uso nell'attuale sistema ReCUP la nuova piattaforma prevedrà l'implementazione di una serie di funzionalità *on-line* che consentiranno al cittadino di ottenere informazioni in tempo reale sull'offerta regionale di specialistica ambulatoriale sia in regime di SSR che ALPI. All'interno del nuovo sistema saranno presenti i flussi necessari all'integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), principalmente per l'invio delle informazioni necessarie all'alimentazione dei dati sanitari di ogni singolo cittadino (es. informazioni relative alle prestazioni effettuate o da effettuare, percorsi diagnostico terapeutici in corso).

Il nuovo sistema ReCUP, grazie anche a *web services* specifici, consentirà l'integrazione con i sistemi prenotazione specialistica ambulatoriale di altri erogatori privati, al fine di avere in tempo reale non solo disponibilità a prenotare le agende di questi ma tutta l'offerta da questi erogati in regime di convenzione con il SSN. Sarà quindi possibile su tutte le strutture private accreditate:

- prenotare, modificare e revocare le prestazioni;
- generare e gestire le agende da parte di enti sanitari autorizzati non pubblici;
- utilizzare i sistemi di *Recall, Remind* e Promemoria previsti all'interno della Piattaforma;
- invocazione di servizi terzi per inoltrare le prenotazioni eseguite su agende di altri erogatori.

A regime il nuovo RECUP consentirà di registrare, al momento della prenotazione, tutte le prestazioni a carico totale o parziale del SSR (comprese quindi tutte le forme di Attività Libero Professionali) che vengono prescritte e prenotate, che potranno essere successivamente erogate in tutte le strutture pubbliche o private accreditate. Consentirà la possibilità di inserimento anche di tutte quelle prestazioni erogate senza prenotazione, in accesso diretto, la cui registrazione avviene al momento dell'erogazione della stessa o al momento del pagamento della quota al carico dell'assistito, se dovuta.

Dovrà essere individuata una procedura per segnalare al RUA e al Direttore Sanitario aziendale, da parte dei responsabili dei CUP aziendali e del ReCUP, l'assenza di spazi nelle agende degli erogatori.

4.2.2.1 La cooperazione applicativa

La Regione ha sottoscritto, con le organizzazioni sindacali della medicina generale e della pediatria di libera scelta, accordi per la cooperazione applicativa con i sistemi informatici della Regione (DCA 161/2017), per la medicina d'iniziativa e per il governo delle liste di attesa (DCA376/2014, DCA565/2017 e DCA 187/2018. Tali accordi prevedono specifiche azioni per il governo delle liste di attesa a partire dalla presa in carico dei pazienti e alla prenotazione diretta delle prestazioni di primo accesso, attraverso l'utilizzo della cooperazione applicativa che la Regione ha già avviato, a livello sperimentale, presso alcuni distretti.

I prescrittori pubblici, nonché i privati accreditati abilitati all'utilizzo del ricettario regionale, MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali integreranno, a partire dal 01/01/2020, le proprie soluzioni di cartella ambulatoriale/studio medico con i servizi regionali di cooperazione applicativa, laddove non utilizzino direttamente i sistemi messi a disposizione dalla Regione Lazio per la prescrizione informatizzata.

4.2.3 Potenziamento dell'offerta

Sulla base dei bisogni assistenziali espressi dalla popolazione residente nel proprio bacino di utenza e dei risultati del monitoraggio dei tempi di attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali, le Aziende Sanitarie, all'interno del Piano Attuativo Aziendale, possono estendere l'orario di effettuazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale anche nelle ore serali, e durante il fine settimana.
Tale prolungamento potrà avvenire sia nell'ambito dell'attività istituzionale sia attraverso il ricorso alle prestazioni aggiuntive previste dai vigenti CCNL dell'area della dirigenza medica, veterinaria, dell'area della dirigenza, del comparto sanitario e degli AA.CC.NN. della medicina convenzionata.

La Regione avvierà percorsi di monitoraggio con le aziende sull'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini, in ambito istituzionale, al fine di ottenere uno standard di almeno l'80% della loro capacità produttiva.

Ove necessario, ciascuna Azienda dovrà provvedere alla definizione di eventuali fabbisogni di personale e di tecnologie, ovvero ricorrere all'utilizzo di prestazioni aggiuntive.

In ogni caso, i Piani Attuativi aziendali dovranno evidenziare le motivazioni organizzative alla base dell'esigenza di incremento del personale nonché un quadro dettagliato dell'effettivo tempo di disponibilità delle proprie apparecchiature nonché dell'esigenza di sostituzione di quelle obsolete.

Nei prossimi rinnovi dei protocolli tra la regione e i policlinici ci universitari verranno individuate specifiche azioni per il governo delle liste di attesa.

4.2.4 Percorsi di tutela

Nell'ambito degli accordi contrattuali sottoscritti annualmente con le Case di cura, gli Ospedali Classificati, gli IRCCS privati, i Policlinici Universitari Privati e le Aziende Sanitarie di riferimento territoriale, la Regione Lazio ha previsto per la prima volta, a partire dall'anno 2019, un budget "dedicato" alle prestazioni critiche di cui al PNGLA 2019 – 2021 e recepito con DCA 152/2019, per assicurare i percorsi di tutela.

4.2.5 Il governo della prestazione non eseguita

La mancata esecuzione della prestazione, per assenza del paziente, rappresenta un grave danno per il sistema di governo dei tempi di attesa in quanto sottrae una disponibilità ad altri utenti, allungando le liste.

Le Aziende, nell'ambito dei Piani Attuativi aziendali dovranno prevedere campagne di informazione per i cittadini per promuovere la consapevolezza circa la responsabilità derivante dall'obbligo di disdettare tempestivamente una prenotazione, qualunque sia il motivo (perché la prestazione non è più necessaria, perché è stata già effettuata altrove, o perché si è impossibilitati a presentarsi all'appuntamento prenotato). Sono confermate le azioni da porre in essere da parte della struttura competente, ai sensi del comma 15[1], art. 3 del D.Lgs. n.124/1998, nei confronti dei cittadini che utilizzano in maniera non responsabile l'accesso alle prestazioni ambulatoriali attraverso prenotazioni multiple e contemporanee, o la mancata presentazione, senza disdetta, al momento dell'erogazione dell'esame.

Pertanto, l'utente - che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale compresa nel Nomenclatore Tariffario Regionale, indipendentemente dal tempo di attesa previsto - non si presenti all'appuntamento, non preannunciando la rinuncia o l'impossibilità a fruire della prestazione almeno 72 ore prima della data prenotata, escludendo la domenica i giorni festivi, è tenuto, anche se esente dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, al versamento di un importo pari alla compartecipazione stessa.

La sanzione non si applica in presenza di gravi e documentati motivi (es. esibizione di certificato di malattia). Analogamente, l'utente che, dopo avere usufruito di una qualsiasi prestazione specialistica o diagnostico strumentale, non provveda a ritirare il referto diagnostico entro 30 giorni, ivi compreso quello on-line, è tenuto al versamento di un importo corrispondente alla tariffa regionale relativa alla prestazione stessa.

La Regione potenzierà i servizi telematici di modifica o disdetta di una prenotazione (telefonicamente al ReCUP, via sms, posta elettronica, etc) per consentire agli utenti la possibilità di disdire gli appuntamenti.
In particolare sul foglio di prenotazione devono essere chiaramente riportate le seguenti informazioni:

- i canali attraverso i quali effettuare la cancellazione;
- i dati da comunicare per effettuare la cancellazione;
- il termine (giorno e ora) entro il quale farla;
- la sanzione applicata in caso di mancata presentazione all'appuntamento prenotato, senza che sia stata precedentemente cancellata la prenotazione.

La Regione Lazio metterà a disposizione un servizio di *recall* che consentirà di ricontattare i pazienti che hanno prenotato una prestazione critica (quelle con più lunghi tempi di attesa) per la conferma dell'appuntamento.

[1] "*L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione", e comunque si ritiene possibile l'adozione di eventuali sanzioni amministrative secondo le relative disposizioni regionali*"

L'obiettivo di tale attività consiste nell'ottimizzare l'erogazione delle prestazioni individuando eventuali indisponibilità al fine di reinserire tali appuntamenti nel circuito di prenotazione. Tale processo, già nelle modalità attuali, ha ridotto notevolmente il *no-show*, ottimizzando l'erogazione del servizio di prenotazione e conseguentemente favorendo la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni più critiche.

Il servizio di *recall* si completa, a monte, per tutti i tipi di prenotazioni (anche non critiche) di una attività di *reminder* consistente nell'invio, agli utenti che ne abbiano dato disponibilità, di una email contenente gli estremi della prenotazione ed attraverso la quale il paziente può accedere ad un link che permette la conferma ovvero la disdetta dell'appuntamento.

Pertanto, il servizio di *recall* prevede i seguenti quattro passi operativi:

- per tutte le prenotazioni:
  - Invio Email –
- per le prenotazioni di prestazioni "critiche":
  - Invio Sms – 10 giorni prima della data di erogazione
  - Contatto utente con chiamata IVR – 5 giorni prima della data di erogazione qualora non vi siano state azioni successive all'SMS inviato
  - Contatto telefonico – 3 giorni prima della data di erogazione qualora non vi siano state azioni successive al contatto IVR.

Infine, pare opportuno dare indicazioni a tutte le strutture di prevedere, nell'attività di prenotazione, un overbooking sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Le prestazioni in overbooking potranno anche essere remunerate attraverso le prestazioni aggiuntive qualora non si verifichino assenze nelle sedute prenotate. Tale overbooking dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

5. LE RISORSE UMANE

Nella gestione delle risorse umane possono essere individuati strumenti e metodologie che incidono sia sul personale dipendente del SSR sia sul personale convenzionato, quali i medici della specialistica ambulatoriale, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta.

E' necessario che le Aziende Sanitarie si approccino alla programmazione delle assunzioni tenendo conto delle criticità relative a quelle specializzazioni che maggiormente generano liste di attesa lunghe e dilatate nel tempo.

Le Aziende dovranno prevedere tra gli obiettivi aziendali finalizzati alla retribuzione di risultato, ai sensi dell'art 56 del CCNL 3/11/2015 per l'area della Dirigenza medica e dell'art 51 3/11/2005 del CCNL per l'area della dirigenza sanitaria, dell'art. 39 dell'ACN della specialistica ambulatoriale e dell'art. 81 del CCNL 22/5/2018 (per il personale del Comparto), l'inserimento di tutte le agende ambulatoriali nel sistema ReCUP, comprese quelle relative alla libera professione intramuraria, e la riduzione dei tempi di attesa, laddove si sono rilevate criticità.

5.1 Libera professione intramoenia

In rapporto alla libera professione intramoenia, si fa riferimento a quanto previsto dalla legge n. 120/2007 e s.m.i. (in particolare il d.l. n. 158/2012 convertito con modifiche nella legge n. 189/2012) nonché dalla normativa contrattuale della Dirigenza medica e veterinaria e dell' Area della Dirigenza Sanitaria (tornata contrattuale 08/06/2000), in particolare:

- obbligo di adozione, senza nuovi o maggior oneri per la finanza pubblica, di sistemi organizzativi che consentano di controllare che i volumi delle prestazioni effettuate in regime di libera professione non superino globalmente quelli effettuati nell'attività istituzionale;

- obbligo di prevedere un monitoraggio, mensile, aziendale dei tempi di attesa relativo alle prestazioni effettuate durante l'attività istituzionale per assicurare il rispetto dei tempi medi fissati, attivando anche meccanismi di riduzione dei medesimi. Devono essere adottate azioni sinergiche per allineare i tempi medi di erogazione delle prestazioni rese in attività istituzionali rispetto ai tempi medi di quelle rese in libera professione intramoenia, in maniera da assicurare che il ricorso a questa discenda dalla libera scelta dell'utente e non sia prodotta da carenze organizzative dei servizi resi in attività istituzionale;

- obbligo per le Aziende Sanitarie di predisporre un piano aziendale, riferito alle singole unità operative, concernenti i volumi di attività istituzionali ed i volumi di attività resa in regime di libera professione intramoenia.

- obbligo di assicurare adeguate modalità di rilevazione dell'impegno orario che ciascun professionista dedica all' attività istituzionale nonché all' attività libero professionale;

In merito alla attività libero professionale e alla gestione delle liste d'attesa, si richiamano i seguenti indirizzi cui devono attenersi le Aziende e gli Enti del SSR:

- l'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale, concordate con i professionisti e sostenute economicamente dall'azienda, deve prevedere per il cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo. Le aziende sanitarie potranno, al fine di ridurre le liste d'attesa dei servizi interessati, concordare con l'equipe, ai sensi dell'art. 55, comma 2 lett. d) del CCNL 8/6/2000 dell'Area della Dirigenza medica veterinaria e dell'Area della Dirigenza sanitaria, secondo programmi aziendali, di incrementare le attività e le prestazioni idonee al perseguimento di tale fine. L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa. Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre fuori dall'orario di lavoro istituzionale;

- Al fine di contenere gli oneri a carico dei bilanci delle Aziende Sanitarie, le prestazioni erogate in regime libero professionale dai professionisti in favore dell'Azienda, come previsto dall' art.55 comma 2 suindicato, costituiscono uno strumento eccezionale e temporaneo per il governo delle liste d'attesa; tale strumento può essere utilizzato solo dopo aver fatto ricorso agli altri strumenti retributivi contrattuali nazionali e regionali, nonché il 5% del compenso del libero professionista, di cui all' art. 1 comma 4 della legge 120/2007 e s.m.i, nella misura in cui anche tali prestazioni possono contribuire ad integrare l'offerta istituzionale, allorquando una ridotta disponibilità

temporanea di prestazioni in regime istituzionale metta a rischio la garanzia di assicurare al cittadino le prestazioni all'interno dei tempi massimi regionali;

- In caso di superamento del rapporto tra l'attività libero professionale e attività istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sforamento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali, ridefinendone le proporzioni, anche prevedendo la sospensione dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

Qualora gli strumenti sopra richiamati non producano gli effetti previsti in tema di gestione delle liste di attesa, le aziende potranno mettere in atto ogni azione di tipo organizzativo prevista dalla normativa vigente compresa la possibilità di sospendere l'attività libero professionale intramuraria nel caso in cui siano ravvisate specifiche responsabilità dei professionisti.

Le Aziende debbono vigilare sulla corretta gestione dell'attività in ALPI, in accordo con i regolamenti aziendali approvati, quest'ultimi allineati alle disposizioni nazionali e regionali.

Con l'avvio in produzione della nuova piattaforma ReCUP non sarà consentito alle Aziende l'uso di software alternativi alla procedura regionale di prenotazione. Le Aziende sono comunque tenute all'obbligatorietà di comunicare i dati essenziali sull'attività intramuraria e "allargata" specialistica e di ricovero, attraverso i flussi correnti Sistema Informativo Ospedaliero (SIO) e Sistema Informativo per l'Assistenza Specialistica (SIAS).

Con il presente provvedimento, si dispone che la somma pari al 5 per cento del compenso del libero professionista, prevista dall'art.2, comma 1, lettera e) secondo periodo della Legge 189 del 8 novembre 2012, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, deve essere vincolata prioritariamente, dal competente ente o azienda del Servizio Sanitario Regionale che è tenuto a trattenerla, agli interventi richiamati nel presente provvedimento.

L'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome in data 18 novembre 2010 (rep. atti. n. 198/CSR) ha affidato a quest'ultime il compito di stabilire le modalità di verifica dello svolgimento dell'attività libero-professionale, al fine di rilevare i volumi prestazionali (istituzionali e libero-professionali), nonché le modalità di controllo dell'insorgenza del conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale, definendo anche le relative misure sanzionatorie. Nell'ambito delle attività di verifica previste, la Regioni sono tenute ad istituire appositi organismi paritetici con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti. L'intervento di queste ultime organizzazioni arricchisce e caratterizza il processo di verifica, introducendo il punto di vista essenziale dei fruitori del servizio e offrendo una visione alternativa in grado di contribuire ad una migliore strutturazione e valutazione delle attività.

La Regione Lazio con DCA 114 del 04.07.2012 e successivo n. 440 del 18/12/2014 ha costituito , senza ulteriori oneri a carico del bilancio regionale, un apposito organismo paritetico, denominato Commissione Paritetica Regionale, composto da rappresentanti della regione Lazio e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della dirigenza medica, veterinaria e

sanitaria, anche con la partecipazione delle organizzazioni rappresentative degli utenti e di tutela dei diritti, col compito di:·

a) Valutare l'attivazione dell'A.L.P.I. sul territorio regionale;
b) Rilevare il volume di attività dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero professionale, nonché l'insorgenza di un conflitto di interessi o di situazioni che comunque implichino forme di concorrenza sleale
c) Intervenire sui Direttori Generali in caso di mancata o insufficiente applicazione dell'A.L.P.I.;
d) Esprimere il proprio parere sulle integrazioni o modificazioni delle linee guida regionali.

6. MONITORAGGIO

Al fine di monitorare e valutare i tempi di attesa si evidenzia l'importanza della qualità, della completezza e della tempestività dei dati trasmessi nei flussi informativi regionali (ReCUP, SIAS, SIO).

a) Monitoraggio ex-post delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Il Monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex post, viene effettuato attraverso il flusso informativo ex art. 50 della legge 326/2003 che, nell'aggiornamento del comma 5 del decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 marzo 2008, è stato implementato delle informazioni necessarie al suddetto Monitoraggio. I dati raccolti sono relativi alle prestazioni indicate al paragrafo 3.1 del PNGLA 2019-2021 erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate indicate nei Programmi Attuativi Aziendali. Ai fini di tale monitoraggio saranno obbligatori nel flusso di trasmissione i seguenti campi: data di prenotazione, data di erogazione della prestazione, tipo di accesso, classe di priorità, garanzia dei tempi massimi, codice struttura che ha evaso la prestazione (codice struttura erogante).

La Regione Lazio ha predisposto , un sistema di rilevazione dei tempi di attesa (TDA) con un portale web www.salutelazio.it/monitoraggio-tempi-di-attesa, accessibile a tutti senza obbligo di registrazione, che monitora ogni settimana le visite e gli esami diagnostici. I dati riportati si riferiscono alle prime visite e agli esami strumentali, diviso per classe di priorità: urgente, breve e differibile. Per ogni prestazione viene indicata la percentuale di prenotazioni effettuate con tempo di attesa entro gli standard regionali: vengono presentate le ultime tre rilevazioni settimanali, con possibilità di visualizzarne un numero massimo di cinque. L'indice TDA (rapporto tra il numero delle prenotazioni evase nei tempi prestabiliti rispetto al numero totale delle prenotazioni) varia in tempo reale a seconda della selezione effettuata.

Inoltre è stato predisposto un sistema automatico di invio di report specifico per singola azienda sanitaria che giornalmente informa i Direttori Generali sull'indice TDA ottenuto nella propria struttura il giorno precedente, con riepiloghi settimanali e mensili.

b) Monitoraggio ex-ante delle prestazioni ambulatoriali erogate in regime istituzionale

Questo monitoraggio si basa su una rilevazione, effettuata nella prima settimana dei mesi di ottobre e aprile di ogni anno, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali di cui al paragrafo 3.1 del presente piano, limitatamente ai primi accessi e alle classi di priorità B e D. La Regione ha predisposto un applicativo che permette alle Aziende di estrarre direttamente dal sistema ReCUP il flusso informativo secondo le specifiche indicate dal Ministero.

c) Monitoraggio attività di ricovero

Questo monitoraggio continuerà ad essere effettuato, per i ricoveri programmati indicati al punto 3.2 del PNGLA 2019-2021, attraverso il flusso informativo SDO inviato al NSIS.

d) Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione

In adempimento a quanto previsto nel PNGLA 2010-2012, con cadenza semestrale, vengono monitorate le sospensioni relative alle prestazioni oggetto di monitoraggio incluse PNGLA 2019-2021, erogate presso tutte le strutture regionali, nel caso in cui la sospensione riguardi l'indisponibilità assoluta dell'erogazione di una certa prestazione in una singola struttura, ovvero non siano presenti altre risorse che continuino ad erogare tale prestazione garantendo così il servizio. Si considerano oggetto del monitoraggio gli eventi di sospensione delle attività di erogazione aventi durata superiore a un giorno, mentre non sono oggetto di monitoraggio le chiusure definitive dovute a riorganizzazione dei servizi offerti. Il DCA 437/2013 riporta le modalità ed i contenuti informativi-tecnici relativi alla compilazione delle sospensioni indicate.

e) Monitoraggio PDTA

Il monitoraggio dei PDTA verrà effettuato in modo retrospettivo con cadenza annuale, con il supporto del Dipartimento di Epidemiologia del SSR, utilizzando i flussi informativi correnti, secondo la metodologia individuata nelle Linee Guida che saranno elaborate dall'osservatorio nazionale sulle liste di attesa.

f) Monitoraggio ALPI

I dati di monitoraggio delle attività libero-professionali intramoenia vengono raccolti e trasmessi all'Osservatorio Nazionale in occasione del monitoraggio ex-ante.

L'AGENAS effettua il monitoraggio delle prestazioni erogate in attività libero professionale intramuraria a favore e a carico dell'utente, con riferimento alle modalità di prenotazione, al numero di prestazioni erogate e relativi tempi di attesa. L'AGENAS trasmette annualmente i risultati di tale attività sia al Ministero della Salute sia all'Osservatorio nazionale.

g) Monitoraggio siti WEB

La Regione Lazio ha avviato un progetto di reingegnerizzazione del proprio portale web finalizzato ad una migliore fruizione dei servizi e dei contenuti da parte degli utenti (cittadini, professionisti, altri operatori). In tale ambito è prevista anche un'operazione di omogeneizzazione dei portali delle aziende sanitarie pubbliche che produca una certa uniformità nella localizzazione e nelle modalità di accesso ai contenuti principali. La Regione provvederà, mediante sito web, a monitorare tanto la correttezza e l'efficacia della comunicazione ai cittadini dei contenuti del presente piano, quanto la periodica pubblicazione dei risultati delle attività di monitoraggio descritte.

7. PRESTAZIONI IN REGIME DI RICOVERO

Per tutti i ricoveri programmati la Regione Lazio prevede l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del

PNCTA 2006-2008, del PNGLA 2010-2012 e del PNGLA 2019 – 2021 di cui alla tabella sotto riportata:

Classe di priorità per il ricovero	Indicazioni
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi.
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi.
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Per i ricoveri l'inserimento nella lista di attesa tramite procedura informatizzata, a livello di ogni singola azienda/istituzione privata accreditata, deve riguardare criteri di appropriatezza e priorità clinica.
Al fine di garantire la trasparenza, al momento dell'inserimento in lista di attesa, saranno comunicate al cittadino informazioni sul suo ricovero, sulla classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, oltre alle indicazioni organizzative previste (es. informazioni circa il pre-ricovero). Le Aziende Sanitarie al fine di rispettare i tempi previsti di erogazione delle prestazioni di ricovero, in classe A, potranno, ai sensi dell'art. 55 comma 2 lett. D del CCNL 08/06/2000, incrementare le attività concordate con le équipe con prestazioni aggiuntive. Inoltre, le Aziende Sanitarie per garantire il requisito di trasparenza presentano sul sito Aziendale il Monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri.

Ciascun paziente può richiedere di prendere visione della sua posizione nella lista di attesa per il ricovero facendone opportuna richiesta alla Direzione Sanitaria o Direzione Medica Ospedaliera. Qualora si modifichino le condizioni cliniche del paziente oppure il paziente intenda rinviare l'intervento per motivi personali, è possibile apportare modifiche all'ordine di priorità, a cura del medico proponente. Le Aziende dovranno prevedere l'adozione di modelli gestionali aziendali atti a garantire l'incremento dell'efficienza di utilizzo dei posti letto ospedalieri, favorendo processi di deospedalizzazione e intervenendo sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media.

Nella tabella che segue è rappresentato l'elenco delle prestazioni erogate in regime di ricovero oggetto di monitoraggio con i relativi ICD-9-CM:

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
1	Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	85.2x; 85.33; 85.34; 85.35;85.36; 85.4x	174.x; 198.81; 233.0

2	Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	60.21; 60.29; 60.3; 60.4;60.5;60.61; 60.62; 60.69; 60.96; 60.97	185; 198.82
3	Interventi chirurgici tumore maligno colon	45.7x; 45.8; 45.9; 46.03; 46.04; 46.1	153.x; 197.5
4	Interventi chirurgici tumore maligno retto	48.49; 48.5; 48.6x	154.x; 197.5
5	Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	da 68.3x a 68.9	179; 180; 182.x; 183; 184; 198.6; 198.82
6	Interventi chirurgici per melanoma	86.4	172.x
7	Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	06.2; 06.3x; 06.4; 06.5; 06.6	193
8	By pass aortocoronarico	36.1x	
9	Angioplastica Coronarica (PTCA)	00.66; 36.06; 36.07	
10	Endoarteriectomia carotidea	38.12	
11	Intervento protesi d'anca	00.70; 00.71; 00.72; 00.73; 00.85; 00.86; 00.87; 81.51; 81.52; 81.53	
12	Interventi chirurgici tumore del Polmone	32.29; 32.3; 32.4; 32.5; 32.6; 32.9	162.x; 197.0
13	Colecistectomia laparoscopica	51.23	574.x; 575.x
14	Coronarografia	88.55 - 88.56 - 88.57	

PRESTAZIONI IN RICOVERO ORDINARIO O DIURNO			
Numero	Prestazione	Codici Intervento ICD-9-CM	Codici Diagnosi ICD-9-CM
15	Biopsia percutanea del fegato (1)	50.11	
16	Emorroidectomia	49.46 – 49.49	
17	Riparazione ernia inguinale (1)	53.0x- 53.1x	

Per quanto riguarda i ricoveri programmati è strettamente necessario che avvengano nel corretto *setting* assistenziale in relazione alla clinica, al fine di garantire "l'appropriatezza erogativa" della prestazione. Ciò si può realizzare implementando altre modalità di erogazione quale il Day Service

Ambulatoriale (DSA), oppure rispettando i diversi regimi di assistenza da quello ordinario (implementando la *week surgery*) a quello diurno (implementando il DSA).