

Deliberazione della Giunta Regionale 6 agosto 2021, n. 22-3690

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.

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 D.P.C.M. 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.

Visti:

- l'Intesa sancita il 28 marzo 2006 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- l'Intesa sancita il 28 ottobre 2010 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa per il triennio 2010- 2012 (PNGLA 2010-2012);
- 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. 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;
- la D.G.R. n. 6-1613 del 3.7.2020 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.

Dato atto che:

con cadenza annuale sono stati assegnati ai Direttori Generali obiettivi relativi ai tempi di attesa per interventi, visite e prestazioni ambulatoriali, con, in ultimo, i seguenti atti:

- D.G.R. 19 luglio 2019, n. 4-92 art. 2, comma 2 del D.Lgs n. 171/2016 e s.m.i.. “Assegnazione obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari delle ASR per l'anno 2019. Approvazione criteri e modalità di valutazione”.

- D.G.R. 23 ottobre 2020, n. 15-2139 art. 2, comma 2 D.Lgs 171/2016. “Assegnazione obiettivi di attività ai direttori generali commissari delle ASR per l'anno 2020. Approvazione criteri e modalità di valutazione”.

Sulla base dei succitati provvedimenti 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;

Considerato che:

- l'emergenza da COVID-19 dal mese di marzo 2020 ha comportato un importante impatto sulla 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;

- l'art 29 del Decreto Legge 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, prevede che [...] 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 [...] alla stesura di 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, 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 [...]”;

- la 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” ha 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 stessa deliberazione di cui all'alinea precedente, ha previsto, inoltre, di:

“[...]”

- ripartire il limite di spesa rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B per la Regione Piemonte del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 in proporzione all'incidenza percentuale dei setting assistenziali desumibili nell'allegato A del medesimo Decreto, come di seguito riportato:

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui - risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 (Allegato B, Tabella B1);

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020 ad integrazione di quanto erogato nel 2019 per il medesimo periodo temporale (fonte flusso SDO e C), (Allegato B, Tabella B.2);

[...]”

- stabilire che le Aziende pubbliche del SSR, entro 15 giorni dal ricevimento della nota della Direzione Sanità e Welfare di invio del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa fossero tenute ad aggiornare il proprio Piano organizzativo aziendale, specificando, con riferimento alle risorse assegnate, il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni minime assegnate e la destinazione delle risorse per disciplina/branca, come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri erogati nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019.

- stabilire che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in parola sarebbero state oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero, precisando inoltre che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse assegnate, la Regione si sarebbe riservata la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti.

Considerato inoltre che:

- 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 pandemiche da COVID-19 hanno comportato il riorientamento delle attività delle Aziende Sanitarie sul fronte del contenimento e della gestione dei contagi, nonché per lo sviluppo del piano vaccinale, limitando, in questo modo, l'attuazione del Piano di recupero dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, con conseguente riduzione o, in alcuni casi, assenza della relativa spesa (quanto sopra non ha tuttavia inficiato la risposta assistenziale per tutte le prestazioni a carattere di urgenza, o indifferibilità).

Successivamente, a seguito della nota della Direzione Sanità e Welfare 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 D.L. 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 locali.

Atteso che:

- il D.L. 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, ed in particolare richiamato l'art. 26 "Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse" ha disposto, fra l'altro, che:

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

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

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.

Conseguentemente, la deroga al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive prevista dall'articolo 29 del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, opera soltanto con riferimento alle prestazioni aggiuntive svolte in applicazione del predetto articolo 29 e della presente disposizione e non oltre il 31 dicembre 2021.

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. A tal fine le Regioni e le Province autonome 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, prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dal periodo precedente rendicontano alle rispettive Regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga.

3. Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1, 2 e 6-bis le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle Regioni e Province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma.

3-bis. Relativamente alle prestazioni di genetica medica, clinica e di laboratorio, considerati la rilevanza delle indagini diagnostiche e l'ampio bacino di utenza necessario per garantire un idoneo numero di prestazioni da parte degli operatori accreditati, è possibile ricorrere a forme di collegamenti in rete anche tra strutture che operano in Regioni confinanti. Al fine di garantire l'erogazione di un livello adeguato di prestazioni di cui al periodo precedente, in particolare a favore

di pazienti fragili, e al fine di contrastare le malattie genetiche, le Regioni promuovono la possibilità di effettuare prelievi domiciliari da parte delle strutture di laboratorio accreditate per le medesime prestazioni, con oneri a carico dell'assistito. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

4. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro il 15 luglio 2021 trasmettono al Ministero della salute una relazione dettagliata, attestante le prestazioni assistenziali destinate a fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 erogate nell'anno 2020 ai sensi del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla Legge 24 aprile 2020, n. 27, del Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77, e del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126. La relazione fornisce altresì evidenza della coerenza tra le prestazioni assistenziali erogate e le rilevazioni del centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco «COV 20», di cui all'articolo 18 del citato Decreto Legge n. 18 del 2020. Entro quindici giorni dalla ricezione della relazione, il Ministero della salute verifica la completezza delle informazioni ivi contenute.

Sulla base delle risultanze della verifica operata dal Ministero della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono rendere disponibili per i rispettivi servizi sanitari le risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2020 previste dai decreti-Legge n. 18 del 2020, n. 34 del 2020 e n. 104 del 2020 per la realizzazione di tutti gli interventi individuati dai medesimi decreti, prescindendo dagli importi stabiliti dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento, e degli interventi effettuati per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, diversi da quelli previsti nei citati decreti, concernenti l'effettuazione dei tamponi alla popolazione, l'acquisizione di beni e servizi, il ricorso a contratti di somministrazione di personale e la realizzazione di investimenti finanziati da contributi in conto esercizio. Nel caso in cui la relazione sia incompleta o non sia trasmessa nel termine previsto dal primo periodo, la verifica si intende effettuata con esito negativo. Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano assicurano in ogni caso l'erogazione delle prestazioni assistenziali nell'anno 2021 nell'ambito delle risorse finanziarie previste a legislazione vigente e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica.

5. Per l'anno 2021, i termini del 15 giugno e del 15 luglio, di cui all'articolo 9 del Decreto Legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla Legge 28 maggio 2021, n. 76, sono differiti, rispettivamente, al 10 agosto e al 20 settembre e i termini di cui al comma 7 dell'articolo 32 del Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, sono così modificati:

a) i bilanci di esercizio per l'anno 2020 degli enti di cui alle lettere b), punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 del citato Decreto legislativo n. 118 del 2011 sono approvati dalla giunta regionale entro il 15 settembre 2021;

b) il bilancio consolidato del Servizio sanitario regionale per l'anno 2020 e' approvato dalla giunta regionale entro il 15 ottobre 2021.

6) Alla copertura degli oneri, in termini di fabbisogno e indebitamento netto, pari a 477,75 milioni di euro per l'anno 2021 si provvede ai sensi dell'articolo 77.

[...]"

Visti:

- la D.G.R. 1-3115 del 19.04.2021 - Legge regionale 15 aprile 2021, n. 8 "Bilancio di previsione finanziario 2021-2023". Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2021-2023. Disposizioni di natura autorizzatoria ai sensi dell'articolo 10, comma 2, del D.Lgs. 118/2011 s.m.i.;

- 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 ed impegnata la somma di € 35.219.754,00;

- 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 considerato che non si è potuto dare piena attuazione al Piano di recupero dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, a causa del riacutizzarsi dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov2.

Preso atto che:

- gli Uffici competenti della Direzione Sanità hanno 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;

- ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1 e 2 le Aziende Sanitarie Regionali utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2;

- in applicazione del comma 2 del citato art. 26 del D.L. 73/2021, 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 presente provvedimento (e, nello specifico: recupero di prestazioni di ricovero e di specialistica oggetto di monitoraggio ai sensi della citata D.G.R. 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 regionale, o una codifica specifica per i ricoveri;

- in data 18 giugno 2021 è stato 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.

Richiamata:

la D.G.R. 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'annualità 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".

Dato atto che:

- con 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 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, 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 delle 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;
- con successiva 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" 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.

Considerato che:

detti Piani operativi locali per il recupero delle liste di attesa delle Aziende sanitarie sono stati valutati dalla Direzione Sanità e Welfare, dando riscontro alle Aziende medesime delle principali criticità in funzione della loro ottimizzazione.

Preso atto che:

il 14 luglio e il 21 luglio 2021 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.

Dato atto altresì:

- 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, a seguito del quale le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un successivo aggiornamento del piano locale per il recupero delle liste di attesa.

Dato atto che nella seduta della Giunta del 23.07.2021 è stata data comunicazione, da parte dell'Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza, Edilizia Sanitaria, della situazione relativa al recupero dei tempi di attesa e all'aggiornamento del Piano regionale di cui trattasi.

Richiamata, inoltre, la D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, intitolata "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".

Ritenuto necessario di:

- approvare l'aggiornamento del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, dettagliato all'Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale;

- dare atto che, ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1 e 2, le Aziende Sanitarie Regionale utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2;

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli impegni di 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 2021 ad integrazione di quanto già erogato con le risorse di cui trattasi così come indicato nella tabella che segue (fonte flusso SDO e flusso C):

FINANZIAMENTO art. 29, co. 8, D.L. n.104/2020 D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020 D.D. n. 1666/A1413C del 17.12.2020					
AZIENDA	ASSEGNATO (a)	LIQUIDATO (b)	DIFFERENZA (a-b)	RIPARTIZIONE PER ASL EURO 7.043951,00 (c)	ASSEGNATO DEFINITO (b+c)
ASL CITTA' DI TORINO	€ 2.799.878	€ 2.239.902	€ 559.976	€ 1.416.332	€ 3.656.234
AS.S.L. TO 3	€ 2.749.355	€ 2.199.484	€ 549.871	€ 941.795	€ 3.141.279
A.S.L. TO4	€ 3.046.849	€ 2.437.479	€ 609.370	€ 831.875	€ 3.269.354
A.S.L. TO5	€ 1.928.509	€ 1.542.807	€ 385.702	€ 501.429	€ 2.044.236
A.S.L. VC- VERCELLI	€ 1.569.821	€ 1.255.857	€ 313.964	€ 271.306	€ 1.527.163
A.S.L. BI - BIELLA	€ 1.782.815	€ 1.426.252	€ 356.563	€ 270.193	€ 1.696.445
A.S.L. NO - NOVARA	€ 1.486.006	€ 1.188.805	€ 297.201	€ 562.405	€ 1.751.210
A.S.L. VCO - VERBANO CUSIO OSSOLA	€ 1.355.087	€ 1.084.070	€ 271.017	€ 272.460	€ 1.356.530
A.S.L. CN1 - CUNEO	€ 2.470.587	€ 1.976.470	€ 494.117	€ 673.630	€ 2.650.100
A.S.L. CN2 - ALBA	€ 1.704.723	€ 1.363.778	€ 340.945	€ 277.717	€ 1.641.495
A.S.L. AT - ASTI	€ 1.510.328	€ 1.208.262	€ 302.066	€ 326.798	€ 1.535.060
A.S.L. AL - ALESSANDRIA	€ 3.110.137	€ 2.488.110	€ 622.027	€ 698.011	€ 3.186.121
AO SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO - AL	€ 1.148.709	€ 918.967	€ 229.742	€ 0	€ 918.967
AO SANTA CROCE E CARLE - CN	€ 1.389.646	€ 1.111.717	€ 277.929	€ 0	€ 1.111.717
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' - NO	€ 1.645.148	€ 1.316.118	€ 329.030	€ 0	€ 1.316.118
AO ORDINE MAURIZIANO - TO	€ 1.114.843	€ 891.874	€ 222.969	€ 0	€ 891.874
AOU SAN LUIGI ORBASSANO	€ 833.691	€ 666.953	€ 166.738	€ 0	€ 666.953
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA - TO	€ 3.573.622	€ 2.858.898	€ 714.724	€ 0	€ 2.858.898
TOTALE	35.219.754,00	28.175.803,00	7.043.951,00	7.043.951,00	35.219.754,00

- 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 anche tramite le "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa";

- stabilire che le Aziende Sanitarie procederanno nello specifico ambito con le attività di valutazione e miglioramento, anche tramite le "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa";

- dare atto che le risorse devono essere impiegate rispettando le disposizioni di cui al D.L. 104/2020 ed al D.L. 73/2021;

- stabilire che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in attuazione del presente provvedimento saranno oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero e che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse che saranno assegnate, la Regione si riserva la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti;
- demandare alla Direzione regionale 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;
- dare atto che le somme ripartite con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse assegnate alla Regione Piemonte ai sensi dell'art 29 comma 8 del D.L. 14 agosto 2020 n. 104 - accertate e impegnate con D.D n. 1576/A1413C/2020 del 10/12/2020 e D.D. n. 1666/A1413C del 17.12.2020 - e del D.L. 25 maggio n. 73.

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

- di approvare l'aggiornamento del Piano Regionale per il recupero delle liste di attesa, dettagliato all'Allegato A al presente provvedimento, a farne parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che, ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modificazioni in Legge 23 luglio 2021, n. 106, per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1 e 2, le Aziende Sanitarie Regionali utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della Legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2;
- di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli impegni di 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 2021 ad integrazione di quanto già erogato con le risorse di cui trattasi così come indicato nella tabella che segue (fonte flusso SDO e flusso C):

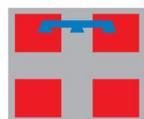
FINANZIAMENTO art. 29, co. 8, D.L. n.104/2020 D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020 D.D. n. 1666/A1413C del 17.12.2020					
AZIENDA	ASSEGNATO (a)	LIQUIDATO (b)	DIFFERENZA (a-b)	RIPARTIZIONE PER ASL EURO 7.043951,00 (c)	ASSEGNATO DEFINITO (b+c)
ASL CITTA' DI TORINO	€ 2.799.878	€ 2.239.902	€ 559.976	€ 1.416.332	€ 3.656.234
AS.S.L. TO 3	€ 2.749.355	€ 2.199.484	€ 549.871	€ 941.795	€ 3.141.279
A.S.L. TO4	€ 3.046.849	€ 2.437.479	€ 609.370	€ 831.875	€ 3.269.354
A.S.L. TO5	€ 1.928.509	€ 1.542.807	€ 385.702	€ 501.429	€ 2.044.236
A.S.L. VC- VERCELLI	€ 1.569.821	€ 1.255.857	€ 313.964	€ 271.306	€ 1.527.163
A.S.L. BI - BIELLA	€ 1.782.815	€ 1.426.252	€ 356.563	€ 270.193	€ 1.696.445
A.S.L. NO - NOVARA	€ 1.486.006	€ 1.188.805	€ 297.201	€ 562.405	€ 1.751.210
A.S.L. VCO - VERBANO CUSIO OSSOLA	€ 1.355.087	€ 1.084.070	€ 271.017	€ 272.460	€ 1.356.530
A.S.L. CN1 - CUNEO	€ 2.470.587	€ 1.976.470	€ 494.117	€ 673.630	€ 2.650.100
A.S.L. CN2 - ALBA	€ 1.704.723	€ 1.363.778	€ 340.945	€ 277.717	€ 1.641.495
A.S.L. AT - ASTI	€ 1.510.328	€ 1.208.262	€ 302.066	€ 326.798	€ 1.535.060
A.S.L. AL - ALESSANDRIA	€ 3.110.137	€ 2.488.110	€ 622.027	€ 698.011	€ 3.186.121
AO SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO - AL	€ 1.148.709	€ 918.967	€ 229.742	€ 0	€ 918.967
AO SANTA CROCE E CARLE - CN	€ 1.389.646	€ 1.111.717	€ 277.929	€ 0	€ 1.111.717
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' - NO	€ 1.645.148	€ 1.316.118	€ 329.030	€ 0	€ 1.316.118
AO ORDINE MAURIZIANO - TO	€ 1.114.843	€ 891.874	€ 222.969	€ 0	€ 891.874
AOU SAN LUIGI ORBASSANO	€ 833.691	€ 666.953	€ 166.738	€ 0	€ 666.953
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA - TO	€ 3.573.622	€ 2.858.898	€ 714.724	€ 0	€ 2.858.898
TOTALE	35.219.754,00	28.175.803,00	7.043.951,00	7.043.951,00	35.219.754,00

- 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;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie procederanno nello specifico ambito con le attività di valutazione e miglioramento, anche tramite le "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa";
- di dare atto che le risorse devono essere impiegate rispettando le disposizioni di cui al D.L. 104/2020 ed al D.L. 73/2021;
- di stabilire che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in attuazione del presente provvedimento saranno oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero e che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse che saranno assegnate, la Regione si riserva la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti;
- di demandare alla Direzione regionale 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;
- di dare atto che le somme ripartite con il presente provvedimento trovano copertura nell'ambito delle risorse assegnate alla Regione Piemonte ai sensi dell'art 29 comma 8 del D.L. 14 agosto 2020 n. 104 - accertate e impegnate con D.D n. 1576/A1413C/2020 del 10/12/2020 e D.D. n. 1666/A1413C del 17.12.2020 - e del D.L. 25 maggio n. 73.

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**

**Aggiornamento
Versione 3 agosto 2021**

	SOMMARIO		
1.	INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO	PAG.	3
2.	CONTESTO DI RIFERIMENTO	PAG.	4
3.	EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE	PAG.	4
4.	PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DI RICOVERO OGGETTO DI MONITORAGGIO	PAG.	11
5.	IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI	PAG.	16
6.	AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA	PAG.	17
7.	AZIONI SULLA OFFERTA	PAG.	20
8.	AZIONI SPECIFICHE PER IL RIPRISTINO DELLE ATTIVITA' E PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA	PAG.	23
9.	MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO COVID 19	PAG.	35
10.	PIANI OPERATIVI AZIENDALI E DI AREA	PAG.-	36
11.	TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE	PAG.	37
12.	VALUTAZIONE E MONITORAGGIO	PAG.	37
13.	SINTESI DELLE AZIONI	PAG.	38
14.	RIFERIMENTI ESSENZIALI	PAG.	41

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.

La Regione Piemonte ha redatto e inviato al Ministero in data 7 settembre 2020 il "Programma Operativo per l'emergenza COVID" sulla base del Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e del 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" convertito dalla legge 17 luglio 2020 n.77.

Il presente documento 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 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;

- 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.

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. "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 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.

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.

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.

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 attività ai Direttori Generali/Commissari delle ASR per l'anno 2019. Approvazione criteri e modalità di valutazione.
- DGR 23 ottobre 2020, n. 15-2139 Art. 2, comma 2 D.lgs 171/2016. Assegnazione obiettivi di attività ai direttori generali commissari delle ASR per l'anno 2020. Approvazione criteri e modalità di valutazione.

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 programmatico e operativo su più livelli.

Nella figura seguente sono sintetizzati i principali elementi di rilievo del contesto nazionale e regionale:



Figura 1. Fattori di contesto che rilevano nella gestione delle liste di attesa per la specialistica ambulatoriale

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 .

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 riquilibratura 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 costituisca 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, tuttora vigente e particolarmente rilevante al fine dell'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, 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.

Il contenimento e la riduzione delle liste di attesa è stato oggetto di tutte le deliberazioni, promulgate negli ultimi anni sulla definizione degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai fini incentivanti.

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;

La 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 dei 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 disposizioni 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).

Con la 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'annualità 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.

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 alle 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 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, 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 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.

4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO

Il modello operativo da strutturare si riferisce in particolare 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	93.08.1	93.08.G	93.08.1

(4 muscoli)				
-------------	--	--	--	--

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, dovranno 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 15 o 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, <u>anche di Primo Accesso</u> , 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.

Quello sin qui delineato rappresenta il contesto normativo, organizzativo e gestionale all'interno del quale si rende necessario dare attuazione al Piano operativo regionale di recupero delle Liste di Attesa.

5. IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI

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;

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 la 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.

Con D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021 è stata, altresì, istituita, 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, una specifica Commissione Regionale, costituita da professionisti in possesso dei debiti requisiti professionali e formativi, che opera per l'analisi, la formulazione di proposte e il monitoraggio e la verifica dei piani delle AASSRR, per il recupero e per il contenimento dei tempi di attesa delle attività di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici.

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 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.

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.

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 Metropolitan, 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 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 i 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 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 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, indipendentemente dall'appartenenza ad una specifica Azienda sanitaria o ad uno specifico ambito territoriale/canale d'accesso. Il CUP 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;
- 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 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 venirsene 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 Regionali, con agende e relative liste d’attesa sia del pubblico che del privato accreditato trasparenti: visto che il progetto CUP unico 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 (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 (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 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.

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 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:

- 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.
- monitoraggio attivo dell'effettiva disponibilità delle agende nel sistema CUP (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 (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 in corso, entro il 31 luglio 2021, 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.

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

Ad ulteriore evidenza delle azioni effettuabili, si riportano di seguito alcuni dei contenuti del Decreto decreto-legge 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.

"[...]

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'attività 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'attività 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 del personale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, limitatamente al recupero dei ricoveri ospedalieri, alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano nonché 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 CCNL 2016-2018 della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria 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 onnicomprensivi, al netto degli oneri riflessi a carico dell'Amministrazione. Restano ferme le disposi-

zioni vigenti in materia di prestazioni aggiuntive con particolare riferimento ai volumi di prestazioni erogabili nonché 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 sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, 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.

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, nonché impiegare, per le medesime finalità 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 finalità 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 nonché agli enti del Servizio sanitario nazionale è 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 è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi onnicomprensivi, 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. 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 sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi onnicomprensivi, 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. 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 è indicato nell'allegato A che forma parte integrante del presente decreto e, solo se la somma degli importi ivi indicati è superiore a quelli assegnati a ciascuna regione e provincia autonoma sulla base dell'allegato B, il limite massimo di spesa è rappresentato dall'importo riportato nell'allegato B del presente decreto.

5. Ferma restando la supervisione del tutor, tenendo altresì 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 nonché, qualora questo abbia durata quinquennale, al penultimo anno del relativo corso, nell'espletamento delle attività 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 sole visite, esami e prestazioni di con-

trollo ambulatoriali. La refertazione delle prime visite, esami e 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 6 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 che costituisce parte integrante del 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, da 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.

Art. 30

Incentivi in favore del personale sanitario

1. All'articolo 1, comma 2, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, al terzo periodo, le parole: «Tali importi possono essere incrementati, fino al doppio degli stessi» sono sostituite dalle seguenti: «Tali importi possono essere incrementati di un ammontare aggiuntivo il cui importo non puo' essere superiore al doppio degli stessi».

Altresì il 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 prevede tra l'altro quanto di seguito riportato: Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse.

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.

Conseguentemente, la deroga al regime tariffario delle prestazioni aggiuntive prevista dall'articolo 29 del decreto legge n. 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, opera soltanto con riferimento alle prestazioni aggiuntive svolte in applicazione del predetto articolo 29 e della presente disposizione e non oltre il 31 dicembre 2021.

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 fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020. A tal fine le regioni e le province autonome 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, prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse.

Le strutture private accreditate eventualmente interessate dal periodo precedente, rendicontano alle rispettive regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga.

3. Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1 e 2 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle regioni e province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma.

4. Il Ministero della salute entro il 15 giugno 2021 effettua per ogni regione e provincia autonoma, sulla base di una specifica relazione di dettaglio trasmessa dalle medesime regioni e province autonome, il monitoraggio delle attività assistenziali destinate a fronteggiare l'emergenza Covid-19 di cui ai decreti legge nn. 18, 34 e 104 del 2020.

Sulla base del predetto monitoraggio, a seguito della positiva certificazione delle attività previste dai citati decreti legge, le regioni e province autonome possono utilizzare le risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2020 previste dai decreti legge nn. 18, 34 e 104 del 2020 per la realizzazione di tutti gli interventi individuati dai predetti decreti legge, prescindendo dagli importi stabiliti dai singoli commi in relazione a ciascuna linea di finanziamento.

5. Per l'anno 2021, il termine del 15 giugno di cui all'articolo 9 del decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44, è differito al 10 luglio e, conseguentemente, il termine del 15 luglio è differito al 10 agosto.

6. Alla copertura degli oneri, in termini di fabbisogno e indebitamento netto, pari a 477,75 milioni di euro per l'anno 2021 si provvede ai sensi dell'articolo 77.

[...]"

In relazione alla nota prot. 18143 del 03.06.2020 del Ministero della Salute "Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19", con la nota dell'Assessorato prot. 18497 del 05.06.2020 inviata alle Aziende Sanitarie regionali avente oggetto: "Indicazioni tecnico-operative per la ripresa delle attività sanitarie sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID" tenuto conto del generale processo di progressiva ripresa delle attività previsto a livello nazionale e regionale, sulla base del monitoraggio epidemiologico condotto dai gruppi di lavoro regionali sono stati definiti i presupposti per lo sviluppo di una programmazione completa volta al riavvio delle attività sanitarie sospese.

In particolare nella predetta nota è stato riportato che ciascuna ASR definisce e adotta un piano organizzativo che dia evidenza delle azioni per gli incrementi delle attività di ricovero e ambulatoriale

che si rendono necessari per il recupero delle attività sospese o ridotte a seguito del lockdown della fase 1) della situazione emergenziale COVID.

Le Aziende ed Enti del SSR devono distribuire le attività programmabili, sia ambulatoriali che chirurgiche, su tutto l'arco della giornata, indicativamente dalle ore 8 alle ore 20, con possibilità di ampliamento di tale orario, dal lunedì al sabato compreso, in modo tale da garantire una riduzione della presenza contemporanea di pazienti e operatori sanitari nei vari presidi di erogazione, assicurando una omogenea distribuzione delle prestazioni su tutto l'arco della giornata.

Le Aziende e gli Enti del SSR devono effettuare un monitoraggio per assicurare che non si producano assembramenti.

Inoltre, si è precisato nella stessa nota quanto di seguito riportato.

Nell'ambito delle modalità organizzative aziendali per il riavvio graduale delle attività per ciascuna specialità ambulatoriale, si chiede tra l'altro alle ASL di definire tra l'altro i seguenti interventi:

1) *Medici specialisti ambulatoriali interni*: è da verificare la possibilità di poter attivare, per il periodo di tempo necessario a ripristinare la gestione ordinaria delle attività ambulatoriali, le procedure per il completamento dell'orario dei medici, già titolari a tempo indeterminato presso l'Azienda stessa nella medesima branca, delle ore rese disponibili e da assegnare, anche mediante frazionamento, per realizzare il completamento orario del tempo pieno (38 ore settimanali), ai sensi dell'art 20 del vigente ACN.

Inoltre, in via subordinata al completamento dell'orario, è da effettuare la valutazione sulla praticabilità dell'eventuale attivazione di procedure per l'attribuzione transitoria di nuovi incarichi, per l'ampliamento di quelli in atto e per la copertura di quelli resi disponibili, mediante pubblicazione da parte delle competenti sedi di Comitato zonale di riferimento sempre in conformità alle disposizioni recate dall'ACN citato.

Si rappresenta inoltre che l'ACN già citato prevede che le Aziende, per esigenze straordinarie connesse a progetti finalizzati con durata limitata nel tempo o per far fronte a necessità determinate da un incremento temporaneo delle attività, che dovrà essere puntualmente specificato in sede di pubblicazione, secondo le scadenze indicate dalla medesima disposizione contrattuale possono conferire un incarico a tempo determinato per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi, rinnovabile alla scadenza e per non più di una volta.

L'eventuale impatto economico dell'incremento temporaneo dell'orario sarà da riportare nel piano organizzativo aziendale.

2) *Strutture private accreditate e contrattualizzate*: è da verificare, entro i limiti del budget 2020, la disponibilità da parte di ciascuna struttura a erogare in via prioritaria le prestazioni che si rendono necessarie per il recupero delle attività sospese o ridotte nel periodo del lockdown (fase 1). In caso di risposta affermativa degli erogatori privati alla richiesta di collaborare nello smaltimento delle suddette prestazioni, esse verranno inserite, prenotate e prese in carico per la scelta da parte del paziente con le consuete modalità organizzative da parte del CUP di ciascuna ASL. Si ricorda che ogni singola struttura potrà effettuare per conto delle AA.SS.LL. solo le prestazioni per le quali è accreditata. La richiesta in argomento potrà essere formulata da ogni ASL a tutte le strutture accreditate del territorio regionale, le quali soddisferanno prioritariamente il fabbisogno delle Aziende Sanitarie sul cui territorio trovano ubicazione ed in via residuale le richieste di altre AA.SS.LL..

L'esito degli approfondimenti aziendali dovrà essere riepilogato per quantità, prestazione e struttura privata.

Come riportato nel DL 5 maggio 2021 , n. 73. le Aziende Sanitarie 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 fermo restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020.

Ai fini della programmazione dell'attività ambulatoriale erogata dalle strutture pubbliche del SSR si precisa che è stata formalizzata la - DGR 3 luglio 2020, n. 6-1613. 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 ripresa dell'attività ordinaria di ricovero deve essere graduale e riguardare in via prioritaria i pazienti che rientrano nelle seguenti classi definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito del Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa 2019-2021:

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.

Destinazione delle risorse

In aggiunta a quanto sopra detto e alla luce della ulteriore evoluzione della normativa, per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale, screening oncologico e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, le Aziende pubbliche del SSR sono tenute a dare attuazione anche alle vigenti disposizioni nazionali quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- 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 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'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19»
- art. 29 del DL 14 agosto 2020, n. 104 «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.
- 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 prevede tra l'altro quanto di seguito riportato. *Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse*

A seguito dell'art. 29 del DL 14 agosto 2020 con la DGR 23 settembre 2020 n. 2-19890 si è ripartito 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, come di seguito riportato:

“[...]”

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

Sono state assegnate alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse nazionali dell'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali “SDO” e “C”.

Gli importi assegnati (tabella che segue) nel rispetto dei modelli organizzativi aziendali, rappresentano il limite massimo di spesa per ciascuna azienda finalizzati a dare attuazione all'art. 29 del DL n. 104 del 14 agosto 2020 limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del DL e fino al 31 dicembre 2020;

Si è ritenuto altresì di assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15

agosto al 31 dicembre 2020 in proporzione all'incidenza delle dimissioni di ricovero (per il Day Hospital all'incidenza degli accessi) e di prestazioni ambulatoriali che non sono state erogate nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto al medesimo periodo 2019, così come desumibile dai flussi informativi regionali "SDO" e "C".

Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1 e 2 le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle regioni e province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma.

[...].

Tabella A.1

Quota di Finanziamento per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2.

Enti del SSR	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo C	Incidenza delle Dimissioni di ricovero non erogate per DRG tipo M	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C	Risorse assegnate per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M	Incidenza delle Prestazioni ambulatoriali non erogate primo semestre 2020	Risorse assegnate per recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale
	primo semestre 2020	primo semestre 2020	A1	A2		A3
GSA						
ASL 301 - Città di Torino	11,04%	7,81%	912.800,00	103.315,00	6,96%	1.783.763,00
ASL 203 - TO3	3,89%	2,57%	321.630,00	33.997,00	9,34%	2.393.728,00
ASL 204 - TO4	7,76%	8,62%	641.606,00	114.030,00	8,94%	2.291.213,00
ASL 205 - TO5	4,17%	3,09%	344.780,00	40.876,00	6,02%	1.542.853,00
ASL 206 - VC	4,13%	2,38%	341.473,00	31.484,00	4,67%	1.196.864,00
ASL 207 - BI	3,44%	1,87%	284.423,00	24.737,00	5,75%	1.473.655,00
ASL 208 - NO	1,86%	1,32%	153.787,00	17.462,00	5,13%	1.314.757,00
ASL 209 - VCO	2,12%	1,81%	175.284,00	23.944,00	4,51%	1.155.859,00
ASL 210 - CN1	6,12%	8,05%	506.010,00	106.490,00	7,25%	1.858.087,00
ASL 211 - CN2	3,33%	2,66%	275.328,00	35.188,00	5,44%	1.394.207,00
ASL 212 - AT	4,06%	1,42%	335.685,00	18.785,00	4,51%	1.155.858,00
ASL 213 - AL	6,79%	9,78%	561.405,00	129.375,00	9,44%	2.419.357,00
TOTALE ASL	58,71%	51,38%	4.854.211,00	679.683,00	77,96%	19.980.201,00
Aso 904 - S.Luigi	3,33%	4,43%	275.328,00	58.602,00	1,95%	499.761,00
Aso 905 - NO	7,50%	4,06%	620.109,00	53.708,00	3,79%	971.331,00
Aso 906 - CN	6,03%	9,82%	498.567,00	129.904,00	2,97%	761.175,00
Aso 907 - AL	4,94%	6,75%	408.445,00	89.293,00	2,54%	650.971,00
Aso 908 Mauriziano	4,97%	4,39%	410.925,00	58.073,00	2,52%	645.845,00
ASO 909 Città della Salute	14,52%	19,17%	1.200.530,00	253.592,00	8,27%	2.119.500,00
TOTALE ASO	41,29%	48,62%	3.413.904,00	643.172,00	22,04%	5.648.583,00
TOTALE ENTI DEL SSR	100,00%	100,00%	8.268.115,00	1.322.855,00	100,00%	25.628.784,00

Tabella. Quota di finanziamento per il recupero delle liste di attesa

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, approvato con D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020, 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;
- trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;
- redazione dei 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;
- valutazione di processo e di risultato e messa in atto delle azioni preventive e correttive: dal primo di ottobre.

La deliberazione sopra citata, oltre ad approvare – all'allegato A - 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, come di seguito riportato:

- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo C: 8.268.115,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni di ricovero per DRG tipo M: 1.322.855,00 euro
- risorse da assegnare per recupero prestazioni ambulatoriali: 25.628.784,00 euro, di cui - risorse da assegnare per incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna 625.835,00 euro

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR le risorse, pari complessivamente a 35.219.754,00 euro, per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 (Allegato B, Tabella B1)

- assegnare alle Aziende Sanitarie pubbliche del SSR gli obiettivi di recupero delle prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero da erogare nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2020 ad integrazione di quanto erogato nel 2019 per il medesimo periodo temporale (fonte flusso SDO e C), (Allegato B, Tabella B.2);

- stabilire che le Aziende pubbliche del SSR, entro 15 giorni dal ricevimento della nota della Direzione Sanità e Welfare di invio del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa fossero tenute ad aggiornare il proprio Piano organizzativo aziendale, specificando con riferimento alle risorse assegnate il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni minime assegnate e la destinazione delle risorse per disciplina/branca, come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (Dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri erogati nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel periodo dal 15 agosto al 31 dicembre 2019.

- stabilire che le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR in parola sarebbero state oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, con espresso richiamo al programma di recupero, precisando, inoltre che in caso di mancato recupero delle prestazioni, anche utilizzando le risorse assegnate, la Regione si sarebbe riservata la facoltà di rimodulare in riduzione i finanziamenti.

Le Aziende Sanitarie, sulla base delle indicazioni regionali hanno provveduto a definire i propri piani aziendali per il recupero dei tempi di attesa, che sono stati supervisionati a livello della Direzione Sanità.

Peraltro la seconda e la terza ondata della pandemia da COVID-19 hanno comportato il riorientamento delle attività delle Aziende Sanitarie sul fronte del contenimento e della gestione dei contagi, nonché ai fini dello sviluppo del piano vaccinale, limitando; in questo modo, l'attuazione del Piano di recupero dei tempi di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di ricovero, con conseguente riduzione o, in alcuni casi, assenza della relativa spesa (quanto sopra, non ha tuttavia inficiato la risposta assistenziale per tutte le prestazioni a carattere di urgenza, o indifferibilità).

Gli uffici competenti della Direzione Sanità hanno già 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 all'art. 29 del D.L. n. 104/2020, accertati e liquidati con determinazioni dirigenziali, è stata effettuata un'indagine puntuale presso ciascuna A.S.R. relativamente agli importi spesi, che documenta la seguente situazione, rilevata a fine maggio u.s. (dati in fase di consolidamento):

assegnato. 35.219.754 Euro;

liquidato: 28.179.803 Euro;

speso: 2.935.354 Euro.

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

"[...]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.

Posto tutto quanto sopra, si precisa che, nell'ambito del proseguimento delle azioni aziendali intraprese per il recupero delle liste di attesa, saranno da utilizzare i finanziamenti già assegnati a valere sul residuo di quanto già speso, ai sensi della normativa nazionale e regionale di cui ai paragrafi precedenti.

In data 18 giugno 2021 è stato siglato l'accordo con 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.

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, 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.

La situazione relativa al finanziamento viene presentata nella tabella che segue.

FINANZIAMENTO art. 29, co. 8, D.L. n.104/2020 D.G.R. n. 2-1980 del 23.09.2020 D.D. n. 1666/A1413C del 17.12.2020					
AZIENDA	ASSEGNATO (a)	LIQUIDATO (b)	DIFFERENZA (a-b)	RIPARTIZIONE PER ASL EURO 7.043951,00 (c)	ASSEGNATO DEFINITO (b+c)
ASL CITTA' DI TORINO	€ 2.799.878	€ 2.239.902	€ 559.976	€ 1.416.332	€ 3.656.234
AS.S.L. TO 3	€ 2.749.355	€ 2.199.484	€ 549.871	€ 941.795	€ 3.141.279
A.S.L. TO4	€ 3.046.849	€ 2.437.479	€ 609.370	€ 831.875	€ 3.269.354
A.S.L. TO5	€ 1.928.509	€ 1.542.807	€ 385.702	€ 501.429	€ 2.044.236
A.S.L. VC- VERCELLI	€ 1.569.821	€ 1.255.857	€ 313.964	€ 271.306	€ 1.527.163
A.S.L. BI - BIELLA	€ 1.782.815	€ 1.426.252	€ 356.563	€ 270.193	€ 1.696.445
A.S.L. NO - NOVARA	€ 1.486.006	€ 1.188.805	€ 297.201	€ 562.405	€ 1.751.210
A.S.L. VCO - VERBANO CUSIO OSSOLA	€ 1.355.087	€ 1.084.070	€ 271.017	€ 272.460	€ 1.356.530
A.S.L. CN1 - CUNEO	€ 2.470.587	€ 1.976.470	€ 494.117	€ 673.630	€ 2.650.100
A.S.L. CN2 - ALBA	€ 1.704.723	€ 1.363.778	€ 340.945	€ 277.717	€ 1.641.495
A.S.L. AT - ASTI	€ 1.510.328	€ 1.208.262	€ 302.066	€ 326.798	€ 1.535.060
A.S.L. AL - ALESSANDRIA	€ 3.110.137	€ 2.488.110	€ 622.027	€ 698.011	€ 3.186.121
AO SS ANTONIO E BIAGIO E C. ARRIGO - AL	€ 1.148.709	€ 918.967	€ 229.742	€ 0	€ 918.967
AO SANTA CROCE E CARLE - CN	€ 1.389.646	€ 1.111.717	€ 277.929	€ 0	€ 1.111.717
AOU MAGGIORE DELLA CARITA' - NO	€ 1.645.148	€ 1.316.118	€ 329.030	€ 0	€ 1.316.118
AO ORDINE MAURIZIANO - TO	€ 1.114.843	€ 891.874	€ 222.969	€ 0	€ 891.874
AOU SAN LUIGI ORBASSANO	€ 833.691	€ 666.953	€ 166.738	€ 0	€ 666.953
AOU CITTA' DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA - TO	€ 3.573.622	€ 2.858.898	€ 714.724	€ 0	€ 2.858.898
TOTALE	35.219.754,00	28.175.803,00	7.043.951,00	7.043.951,00	35.219.754,00

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.

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 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 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 ritiene di prevedere nel secondo semestre del 2021 il recupero del 50% del ritardo di attività stimato a fine anno (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 garantite con le risorse disponibili attualmente). Il restante 50% verrà recuperato nel corso del 2022.

Mentre un recupero totale del ritardo entro secondo semestre sarebbe difficilmente realizzabile, questa scelta permette di garantire volumi di attività relativamente stabili e programmabili nei prossimi anni, con un incremento di attività sostenibile. Comporta però la necessità di mantenere almeno una quota dell'attività aggiuntiva prevista per il 2021 anche nell'anno successivo. La situazione andrà comunque rivalutata anche alla luce dell'evoluzione dell'emergenza pandemica.

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 inferiore 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 colorettrali è già stata avviata una rimodulazione degli inviti, con lo spostamento di metà dei soggetti della coorte del 1963, eleggibili quest'anno per lo screening con sigmoidoscopia, sul programma che utilizza il test del sangue occulto. Verrà inoltre 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.

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.

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. È 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 stata 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 specialisti 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.

9. MISURE DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO COVID 19

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, richiedendo ai cittadini di non recarsi autonomamente agli sportelli dei CUP 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.

10. PIANI OPERATIVI AZIENDALI E DI AREA

Il prospetto indicativo da compilarsi a cura delle AA.SS.RR. (tabella seguente) riepiloga interventi e prestazioni programmate per il recupero graduale delle seguenti classi di Priorità: U, B e D per le prestazioni in regime ambulatoriale; A e B per le prestazioni in regime di ricovero.

BRANCA	INTERVENTI PRESTAZIONI	Q.TÀ NECESSARIA	Q.TÀ PROGRAMMATA DA ASR	Q.TÀ PROGRAMMATA CON EROGATORE PRIVATO	GG. PREVISTI PER RECUPER O Q.TÀ NECESSA RIA

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 con riferimento alle risorse assegnate il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni e la destinazione delle risorse per disciplina/branca nell'anno 2021, 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.

A seguito delle istanze presentate dalle AASSRR, nel corso degli incontri svoltisi nei giorni 14 luglio e 20 luglio 2021, si ritiene confermare il recupero in via prioritaria i 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:

- analisi della situazione a livello di Area e di Azienda Sanitaria e principali criticità;
- obiettivi;

- modelli organizzativi, e modalità di utilizzo delle risorse e impatto su interventi, visite e prestazioni;
- programmazione delle azioni su bisogno, domanda e offerta, soggetti coinvolti e relativi tempi;
- indicatori per la valutazione di processo e di risultato.

Le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e l'attività erogata è oggetto di specifica rendicontazione nell'ambito delle spese COVID, 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

Il cronoprogramma del Piano operativo di recupero delle liste di attesa a livello regionale e aziendale per l'anno 2021 è di seguito illustrato.

- redazione del Piano operativo regionale: aggiornamento periodico;
- trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;
- redazione dei 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.

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 di 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 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 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.

Le “Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa”, presieduta e coordinata dalla Direzione Strategica” e composta a professionisti di area sanitaria e amministrativa effettuano la funzione di valutazione e miglioramento periodica, con tempistica almeno mensile.

Le azioni del Piano sono soggette a rendicontazione periodica almeno trimestrale.

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. - 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”

	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 Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa” e relativo coordinatore	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo: 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	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate.	Empirico: in relazione al numero da		Report mensile/trimestrale	

	interne, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica			Costo in Euro	recuperare			
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 DL 14 agosto 2020, n. 104 e DL 25 maggio 2021, n. 73.	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 DL 14 agosto 2020, n. 104 e DL 25 maggio 2021, n. 73.	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	
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	

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".
- 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