

Deliberazione della Giunta Regionale 20 novembre 2023, n. 16-7729

Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di spec...



Seduta N° 407

Adunanza 20 NOVEMBRE 2023

Il giorno 20 del mese di novembre duemilaventitre alle ore 15:20 in via ordinaria, presso la sede della Regione Piemonte, Piazza Piemonte 1 - Torino si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Alberto Cirio Presidente, Fabio Carosso Vice Presidente e degli Assessori Marco Gabusi, Luigi Genesio Icardi, Matteo Marnati, Maurizio Raffaello Marrone, Vittoria Poggio, Marco Protopapa con l'assistenza di Guido Odicino nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Assenti, per giustificati motivi: gli Assessori

Chiara CAUCINO - Elena CHIORINO - Fabrizio RICCA - Andrea TRONZANO

DGR 16-7729/2023/XI

OGGETTO:

Definizione delle ulteriori azioni programmatiche di rilevanza regionale e aziendale finalizzate alla realizzazione dell'obiettivo di riduzione delle liste di attesa relative alle visite e prestazioni ambulatoriali. Integrazioni alle DGR n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023 sulle modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a far data dal 1° gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C, di cui alla D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022.

A relazione di: 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;

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'art. 29 comma 8 del dl 104/2020, convertito dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, “Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa” che consente di mettere in atto iniziative finalizzate al recupero delle liste di attesa chirurgiche ed ambulatoriali;

l'art. 26 del dl 73/2021, convertito dalla legge 23 luglio 2021, n. 106 che proroga la validità delle misure previste dall'art 29 del dl 104/2020;

l'art. 1, commi 276, 277, 278 e 279 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024” ha previsto una proroga alle misure adottate con i precedenti atti sopra richiamati fino al 31 dicembre 2022, nonché il finanziamento e i canali utilizzabili per le finalità specifiche.

Dato atto che la Deliberazione della Giunta Regionale 28 giugno 2022, n. 4-5268 in attuazione alla L.R. n. 26 del 26/10/2021 ha, tra l'altro, attribuito all'Azienda Zero il monitoraggio, analisi e studio tendenziale dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie e delle liste di attesa (lett. o) e la gestione e organizzazione dei centri di prenotazione (lett. d);

Richiamate:

la D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022 avente ad oggetto “*Piano straordinario di recupero delle Liste d'attesa. Ulteriori disposizioni attuative, ad integrazione della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e autorizzazioni di spesa per le Aziende Sanitarie Regionali. Modifica della D.G.R. 38-846 del 22.02.2019 sui termini di validità delle ricette relative alle prestazioni diagnostico-specialistiche di primo accesso*”;

la D.G.R. n.20-6920 del 22.05.2023 avente ad oggetto “*Approvazione della rimodulazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici, ai sensi dell'art. 4, comma 9 octies del D.L. 29 dicembre 2022, n. 198. Aggiornamento della D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e della D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022*”.

Considerato che la D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022 ha disposto, tra l'altro, che “*dalla data del 1 settembre 2022 le eventuali prime visite e prestazioni di primo accesso erogate dalle strutture private accreditate, in assenza di un appuntamento programmato sul sistema CUP regionale, non saranno valorizzate ai fini della remunerazione economico- finanziaria, fatta salva l'impossibilità ad avviare il sistema non addebitabile all'erogatore*”;

Preso atto che, come da comunicazione dell'ASL Città di Torino prot n. 0132685 del 14/09/2023 agli atti della Direzione sanità, sono state completate dalla società aggiudicataria della gara SCR 63/2015 – R.T.I. Diamante S.r.l./Telecom Italia S.p.A./Engineering S.p.A. - le attività propedeutiche all'attuazione delle disposizioni regionali richiamate al punto precedente;

Ritenuto opportuno, con il presente provvedimento, approvare le modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR dal 1 gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C, prevedendo un'introduzione graduale delle stesse allo scopo di far fronte ad eventuali criticità di carattere organizzativo, come di seguito riportato:

- Modalità di identificazione delle Visite e Prestazioni erogate nel flusso C di primo accesso non prenotate nel sistema CUP: per ciascuna ricetta rendicontata nel flusso C (CF + NRE/Codice Impegnativa) si verifica l'esistenza dell'appuntamento programmato per la medesima data e prestazione nel sistema regionale unico CUP;
- Modalità di abbattimento economico-finanziario per le strutture che erogano attività plurispecialistica: le eventuali visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP saranno abbattute dal CSI per finalità di remunerazione contrattuale per la quota di valorizzazione economica eccedente il valore limite di soglia. In particolare, il limite di soglia ammissibile è il seguente:

A. Visite di primo accesso

T1 2024 (Trimestre Gennaio-Marzo): 15%, ovvero le visite con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 15% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

dal T2 2024 (Trimestre Aprile-Giugno): 1,5%, ovvero le visite con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non sono previste (fatta eccezione di eventuali riprogrammazioni di appuntamenti stimate non superiori all'1,5% complessivo nel trimestre osservato), e pertanto per le finalità di remunerazione non saranno oggetto di valorizzazione economica.

B. Altre prestazioni di primo accesso (non include le prestazioni di laboratorio)

T1 2024 (Trimestre Gennaio-Marzo): 40%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 40% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

T2 2024 (Trimestre Aprile-Giugno): 15%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 15% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

dal T3 2024 (Trimestre Luglio-Settembre): 1,5%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non sono previste (fatta eccezione di eventuali riprogrammazioni di appuntamenti stimate non superiori all'1,5% complessivo nel trimestre osservato), e pertanto per le finalità di remunerazione non saranno oggetto di valorizzazione economica.

- Modalità di abbattimento economico-finanziario per le strutture che erogano attività monospecialistica: nelle more dell'inserimento del codice relativo all'ICD9CM per identificare nella ricetta il sospetto diagnostico di una visita/prestazione di primo accesso da parte del medico prescrittore, l'adempimento relativo all'abbattimento di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è sospeso. Tuttavia, si precisa che le strutture sono tenute a configurare nel sistema CUP le disponibilità delle agende di primo accesso provvedendo, ove necessario, ad inserire anche l'attributo del codice ICD9CM di riferimento del sospetto diagnostico. La contabilizzazione dell'abbattimento economico-finanziario sarà applicata nel bilancio d'esercizio di competenza qualora l'iter di verifica regionale si concluda entro il 20 febbraio dell'esercizio successivo a quello di riferimento, diversamente l'abbattimento economico-finanziario sarà applicato nel bilancio d'esercizio aziendale relativo al periodo di conclusione delle verifiche regionali;
- Modalità di integrazione del limite di soglia ammissibile: il limite di soglia ammissibile può essere integrato con determinazione dalla Direzione sanità nei confronti di una specifica struttura privata accreditata e contrattualizzata con SSR, qualora si rilevino oggettive impossibilità ad utilizzare il sistema per motivazioni non addebitabili all'erogatore e che le stesse implicino un valore di visite e prestazioni non prenotate nel sistema CUP per un valore economico tariffario superiore alla soglia ammissibile.

L'ASL Città di Torino – ASR capofila per la gestione dell'applicazione CUP regionale – provvederà, per l'attuazione dei controlli sopracitati, alla trasmissione alla Direzione Sanità, entro il dieci di ogni mese, delle seguenti informazioni gestionali riferiti alla mensilità precedente:

- riferimenti azienda pubblica/privata ove è stato programmato l'appuntamento (cod. azienda, cod. HSP/STS, ecc);
- riferimenti della ricetta prenotata (numero NRE/codice impegnativa, ecc);
- data di appuntamento (gg/mm/aaaa), tipologia di agenda (pubblica, esclusiva, ..), informazioni relative alle eventuale riprogrammazione degli appuntamenti.

Rilevata, altresì, l'esigenza di assicurare l'accesso ad agende dedicate ai pazienti con diagnosi di

sospetta patologia tumorale o neoplasia tumorale, risulta necessario introdurre la possibilità per il medico prescrittore di indicare nella ricetta ambulatoriale di primo accesso, ad integrazione della descrizione di sospetto diagnostico (già in uso), anche il codice relativo all'ICD9CM di riferimento (primo livello di 3 caratteri). Nel caso di sospetta patologia tumorale la valorizzazione del campo ICD9CM non ha valenza di diagnosi;

A tal fine, il sistema delle agende utilizzato dalle Aziende nell'applicazione CUP dovrà essere configurato per consentire l'utilizzo dei codici ICD9CM di cui al punto precedente anche in fase di prenotazione; l'attivazione della nuova configurazione dovrà essere verificata dall'Azienda Zero e dall'ASL Città di Torino in qualità di DEC del vigente contratto relativo alla gara SCR n. 63-2015. I codici ICD9CM saranno preventivamente concordati con la Direzione sanità ed allineati negli applicativi;

Considerato, altresì, che per ridurre le liste d'attesa ambulatoriale nel rispetto dei requisiti di efficienza, di efficacia, di appropriatezza ed economicità è necessario un intervento sistemico che richiede un framework diagnostico che colga le interdipendenze tra i molti driver casuali e proponga un portafoglio di soluzioni organico e integrato;

Preso atto degli approfondimenti tecnici condotti di recente dalla Direzione sanità per assicurare un governo strategico delle liste d'attesa che tenga conto, a titolo indicativo e non esaustivo, le seguenti variabili:

- differenziali di consumo per area geografica per abitante;
- differenziali di produttività ambulatoriale per azienda, in particolare le differenze tra aziende sono generate da distinti mix attività di ricovero/specialistica ambulatoriale, dalla quota erogata dal privato accreditato, ecc...;
- differenziali di percezione del fabbisogno assistenziale di diagnosi, di cura e della loro valutazione;
- necessità di assicurare un adeguato livello di appropriatezza prescrittiva ed erogativa ai diversi livelli di riferimento, con l'ulteriore consolidamento delle specifiche attività di audit e di miglioramento;
- necessità di assicurare un'adeguata e semplificata modalità di accesso e gestione delle cure dei pazienti cronici presi in carico dalle strutture sanitarie e di migliorare l'integrazione tra area territoriale ed area ospedaliera attraverso lo sviluppo dei percorsi di salute;
- necessità di integrare i consumi privati migliorando la complementarietà con il SSR.

Considerato che, per far fronte alle variabili citate la Direzione regionale sanità, considerato l'attuale andamento clinico-epidemiologico e gli aggiornamenti tecnico-scientifici relativi a Covid-19 ed al fine di efficientare la gestione delle liste di attesa per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali afferenti al SSN, ha definito una serie di azioni programmatiche da realizzare entro e non oltre il mese di dicembre 2023, che vengono di seguito indicate:

- i. l'organizzazione delle attività nel sistema CUP deve essere regolata provvedendo ad aggiornare i tempi medi stimati per l'esecuzione delle visite specialistiche ed esami diagnostici in coerenza ai recenti atti, raccomandazioni e indicazioni trasmessi dal Ministero della Salute relativi al Covid, verificando altresì che siano almeno pari o migliori alle tempistiche in uso nell'annualità 2019;
- ii. l'esecuzione dei prelievi e degli esami di laboratorio analisi deve essere garantita all'assistito anche in assenza di prenotazione; resta comunque possibile utilizzare la funzionalità del CUP denominata "Elimina Code" al fine di ridurre i tempi di attesa negli ambulatori;
- iii. le agende ambulatoriali devono essere configurate nel sistema CUP al fine di assicurare la piena aderenza rispetto alle voci del catalogo regionale che sono state definite per la ricetta dematerializzata;
- iv. tutte le visite e prestazioni di primo accesso devono essere prenotabili sul CUP regionale nelle cosiddette agende "pubbliche", fatta eccezione, in attuazione alla D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e s.m.i., delle modalità tecniche-informatiche definite per le prenotazioni delle ricette di primo accesso prescritte dallo specialista della struttura sanitaria pubblica del SSR

che ha in carico il paziente o dal MMG/PLS su proposta dello specialista della struttura privata accreditata e contrattualizzata con il SSR che ha in carico il paziente - da effettuare a pazienti affetti da malattie croniche in fase di riacutizzazione o per l'insorgenza di nuovi sintomi non necessariamente correlati con la patologia d'origine, tali per cui si renda opportuna una rivalutazione complessiva o una revisione sostanziale del percorso diagnostico – terapeutico;

- v. le strutture sanitarie pubbliche del SSR sono tenute ad assicurare che tutte le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dalla struttura che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve garantire l'effettiva “presa in carico” del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, le aziende sono tenute ad assicurare il governo attivo nel sistema CUP delle Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dalla struttura che già ha preso in carico il paziente;
- vi. tutte le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato (pre-ricovero e postricovero) erogate al paziente devono essere rendicontate nel flusso C4, in quanto si ricorda che sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva del DRG di ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. In proposito, è compito della direzione aziendale assicurare il rispetto delle Linee guida n°1/1995 del Ministero della Sanità “Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994” che in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, prevedono che le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, devono essere considerate prestazioni ambulatoriali;
- vii. le prestazioni di pre-ricovero e post-ricovero, devono essere eseguite all'interno della struttura sanitaria e rendicontate nel flusso C4, non necessitano di impegnativa dematerializzata e non devono essere rendicontate nel flusso C. Ove possibile si raccomanda di utilizzare le eventuali documentazioni clinico-sanitarie già disponibili del cittadino/paziente che sono state eseguite prima della presa in carico da altre strutture sanitarie;
- viii. le ASL devono assicurare il monitoraggio e il miglioramento di appropriatezza prescrittiva dei medici anche attraverso l'applicazione del modello RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) e la verifica sul rispetto delle configurazioni relative alle agende di primo accesso nel sistema CUP delle strutture pubbliche del SSR e delle strutture private contrattualizzate con il SSR ubicate nel proprio territorio al fine di assicurare la gestione della risposta sanitaria in ottica di rete, nel rispetto della classi di priorità, della tipologia di accesso e del bacino di garanzia territoriale di riferimento e del setting erogativo;
- ix. le ASL, in stretta collaborazione con le AO/AOU, devono assicurare il monitoraggio ed il miglioramento di appropriatezza erogativa con l'ulteriore consolidamento delle attività di audit;
- x. le ASR devono assicurare la conduzione di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione sull'importanza di un'adeguata copertura e sicurezza delle attività di prevenzione. Inoltre, dall'annualità 2024, in raccordo con la Direzione regionale Sanità che definirà con successive determinazioni l'avvio di specifici progetti, dovranno assicurare l'attivazione di ulteriori e nuove azioni finalizzate a favorire tutti gli interventi sanitari e sociosanitari (visite, esami, etc) che il paziente necessiterà nel corso dell'anno per la gestione della propria patologia cronica;
- xi. la struttura sanitaria deve assicurare il rispetto di tutte le vigenti normative previste per la libera professione intramuraria e tutti gli adempimenti previsti per il monitoraggio ALPI (sezioni prenotazioni e volumi) al link: <https://alpi.agenas.it/>;
- xii. le aziende sanitarie, con riferimento ai propri ospedali a gestione diretta, dovranno

migliorare i processi dei percorsi di salute, diagnostico terapeutici assistenziali, organizzativi e produttivi in ambito sanitario verificando che gli stessi tengano conto, tra l'altro, del tempo "valore" per il cittadino/persona assistita/paziente, ed assicurando una prospettiva di gestione integrata delle patologie croniche tra ospedale e territorio;

- xiii. le aziende sanitarie devono assicurare l'attivazione di ogni strumento idoneo, ivi incluso il monitoraggio attivo sul processo di firma digitale dei medici, al fine di assicurare che ogni prestazione sanitaria erogata sia inserita entro cinque giorni dalla conclusione della stessa nel FSE (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di anatomia patologica e altre referti per visite e prestazioni ambulatoriali);
- xiv. ricorrere, attraverso i servizi di continuità tecnico economica (CTE, MEV), ad un team di esperti multidisciplinari che dovrà svolgere attività in loco presso le AA.SS.RR. per supportare tecnicamente l'implementazione del nuovo processo e formulare nuove proposte finalizzate a favorire la diagnosi precoce dei pazienti cronici, che potranno essere valutate ed avviate con successive determinazioni dalla Direzione Sanità.

Tenuto, altresì, conto dell'esigenza di:

- prevedere che delle azioni di rilevanza aziendale di cui sopra si dovrà tener conto nell'ambito di verifica regionale dei risultati dei direttori generali/commissari delle aziende pubbliche del SSR, previsti ai sensi dell'articolo 3 comma 6 D.lgs 502/92 e smi, relativi alla rete delle prestazioni ambulatoriali;
- stabilire che, nell'ambito delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture ai sensi della DGR 25 febbraio 2022, n. 144699, la Commissione tecnica regionale sia tenuta a pianificare la verifica del flusso C. La Regione, attraverso il supporto del CSI-Piemonte provvede a fornire ai NCA e NCAO un elenco delle visite e prestazioni ambulatoriali rendicontati nella totalità del flusso C dell'intera regione per le verifiche di appropriatezza erogativa;
- demandare l'estensione della sperimentazione positiva di presa in carico attiva delle ricette di primo accesso ad oggi disponibile per le visite di cardiologica, di urologica e di chirurgica, e per le prestazioni di mammografia e di radiologia tradizionale a successive circolari della Direzione sanità, con la possibilità di coinvolgere tutte le strutture del SSR;
- precisare che per il processo di prenotazione delle ricette ambulatoriali si applicano i contenuti della circolare della Direzione Sanità prot. n. 16615 del 26.07.2018, con la quale sono state, fra l'altro, fornite alle AASSRR ed a tutti i prescrittori indicazioni interpretative univoche sulla distinzione tra "Primo Accesso" e "Altri accessi (secondo e successivi)", richiamate altresì dalla D.G.R. 14 aprile 2022, n. 4-4878;
- proseguire, per l'annualità 2023 e per le successive, l'applicazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa approvato con D.G.R. n.20-6920 del 22.05.2023, al fine di consolidare i risultati conseguiti nell'annualità 2022;
- dare attuazione alle ulteriori azioni straordinarie proposte dalla Direzione regionale Sanità, ribadendo alle direzioni delle aziende sanitarie che gli interventi richiamati nel presente provvedimento si rendono necessari, tra l'altro, per assicurare l'attuazione dei seguenti obiettivi strategici richiamati nei vigenti provvedimenti di giunta regionale: "[...] *la produzione ordinaria 2023 si deve attestare almeno ai livelli 2019 [...] le risorse "liste d'attesa" devono essere utilizzate per incrementare ulteriormente la produzione ai fini del recupero liste d'attesa [...]*."

Dato, infine, atto che:

- le azioni definite nel presente provvedimento sono tra l'altro propedeutiche al modello regionale di piena, appropriata ed efficiente presa in carico del paziente (migliorare le liste d'attesa, evitare il ricorso inappropriato al pronto soccorso, abbassare le percentuali di riospedalizzazioni, intercettare il bisogno prima che diventi acuto, ecc), che potrà essere conseguito anche con il perseguimento degli obiettivi strategici del piano straordinario

assunzioni monitorato attraverso l'Osservatorio di recente istituzione sul personale sanitario, e con la realizzazione ed attivazione degli interventi definiti nell'ambito della Missione 6 - Sanità del PNRR (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, COT, assistenza domiciliare, PUA, Telemedicina, FSE, ecc);

per l'implementazione delle azioni definite dal presente provvedimento la Direzione regionale Sanità prevede una spesa complessiva pari a 200.000,00 euro che trova copertura con le risorse già stanziare sul capitolo 134996/2023 (per 50.000 euro), e sul capitolo 134996/2024 (per 150.000 euro) del Bilancio di previsione Finanziario 2023-2025 del Programma 1 della Missione 13 - Tutela della Salute, e non sono previsti ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;

Viste:

- la Legge regionale 24 aprile 2023, n. 6 "Bilancio di previsione finanziario 2023-2025";
- la Legge regionale 31 luglio 2023, n. 14 "Assestamento al bilancio di previsione finanziario 2023-2025";
- la D.G.R. n. 44-7225 del 13 luglio 2018 "Riconoscimento in capo all'ASL 301 - Città di Torino delle funzioni di azienda capofila in ordine all'intero processo di avvio, realizzazione e gestione del centro unico di prenotazione (CUP). Nomina del Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC), dei Direttori Operativi e del Gruppo tecnico regionale";
- la D.G.R. n. 1 - 6763 - del 27 aprile 2023 "Legge regionale 24 aprile 2023, n. 6 "Bilancio di previsione finanziario 2023-2025". Approvazione del Documento Tecnico di Accompagnamento e del Bilancio Finanziario Gestionale 2023-2025;
- la D.G.R. n. 17-7391 del 3 agosto 2023 Variazione al Documento Tecnico di Accompagnamento e al Bilancio Finanziario Gestionale 2023-2025 di cui alla D.G.R. n. 1-6763 del 27 aprile 2023.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della D.G.R. n. 1- 4046 del 17 ottobre 2016, come modificata dalla D.G.R. n. 1-3361 del 14 giugno 2021.

Udita la proposta del relatore, la Giunta Regionale, unanime

delibera

1) di approvare, ad integrazioni delle D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022 e n.20-6920 del 22.05.2023, le modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR, con decorrenza a far data dal 1° gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C, di cui alla D.G.R. n.4-4878 del 14.04.2022, prevedendo un'introduzione graduale delle stesse come riportato nell'allegato A) parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

2) di demandare nell'ambito dei controlli sopracitati all'ASL Città di Torino – ASL capofila per la gestione dell'applicazione CUP regionale – la trasmissione alla Direzione regionale Sanità, entro il dieci di ogni mese, delle seguenti informazioni gestionali riferiti alla mensilità precedente: azienda pubblica/privata ove è stato programmato l'appuntamento (cod. azienda, cod. HSP/STS, ecc); ricetta prenotata (numero NRE/codice impegnativa, ecc); data appuntamento (gg/mm/aaaa); tipologia di agenda (pubblica, esclusiva, ..); informazioni relative alle eventuale riprogrammazione degli appuntamenti.

3) di prevedere, che ai pazienti con diagnosi di sospetta patologia tumorale o neoplasia tumorale, il medico prescrittore, per assicurare l'accesso ad agende dedicate, potrà indicare nella ricetta ambulatoriale di primo accesso, ad integrazione della descrizione di sospetto diagnostico (già in uso), anche il codice relativo all'ICD9CM di riferimento (primo livello di 3 caratteri); nel caso di sospetta patologia tumorale la valorizzazione del campo ICD9CM non ha valenza di diagnosi;

4) di demandare all'Azienda Zero ed all'ASL Città di Torino la verifica della configurazione del sistema delle agende utilizzato dalle Aziende nell'applicazione CUP che dovrà consentire l'utilizzo, anche in fase di prenotazione, dei codici ICD9CM;

5) di approvare le azioni programmatiche da realizzarsi entro e non oltre il mese di dicembre 2023 di cui all'allegato B) al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale, che sono state definite dalla Direzione regionale Sanità al fine di efficientare la gestione delle liste di attesa per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali afferenti al SSN. Le azioni di rilevanza aziendale saranno valutate nell'ambito di verifica regionale dei risultati aziendali di cui all'articolo 3 comma 6 D.lgs 502/92 e smi relativi alla rete delle prestazioni ambulatoriali;

6) di demandare alla Direzione regionale Sanità l'adozione degli atti necessari all'attivazione di un team di esperti multidisciplinari che dovrà svolgere attività in loco presso le ASR per supportare l'implementazione del nuovo processo e formulare nuove proposte finalizzate a favorire le attività di diagnosi precoce dei pazienti cronici, che potranno essere valutate e avviate con successive determinazioni dalla Direzione regionale Sanità, dandone informazione alla Giunta;

7) di stabilire che, nell'ambito delle attività di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture, ai sensi della DGR 25 febbraio 2022, n. 14-4699, la Commissione tecnica regionale è tenuta a pianificare le verifiche del flusso C. La Regione, attraverso il supporto di CSI-Piemonte, provvederà a fornire ai NCA e NCAO un elenco delle visite e prestazioni ambulatoriali rendicontati nella totalità del flusso C dell'intera regione per le verifiche di appropriatezza erogativa;

8) di demandare l'estensione della sperimentazione positiva di presa in carico attiva delle ricette di primo accesso ad oggi disponibile per le visite di cardiologica, di urologica e di chirurgica, e per le prestazioni di mammografia e di radiologia tradizionale a successive circolari della Direzione sanità, con la possibilità di coinvolgere tutte le strutture del SSR;

9) di dare atto che per il processo di prenotazione delle ricette ambulatoriali si applicano i contenuti della circolare della Direzione Sanità prot. n. 16615 del 26.07.2018, con la quale sono state, fra l'altro, fornite alle AASSRR ed a tutti i prescrittori indicazioni interpretative univoche sulla distinzione tra "Primo Accesso" e "Altri accessi (secondo e successivi)", richiamate altresì dalla D.G.R. 14 aprile 2022, n. 4-4878;

10) di dare atto che prosegue, per l'annualità 2023 e per le successive, l'applicazione del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa approvato con D.G.R. n.20-6920 del 22.05.2023, al fine di consolidare i risultati conseguiti nell'annualità 2022;

11) di ribadire che la produzione ordinaria 2023 delle aziende sanitarie pubbliche del SSR si deve attestare almeno ai livelli del 2019, e che le risorse "liste d'attesa" devono essere utilizzate per incrementare ulteriormente la produzione ai fini del recupero liste d'attesa;

12) di dare atto che per l'implementazione delle azioni definite dal presente provvedimento la Direzione regionale Sanità prevede una spesa complessiva pari a 200.000,00 euro che trova copertura con le risorse già stanziare sul capitolo 134996/2023 (per 50.000 euro), e sul capitolo 134996/2024 (per 150.000 euro) del Bilancio di previsione Finanziario 2023-2025 del Programma 1 della Missione 13 - Tutela della Salute, e non sono previsti ulteriori oneri

a carico del bilancio regionale;

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.

Sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire ¹, archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. DGR-7729-2023-All_1-Allegato_A.docx



DGR-7729-2023-All_2-Allegato_B.docx

2. (omissis)



Allegato

¹ L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

Modalità di attuazione del controllo di valorizzazione economico-finanziaria delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate e contrattualizzate con il SSR dal 1 gennaio 2024 e rendicontate nel flusso C di cui alla DGR n. 4-4878 del 14.04.2022

Modalità di identificazione delle Visite e Prestazioni erogate nel flusso C di primo accesso non prenotate nel sistema CUP: per ciascuna ricetta rendicontata nel flusso C (CF + NRE/Codice Impegnativa) si verifica l'esistenza dell'appuntamento programmato per la medesima data e prestazione nel sistema regionale unico CUP.

Modalità di abbattimento economico-finanziario per le strutture che erogano attività plurispecialistica: le eventuali visite e prestazioni di primo accesso erogate in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP saranno abbattute dal CSI per finalità di remunerazione contrattuale per la quota di valorizzazione economica eccedente il valore limite di soglia. In particolare, il limite di soglia ammissibile è il seguente:

Visite di primo accesso

T1 2024 (Trimestre Gennaio-Marzo): 15%, ovvero le visite con valorizzazione economica- finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 15% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

dal *T2 2024 (Trimestre Aprile-Giugno):* 1,5%, ovvero le visite con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non sono previste (fatta eccezione di eventuali riprogrammazioni di appuntamenti stimate non superiori all'1,5% complessivo nel trimestre osservato), e pertanto per le finalità di remunerazione non saranno oggetto di valorizzazione economica.

Altre prestazioni di primo accesso (non include le prestazioni di laboratorio)

T1 2024 (Trimestre Gennaio-Marzo): 40%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 40% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

T2 2024 (Trimestre Aprile-Giugno): 15%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non possono eccedere il 15% del valore tariffario di primo accesso complessivo erogato nel trimestre;

dal *T3 2024 (Trimestre Luglio-Settembre):* 1,5%, ovvero le prestazioni con valorizzazione economica-finanziaria a carico del SSN in assenza di prenotazione nel sistema unico regionale CUP non sono previste (fatta eccezione di eventuali riprogrammazioni di appuntamenti stimate non superiori all'1,5% complessivo nel trimestre osservato), e pertanto per le finalità di remunerazione non saranno oggetto di valorizzazione economica.

Modalità di abbattimento economico-finanziario per le strutture che erogano attività monospecialistica: nelle more dell'inserimento del codice relativo all'ICD9CM per identificare nella ricetta il sospetto diagnostico di una visita/prestazione di primo accesso da parte del medico prescrittore, l'adempimento relativo all'abbattimento di cui alla D.G.R. n. 4-4878 del 14.04.2022 è sospeso. Tuttavia, si precisa che le strutture sono tenute a configurare nel sistema CUP le disponibilità delle agende di primo accesso provvedendo, ove necessario, ad inserire anche l'attributo del codice ICD9CM di riferimento del sospetto diagnostico. La contabilizzazione dell'abbattimento economico-finanziario sarà applicata nel bilancio d'esercizio di competenza qualora l'iter di verifica regionale si concluda entro il 20 febbraio dell'esercizio successivo a quello di riferimento, diversamente l'abbattimento economico-finanziario sarà applicato nel bilancio d'esercizio aziendale relativo al periodo di conclusione delle verifiche regionali;

Modalità di integrazione del limite di soglia ammissibile: il limite di soglia ammissibile può essere integrato con determinazione dalla Direzione sanità nei confronti di una specifica struttura privata accreditata e contrattualizzata con SSR, qualora si rilevino oggettive impossibilità ad utilizzare il sistema per motivazioni non addebitabili all'erogatore e che le stesse implicino un valore di visite e prestazioni non prenotate nel sistema CUP per un valore economico tariffario superiore alla soglia ammissibile.

Miglioramento delle liste d'attesa ambulatoriali: Azioni programmatiche da realizzarsi entro e non oltre il mese di dicembre 2023:

- i. l'organizzazione delle attività nel sistema CUP deve essere regolata provvedendo ad aggiornare i tempi medi stimati per l'esecuzione delle visite specialistiche ed esami diagnostici in coerenza ai recenti atti, raccomandazioni e indicazioni trasmessi dal Ministero della Salute relativi al Covid, verificando altresì che siano almeno pari o migliori alle tempistiche in uso nell'annualità 2019;
- ii. l'esecuzione dei prelievi e degli esami di laboratorio analisi deve essere garantita all'assistito anche in assenza di prenotazione; resta comunque possibile utilizzare la funzionalità del CUP denominata "Elimina Code" al fine di ridurre i tempi di attesa negli ambulatori;
- iii. le agende ambulatoriali devono essere configurate nel sistema CUP al fine di assicurare la piena aderenza rispetto alle voci del catalogo regionale che sono state definite per la ricetta dematerializzata;
- iv. tutte le visite e prestazioni di primo accesso devono essere prenotabili sul CUP regionale nelle cosiddette agende "pubbliche", fatta eccezione, in attuazione alla D.G.R. n. 48-4605 del 28.01.2022 e s.m.i., delle modalità tecniche-informatiche definite per le prenotazioni delle ricette di primo accesso prescritte dallo specialista della struttura sanitaria pubblica del SSR che ha in carico il paziente o dal MMG/PLS su proposta dello specialista della struttura privata accreditata e contrattualizzata con il SSR che ha in carico il paziente - da effettuare a pazienti affetti da malattie croniche in fase di riacutizzazione o per l'insorgenza di nuovi sintomi non necessariamente correlati con la patologia d'origine, tali per cui si renda opportuna una rivalutazione complessiva o una revisione sostanziale del percorso diagnostico – terapeutico;
- v. le strutture sanitarie pubbliche del SSR sono tenute ad assicurare che tutte le prestazioni successive al primo accesso devono essere prescritte dalla struttura che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al MMG/PLS per la prescrizione. A tal fine, le Aziende devono prevedere idonee modalità per far sì che le prestazioni successive al primo accesso siano prenotate, se non diversamente richiesto dal paziente, contestualmente alla produzione della prescrizione da parte del medico specialista della struttura. In tal senso, l'organizzazione aziendale deve garantire l'effettiva "presa in carico" del cittadino paziente, pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia. Quindi, per le attività legate alla presa in carico ed ai controlli e follow up, le aziende sono tenute ad assicurare il governo attivo nel sistema CUP delle Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dalla struttura che già ha preso in carico il paziente;
- vi. tutte le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato (pre-ricovero e post-ricovero) erogate al paziente devono essere rendicontate nel flusso C4, in quanto si ricorda che sono remunerate dalla tariffa onnicomprensiva del DRG di ricovero e non sono soggette alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino. In proposito, è compito della direzione aziendale assicurare il rispetto delle Linee guida n°1/1995 del Ministero della Sanità "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994" che in caso di rinuncia o rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, prevedono che le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione pre-operatoria, devono essere considerate prestazioni ambulatoriali;
- vii. le prestazioni di pre-ricovero e post-ricovero, devono essere eseguite all'interno della struttura sanitaria e rendicontate nel flusso C4, non necessitano di impegnativa dematerializzata e non devono essere rendicontate nel flusso C. Ove possibile si raccomanda di utilizzare le eventuali documentazioni clinico-sanitarie già disponibili del cittadino/paziente che sono state eseguite prima della presa in carico da altre strutture sanitarie;
- viii. le ASL devono assicurare il monitoraggio e il miglioramento di appropriatezza prescrittiva dei medici anche attraverso l'applicazione del modello RAO (raggruppamenti di attesa omogenei) e la verifica sul rispetto delle configurazioni relative alle agende di primo accesso nel sistema CUP delle strutture pubbliche del SSR e delle strutture private contrattualizzate con il SSR ubicate nel proprio territorio al fine di assicurare la gestione della risposta sanitaria in ottica di rete, nel rispetto della classi di priorità, della tipologia di accesso e del bacino di garanzia territoriale di riferimento e del setting erogativo;

- ix. le ASL, in stretta collaborazione con le AO/AOU, devono assicurare il monitoraggio ed il miglioramento di appropriatezza erogativa con l'ulteriore consolidamento delle attività di audit;
- x. le ASR devono assicurare la conduzione di campagne di comunicazione e di sensibilizzazione sull'importanza di un'adeguata copertura e sicurezza delle attività di prevenzione. Inoltre, dall'annualità 2024, in raccordo con la Direzione regionale Sanità che definirà con successive determinazioni l'avvio di specifici progetti, dovranno assicurare l'attivazione di ulteriori e nuove azioni finalizzate a favorire tutti gli interventi sanitari e sociosanitari (visite, esami, etc) che il paziente necessiterà nel corso dell'anno per la gestione della propria patologia cronica;
- xi. la struttura sanitaria deve assicurare il rispetto di tutte le vigenti normative previste per la libera professione intramuraria e tutti gli adempimenti previsti per il monitoraggio ALPI (sezioni prenotazioni e volumi) al link: <https://alpi.agenas.it/>;
- xii. le aziende sanitarie, con riferimento ai propri ospedali a gestione diretta, dovranno migliorare i processi dei percorsi di salute, diagnostico terapeutici assistenziali, organizzativi e produttivi in ambito sanitario verificando che gli stessi tengano conto, tra l'altro, del tempo "valore" per il cittadino/persone assistita/paziente, ed assicurando una prospettiva di gestione integrata delle patologie croniche tra ospedale e territorio;
- xiii. le aziende sanitarie devono assicurare l'attivazione di ogni strumento idoneo, ivi incluso il monitoraggio attivo sul processo di firma digitale dei medici, al fine di assicurare che ogni prestazione sanitaria erogata sia inserita entro cinque giorni dalla conclusione della stessa nel FSE (lettere di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di laboratorio, referti di radiologia, referti di anatomia patologica e altre referti per visite e prestazioni ambulatoriali);
- xiv. ricorrere, attraverso i servizi di continuità tecnico economica (CTE, MEV), ad un team di esperti multidisciplinari che dovrà svolgere attività in loco presso le AA.SS.RR. per supportare tecnicamente l'implementazione del nuovo processo e formulare nuove proposte finalizzate a favorire la diagnosi precoce dei pazienti cronici, che potranno essere valutate ed avviate con successive determinazioni dalla Direzione Sanità.