



**REGIONE
PIEMONTE**

**REGIONE PIEMONTE
ASSESSORATO SANITA'**

**PIANO OPERATIVO REGIONALE
PER IL RECUPERO
DELLE LISTE DI ATTESA**

**Rimodulazione
Versione 25 Gennaio 2022**

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

1. INTRODUZIONE E FINALITA' DEL DOCUMENTO

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

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

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

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

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

- nell' art 29 del D.L. 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia" che riporta le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. In particolare per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, da presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito 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.

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

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

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

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

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

- della DGR 19 febbraio 2021, n. 14-2889 “Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'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.

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

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

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

“[...]

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

Comma 277. Per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 276, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, per un ammontare non superiore all'importo complessivo su base nazionale pari a 150 milioni di euro, ripartito come indicato nella tabella A dell'allegato 4 annesso alla presente legge, ed eventualmente incrementabile sulla base di specifiche esigenze regionali, nel limite dell'autorizzazione di spesa di cui al comma 278. Le medesime strutture private accreditate rendicontano entro il 31 gennaio 2023 alle rispettive regioni e province autonome le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato per l'anno 2022, anche ai fini della valutazione della deroga di cui al presente comma. La presente disposizione si applica anche alle regioni interessate dai piani di rientro dal disavanzo sanitario di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

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

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

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

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

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

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

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

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

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

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

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

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

- DGR 19 luglio 2019, n. 4-92 Art. 2, comma 2 del D.lgs n. 171/2016 e s.m.i.. Assegnazione obiettivi di 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.
- D.G.R. n. 13-3924 del 15.10.2021 "Assegnazione ai direttori generali/commissari delle Aziende Sanitarie regionali, ai sensi dell'art. 2, comma 2 D.lgs 171/2016 e dell'art. 1, comma 865 L. 145/2018, degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi, finalizzati all'attribuzione della quota integrativa al trattamento economico per il secondo semestre 2021".

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

3. EVOLUZIONE DEL SISTEMA NELLA REGIONE PIEMONTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Con la medesima determinazione si è, inoltre, disposto che ogni Area Omogenea 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 ha precisato tra l'altro, che l'individuazione dei bacini territoriali entro i quali deve essere garantita l'erogazione nei tempi massimi previsti dalle classi di priorità, dipende principalmente dai seguenti elementi:

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

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

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

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

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

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

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

Con la deliberazione suddetta:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- gastroenterologia

- radiodiagnostica

- cardiologia.

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

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

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

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

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

4. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E RICOVERI OGGETTO DI MONITORAGGIO

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

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

Prestazioni ambulatoriali oggetto di monitoraggio

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

VISITE SPECIALISTICHE

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

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

PRESTAZIONI STRUMENTALI

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

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

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

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

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

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

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

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

5. IL PIANO OPERATIVO REGIONALE: OBIETTIVI E MODELLI ORGANIZZATIVI

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

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

Di seguito vengono dettagliate le cinque Aree Omogenee di Programmazione:

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

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

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

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

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

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

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

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

- il Responsabile del Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Sociosanitari della Direzione Sanità;
- il Responsabile Settore Regole del SSR nei rapporti con i soggetti erogatori della Direzione Sanità;
- il Responsabile del Settore Controllo di Gestione e Monitoraggio Costi per Livelli di Assistenza delle ASR e Sistemi Informativi della Direzione Sanità;
- un Direttore Sanitario d'Azienda in rappresentanza di ogni Area Omogenea.

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

- analizzare 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.

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

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

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

6. AZIONI SU BISOGNI E DOMANDA

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

Comunicazione e sensibilizzazione dei cittadini

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la presenza degli obiettivi e delle azioni del Programma per il governo delle liste d'attesa nei canali di comunicazione ordinariamente utilizzati dalla Regione e dalle ASR;
- l'organizzazione di apposite campagne straordinarie finalizzate a potenziare l'impatto della comunicazione generale o per mirare specifici obiettivi;
- l'uso dei nuovi media sia per informare sul funzionamento del sistema di governo dei TA sia per la regolazione del sistema stesso (email, strumenti di recall, specifiche app, ecc.).

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

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

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

Appropriatezza prescrittiva

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

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

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

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

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

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

Pertanto, è necessario procedere su diverse linee di lavoro:

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

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

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

Richiede, in particolare:

- l'evoluzione dalla cosiddetta 'medicina d'attesa', adatta alla gestione delle malattie acute, verso il nuovo paradigma della 'medicina d'iniziativa' (proattiva), che garantisce continuità delle cure e una presa in carico personalizzata, fondata su Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per migliorare l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- la responsabilizzazione e il coinvolgimento del paziente nel processo di cura (self management, patient empowerment), componenti essenziali per la gestione della malattia;
- una forte integrazione nella rete dei servizi, per superare la frammentarietà di un sistema ancora centrato sulla rete d'offerta;
- la necessità che gli operatori siano orientati dai bisogni assistenziali del malato prima ancora che dalle loro malattie;
- il confronto continuo tra medici e pediatri di famiglia e specialisti.

7. AZIONI SULL'OFFERTA

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

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

Modelli organizzativi aziendali

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

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

CUP Unico Regionale e gestione e integrazione delle agende ambulatoriali

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

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

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

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

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

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

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

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

- aumento produttività interna (sia attraverso azioni di miglioramento dell'efficienza che l'acquisizione di risorse aggiuntive attraverso, ad esempio, l'aumento delle ore di specialistica interna, l'attivazione di contratti a termine;
- acquisto prestazioni dai dipendenti, ecc.);
- accordi tra ASL e AO/AOU;
- accordi con il privato accreditato.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si precisa inoltre quanto segue.

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

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

Inoltre, si raccomanda quanto segue:

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

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

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

Rimangono escluse dalle percentuali suddette le prestazioni di:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Attività di controllo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Recupero delle attività e liste di attesa

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

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

- la nota della Unità di Crisi prot.11029 del 04.03.2020 avente per oggetto: "Indicazioni in merito alla gestione dei pazienti ambulatoriali in ambito ospedaliero a seguito della emergenza epidemiologica COVID-19";
- la nota della Unità di Crisi prot. 23445 del 11.05.2020 avente per oggetto: "Fase 2. Recupero attività ambulatoriale e di ricovero **precedentemente** sospesa";
- la DGR 29-1379 del 15 maggio 2020 avente per oggetto "Indirizzi alla ASR e alla strutture sanitarie private per la ripresa e l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'epidemia da COVID 19".
- la nota del Settore Prevenzione e Veterinaria della Direzione Sanità e Welfare prot. n. 18410 del 05.06.2020, inerente al riavvio del Programma regionale di screening oncologici denominato "Prevenzione Serena";
- la nota della Unità di Crisi prot. 20938 del 28.04.2020 avente per oggetto "Richiesta azioni propedeutiche fase 2" a seguito della quale tutte le Aziende Sanitarie Regionali hanno trasmesso alla Unità di Crisi i propri piani di riorganizzazione per quanto riguarda l'area ospedaliera e l'area territoriale a livello aziendale e di quadrante.

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

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

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

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

- il ripristino per interventi, visite e prestazioni dei volumi base aziendali dell'anno 2019;
- l'ulteriore incremento per i ricoveri in aggiunta rispetto al valore base aziendale dell'anno 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 prevede il recupero della quota restante ritardo di attività stimato a fine 2021 (ritardo accumulato nel corso del 2020 + ritardo aggiuntivo che si stima verrà accumulato nel corso del 2021, assumendo il mantenimento fino a fine anno dei volumi di attività garantiti con le risorse disponibili nel primo semestre 2021). Indicativamente si tratta del 50% della quota totale, se gli obiettivi di attività per il 2021 sono stati rispettati, o di una quota superiore, se resta da recuperare una quota di attività del 2021 (verranno definiti piani di attività da parte del coordinamento regionale screening, sulla base del consuntivo di attività per il 2021).

Per lo screening dei tumori della cervice uterina, sulla base dell'evidenza disponibile che indica che l'effetto protettivo di un test HPV con esito negativo si mantiene almeno fino a 6 anni (rischio di avere una diagnosi di CIN2+ a 6 anni da un test HPV negativo ancora 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 coloretali dopo la rimodulazione degli inviti, con lo spostamento di metà dei soggetti della coorte del 1963, sul programma che utilizza il test del sangue occulto, verrà riavviata l'attività con l'invito dell'intera coorte del 1964 sul programma con sigmoidoscopia e il recupero delle persone nate nel 1963 assegnate al programma endoscopico e non ancora invitate. Verrà esteso il protocollo sperimentale approvato a Torino e Biella, che prevede la randomizzazione dei soggetti con emoglobina fecale non rilevabile negli ultimi due test ad intervallo biennale o triennale.

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

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

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

Indicazioni specifiche

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

- vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione e le relative sanzioni amministrative come da articolo 1, comma 282 e 284, della legge n. 266/2005;
- individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso nel rispetto del principio di prossimità e raggiungibilità, al fine di consentire alle Aziende di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa;
- organizzazione delle prenotazioni di prestazioni successive al primo accesso, che devono essere prescritte dal professionista che ha preso in carico il paziente senza che questi sia rimandato al 9 MMG/PLS per la prescrizione (Agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che già ha preso in carico il paziente, integrate nel sistema CUP);
- completa disponibilità di tutta l'offerta di specialistica pubblica e privata attraverso i sistemi CUP (Decreto interministeriale Ministero salute e MEF - "Fondo CUP");
- gestione trasparente e la totale visibilità delle Agende di prenotazione delle strutture pubbliche e private accreditate, nonché quelle dell'attività istituzionale e della libera professione intramuraria, da parte dei sistemi informativi aziendali e regionali;
- ai sensi dell'art. 3 bis, comma 7 bis del D.lgs 502/92 e s.m. il rispetto degli impegni assunti per il superamento delle criticità legate ai tempi di attesa previsti nei Piani operativi regionali costituisce elemento prioritario di valutazione dai Direttori Generali.

Sviluppo della telemedicina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- art. 29 c. 2 lett. a) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi 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;

- art. 29 c. 2 lett. b) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi 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.

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

- art. 29 c. 3 lett. a) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 115, comma 2, del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL) dell'area della sanità relativo al triennio 2016-2018 dei dirigenti medici, sanitari, veterinari e delle professioni sanitarie dipendenti del Servizio sanitario nazionale, per le quali la tariffa oraria fissata dall'articolo 24, comma 6, del medesimo CCNL, in deroga alla contrattazione, è aumentata, con esclusione dei servizi di guardia, da 60 euro a 80 euro lordi 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.

- art. 29 c. 3 lett. b) DL 104/2020: ricorso alle prestazioni aggiuntive di cui all'articolo 6, comma 1, lettera d), del CCNL 2016-2018 del personale del comparto sanità dipendente del Servizio sanitario nazionale con un aumento della tariffa oraria a 50 euro lordi 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.

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

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

Sinottico del Quadro normativo

Normativa di riferimento		Figure Professionali	Tipologia Contrattuale
<i>ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione</i>			
LEGGE 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1 commi 276, 278, 279	art. 29 c. 2 lett. c) DL 104/2020	<ul style="list-style-type: none"> • personale del Comparto • dirigenza Medica, Sanitaria, Veterinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • tempo Determinato • Co.Co.Co. • lavoro autonomo
	art. 2-bis DL 17 marzo 2020, n. 18	<ul style="list-style-type: none"> • professioni sanitarie • operatori socio sanitari • medici Specializzandi all'ultimo e penultimo anno 	<ul style="list-style-type: none"> • lavoro autonomo • Co.Co.Co.
	art. 2-ter DL 17 marzo 2020, n. 18	<ul style="list-style-type: none"> • professioni Sanitarie • operatori socio sanitari • medici Specializzandi all'ultimo e penultimo anno 	<ul style="list-style-type: none"> • tempo Determinato
	art. 29 c. 2 lett. a) DL 104/2020	<ul style="list-style-type: none"> • dirigenza Area 	<ul style="list-style-type: none"> • prestazioni

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

Misure di prevenzione e contenimento COVID

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A titolo indicativo si raccomanda che:

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

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

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

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

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

- interventi posti in essere e risultati raggiunti;
- l'analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare al 1 gennaio 2022;
- la programmazione e l'implementazione per fasi temporali;
- la programmazione delle attività di recupero nei tre livelli assistenziali;
- la descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate;
- il cronoprogramma delle fasi del piano di recupero,
- le schede sintetiche, compilate in coerenza con i contenuti descrittivi del Piano per la parte di competenza delle Regioni/PA.

Interventi posti in essere e risultati raggiunti

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

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

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

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

Il cronoprogramma attuativo del Piano ha previsto:

- redazione del Piano regionale e trasmissione al Ministero: entro il 14 settembre 2020;
- trasmissione alle Aziende Sanitarie: in relazione ai tempi tecnici richiesti;
- redazione 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 delle Aziende Sanitarie nelle seguenti date: 20 aprile 2021, 21 aprile 2021, 10 maggio 2021, 21 giugno 2021 (con riferimento allo sviluppo dei piani per il recupero dei tempi di attesa, l'organizzazione delle agende, il CUP Unico Regionale).

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

A seguito dell'Accordo di cui al paragrafo precedente, è stata trasmessa 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 verifici, congiuntamente ai MMG, un incremento della necessità in conseguenza del Covid o a progetti di cure domiciliari e di telemedicina), da riassegnare alle Aziende Sanitarie in base al numero dei residenti, a seguito di stipula di apposite convenzioni, utilizzando, ai fini della rendicontazione, agende dedicate del CUP Unico Regionale, o una codifica specifica per i ricoveri.

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

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

- riaggiornare il proprio Piano operativo aziendale per il recupero dei tempi di attesa, alla luce 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.

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

Il 14 luglio e il 21 luglio sono stati effettuati ulteriori incontri di monitoraggio con le Aziende Sanitarie a seguito dei quali è stato aggiornato ulteriormente il Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.

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

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

Nella seduta della Giunta del 23.07.2021 è stata data comunicazione, da parte dell'Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di Assistenza e Edilizia Sanitaria, della situazione relativa al recupero dei tempi di attesa e all'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa.

Con la nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 27045 del 26.07.2021, avente per oggetto "Trasmissione aggiornamento piano regionale di recupero liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e screening oncologici e richiesta adeguamento piani aziendali", è stato trasmesso un ulteriore aggiornamento del Piano, a seguito della quale le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un successivo aggiornamento del piano locale per il recupero delle liste di attesa.

In attuazione del disposto della deliberazione sopra citata, con note della Direzione Sanità e Welfare, sono stati convocati gli incontri con le Direzioni Aziendali ed i referenti dei tempi di attesa, svoltisi in presenza nei giorni 30 agosto, 6 settembre, 12 ottobre, 9 novembre e 7 dicembre 2021.

Durante gli incontri suddetti, sono state discussi e monitorati i tempi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici; sono state altresì affrontate le criticità, ai fini della loro soluzione, nonché le modalità prescrittive ed erogative delle singole Aziende.

In particolare, il monitoraggio effettuato dalla Direzione Sanità e Welfare ha riguardato tutte le voci di attività dell'ambito di cui trattasi, sulla base dello schema, predisposto dalla Direzione sanità e Welfare stessa e compilato mensilmente dalle Aziende Sanitarie regionali.

Peraltro si sottolinea che le risorse di cui al comma 278 dell'art. 1 della legge di Bilancio 2022 devono essere finalizzate al recupero delle prestazioni sospese/non erogate a causa della

pandemia e quindi esclusivamente per l'attività straordinaria di recupero. L'attività ordinaria va sostenuta con il finanziamento ordinario del SSN.

Ferma restando l'attività garantita dalla emergenza urgenza e dai percorsi delle patologie complesse tempo dipendenti (cardiovascolare, ictus, trauma), è individuato quale criterio clinico prioritario il recupero degli interventi relativi alle patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori.

I Piani operativi per il recupero a livello regionale e aziendale definiscono le modalità organizzative individuate dalla Regione per colmare il gap assistenziale causato dalla pandemia da COVID-19 per le tre categorie di prestazioni individuate a maggiore priorità:

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

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: ricoveri ospedalieri

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni fornite dal Ministero della Salute con note prot. n. 1356 del 21.01.2021 e prot. n. 1525 del 24.01.2022, contenute nelle schede tecniche allegatale alle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", per la stesura dei Piani regionali per il recupero delle liste di attesa, previsti dalla Legge di Bilancio 2022, all'art. 1, commi 276-279, al 1 gennaio 2022 (Allegato 1).

Per la stima delle prestazioni di ricovero chirurgico da recuperare nell'arco dell'anno 2022 deve essere utilizzata la classificazione proposta nella Tab. 2 e nell'Allegato 1 alle suddette linee guida, basata su criteri di complessità della casistica DRG (Allegato 4 Dettaglio Interventi per Classe):

- Classe 1: Chirurgia oncologica e interventi maggiori;
- Classe 2: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di rilievo;
- Classe 3: Interventi non classificati come maggiori, correlati a patologie di minore complessità. Ciascuna di queste categorie sarà poi stratificata in base alla classificazione di priorità attribuita ex DM 8/7/2010 n.135 e ss.mm.ii.

Si rappresenta che per una corretta definizione del piano di recupero è necessario prevedere la rivalutazione delle classi di priorità di accesso al ricovero dei pazienti già da tempo inseriti in lista di attesa.

È necessario programmare prioritariamente il recupero delle liste di attesa di tutti gli interventi relativi a patologie oncologiche e degli interventi legati a patologie maggiori, inclusi nella classe 1. Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 2 del DL 104/2020.

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: prestazioni di screening oncologico

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche sopra citate al 1 gennaio 2022 (Allegato 2).

La stima del volume di prestazioni da recuperare nell'arco dell'anno 2022 potrà essere verificata calcolando i seguenti indicatori, sulla scorta dei dati inseriti nei flussi informativi delle campagne di screening oncologico attive a livello nazionale (carcinoma della cervice uterina, mammella e colon-retto).

- differenziale 2019-2020 inviti spediti per ciascuna delle 3 campagne di screening oncologico (per coorte);
 - differenziale 2019-2020 test eseguiti per ciascuna delle 3 campagne di screening oncologico.
- 11 Per una corretta ed attendibile valutazione del volume di prestazioni da recuperare risulta in ogni caso imprescindibile fare riferimento agli elenchi della popolazione eleggibile per singolo programma di screening, nonché i criteri di inclusione adottati (residenza, domicilio, assistiti) e

quelli di esclusione, nonché alle azioni di recall da effettuarsi. Si prevede di accordare particolare attenzione alla realizzazione di campagne di comunicazione e sensibilizzazione rispetto al tema screening/prevenzione, valorizzando e coinvolgendo le organizzazioni di cittadini e di pazienti al fine di garantire la massima risposta. Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 3 del DI 104/2020.

Analisi del fabbisogno di prestazioni da recuperare: prestazioni ambulatoriali

Il fabbisogno viene stimato secondo le indicazioni contenute nelle schede tecniche sopra citate al 1 gennaio 2022 (Allegato 3).

Per ogni tipo di prestazione indicata nella scheda sintetica relativa alle prestazioni ambulatoriali (Allegato 3), la quantificazione del fabbisogno deve essere effettuata sulla base delle liste di attesa presenti nei sistemi CUP al 1 gennaio 2022, tenuto conto dei seguenti criteri:

- riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche;
- riprogrammare le visite di controllo delle persone con cronicità che nel corso della pandemia non hanno effettuato i controlli programmati, con particolare riferimento all'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità, le visite di controllo delle persone con patologie rare e con patologie afferenti alla salute mentale (anche in ambito pediatrico)¹ ;
- programmare il recupero delle prestazioni inserite nel PNGLA 2019-2021 in base ai risultati dei monitoraggi trimestrali ex ante per classi di priorità.

Si prevede di potenziare l'attività di Telemedicina per facilitare il recupero delle prestazioni secondo le indicazioni contenute nell'Accordo Stato-Regioni del 27/10/2021 "Indicazioni Nazionali per l'Erogazione di Prestazioni in Telemedicina".

Si prevede, inoltre, che l'acquisto delle prestazioni da privato accreditato sia vincolato all'esecuzione di pacchetti autoconclusivi di esami di I e II livello, ove previsti, in modo da garantire la conclusione della fase diagnostica.

Ai fini della definizione delle modalità organizzative è necessario fare riferimento agli strumenti straordinari di cui all'art. 29, comma 3 del DI 104/2020.

Programmazione e implementazione per fasi temporali

La prima fase dovrà riguardare prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori.

Programmazione delle attività di recupero

La programmazione delle attività di recupero avviene nei tre livelli assistenziali (prevenzione, ricoveri, specialistica) secondo criteri di priorità applicati trasversalmente nelle tre linee in base alle specifiche necessità locali (esempio: interventi oncologici; screening; follow up).

Descrizione delle modalità organizzative delle strutture pubbliche e private accreditate

Le modalità organizzative sono individuate per la realizzazione del Piano di recupero delle prestazioni, con indicazione dei volumi e delle percentuali di recupero che devono raggiungere attraverso le singole linee organizzative e della quota di finanziamento attribuita a ciascuna di esse.

Cronoprogramma delle fasi del piano di recupero

Il cronoprogramma dovrà essere concluso entro l'anno 2022 e modulato o rimodulato tenendo conto delle specifiche misure organizzative regionali adottate per fronteggiare l'incremento della domanda di assistenza sanitaria legata all'infezione da SARS-CoV-2, sia a livello territoriale che ospedaliero.

Schede sintetiche

Le schede sintetiche dovranno essere compilate in coerenza con i contenuti descritti nel Piano a livello regionale ed aziendale.

10. PIANI OPERATIVI AZIENDALI E DI AREA

I piani operativi aziendali riprendono le indicazioni in precedenza evidenziate e sono da sviluppare con i seguenti punti:

Le Aree Omogenee di Programmazione/Aziende Sanitarie del SSR sono tenute quindi ad aggiornare il Piano operativo di area/aziendali per il recupero delle liste di attesa secondo modalità e tempi definiti dalla Direzione Sanità e Welfare, specificando il modello organizzativo prescelto per il recupero delle prestazioni e la destinazione delle risorse per disciplina/branca nell'anno 2022, le azioni e il relativo tempi come di seguito riportato:

- incremento dei ricoveri (dimissioni) programmati per disciplina rispetto ai ricoveri (dimissioni) erogate nel corso dell'anno 2019;
- incremento del numero di prestazioni ambulatoriali programmate per branca (visite mediche e prestazioni di accertamenti diagnostici) rispetto alle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019.
- incremento del numero di prestazioni di screening oncologici, a copertura della popolazione target.

A seguito delle istanze presentate dalle AASSRR, nel corso degli incontri svoltisi nei giorni 14 luglio e 20 luglio 2021, si è confermato il recupero in via prioritaria dei ricoveri in classe A e B e di ricomprendere in subordine anche quelli di Classe C, ad integrazione di quanto previsto dalle disposizioni nazionali ed al fine di consentire una più fattiva risposta ai bisogni sanitari degli utenti ed organizzazione dell'offerta assistenziale.

I Piani operativi di Area/aziendali per il recupero delle liste di attesa saranno da strutturare in linea generale con i seguenti punti:

- interventi posti in essere e risultati raggiunti;
- analisi della situazione e del fabbisogno di prestazioni da recuperare (ambulatoriali, screening ricoveri) a livello di Area e di Azienda Sanitaria e principali criticità;
- obiettivi di recupero (ambulatoriali, screening ricoveri);
- programmazione dell'attività di recupero per fasi temporali;
- modalità organizzative (programmi di prestazioni aggiuntive, assunzione/riallocazione di personale, incremento monte ore specialistica convenzionata interna, committenza a privato accreditato, telemedicina ecc.)
- cronoprogramma delle fasi del piano di recupero;
- schede sintetiche;
- indicatori per la valutazione di processo e di risultato.

Indicatori interventi chirurgici

- tempo medio di attesa per classe di complessità e priorità
- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato
- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Indicatori screening

- numero di inviti inviati rispetto al fabbisogno stimato
- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato
- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- numero soggetti esaminati rispetto al fabbisogno stimato
- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Indicatori prestazioni

- tempo medio di attesa per classe di complessità e priorità
- volume di prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato
- numero prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- percentuale prestazioni recuperate sul totale fabbisogno stimato
- spesa sostenuta per il recupero per tipo di prestazioni (in termini di competenza) per modalità organizzativa

Il prospetto indicativo da compilarsi a cura delle AA.SS.RR

BRANCA	INTERVENTI PRESTAZIONI	Q.TÀ NECESSARIA FABBISOGNO	Q.TÀ PROGRAMMATA	Q.TÀ EROGATA

Le spese sostenute dalle Aziende sanitarie pubbliche del SSR e l'attività erogata sono oggetto di specifica rendicontazione, con espresso richiamo al programma di recupero.

La Direzione regionale Sanità e Welfare adoterà i successivi atti per la definizione degli ulteriori indirizzi operativi alle Aziende sanitarie ed il monitoraggio sul rispetto dei progetti di area/aziendali nonché sulla adozione, a livello aziendale, delle strategie e azioni attuate per il governo della domanda/bisogno e dell'offerta rispetto a interventi, visite, prestazioni.

11. TEMPISTICA DI REALIZZAZIONE

La tempistica di realizzazione del Piano operativo di recupero delle liste di attesa a livello regionale e aziendale per l'anno 2022 è articolato per fasi temporali; la prima fase riguarda prevalentemente il recupero di tutte le prestazioni e gli interventi relativi alle patologie oncologiche e gli interventi legati a patologie maggiori, tenuto conto che tutte le prestazioni in ambito oncologico sono già inserite in percorsi protetti, nell'ambito della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta e che gli interventi legati a patologie maggiori sono altrettanto inserite in percorsi protetti ed erogati secondo la classe di priorità.

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

- monitoraggio volumi di prestazioni erogate: trimestrale

12. VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

La realizzazione dei suddetti Piani Operativi aziendali, anche da realizzarsi nell'ambito delle Aree Omogenee di Programmazione, coerentemente con le disposizioni della normativa regionale già vigente in materia di contenimento delle liste di attesa, con il raggiungimento delle finalità sopra illustrate è oggetto di specifico monitoraggio regionale ai sensi del richiamato articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27.

Sul versante del monitoraggio del rispetto dei tempi di attesa è inoltre necessario che la Regione e le Aziende Sanitarie pongano in atto strumenti e meccanismi in grado di fornire informazioni per analizzare costantemente la situazione a mettere in atto le azioni di miglioramento.

Le rilevazioni dei tempi di attesa possono essere realizzate con due modalità:

- ex ante, la Regione Piemonte estrarrà i tempi di attesa attraverso il Cup Unico Regionale con le seguenti regole: agende pubbliche, almeno 3 prestazioni disponibili. In tal modo si supera la rilevazione attuale del giorno indice, attualmente a carico delle aziende, trasformandola in un'attestazione delle ASSR di quanto ricevuto dalla Regione;

- ex post, che consiste nella rilevazione (retrospettiva) del tempo di attesa calcolato come differenza tra la data della effettiva erogazione della prestazione e quella della richiesta rivolta dal cittadino all'erogatore. Tutte le Agende di prenotazione sopra specificate devono essere gestite dai sistemi CUP Unico Regionale e devono essere suddivise per Classi di priorità.

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

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

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

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

Altresì, in base alle indicazioni della nota del Ministero della Salute prot. n. 1356 del 21.01.2021, di invio delle "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", in cui sono definite le indicazioni per l'aggiornamento dei Piani regionali, si rappresenta che il monitoraggio della realizzazione dei Piani di recupero delle prestazioni verrà effettuato, secondo le modalità e la tempistica indicate nelle schede tecniche allegate alle linee di indirizzo stesse (Allegati 1, 2, 3).

Per quanto riguarda le prestazioni di ricovero saranno valutati i seguenti criteri:

- tempo medio d'attesa per classe di complessità e di priorità;
- volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa. Il Piano di recupero delle prestazioni di screening sarà monitorato attraverso i seguenti criteri:
 - numero di inviti spediti rispetto al fabbisogno stimato;
 - volume prestazioni erogate rispetto al fabbisogno stimato;
 - numero soggetti esaminati rispetto al fabbisogno stimato;
- spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa. Il monitoraggio del recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale avverrà attraverso l'esame dei seguenti indicatori/criteri:
 - volume per tipo di prestazione recuperate nel periodo;
 - volume di prestazioni erogate in regime di telemedicina, per tipo di prestazione; ☹ spesa sostenuta (in termini di competenza) per il recupero delle prestazioni per singola modalità organizzativa

13. SINTESI DELLE AZIONI

Nella tabella che segue viene presentata la sintesi delle azioni.

NUM. SCHEDA PROCEDURALE: 1
AREA: SISTEMA
OBIETTIVO GENERALE: PIANIFICARE ED ATTIVARE IL PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA
AZIONE OPERATIVA: MESSA IN ATTO DELLE AZIONI DEL PIANO OPERATIVO PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA
Campo di applicazione: Assessorato alla Sanità Direzione Sanità e Welfare Aziende Sanitarie
Riferimenti normativi/bibliografici: - DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa. -- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...] e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017", alla quale comunque si rimanda per gli aspetti specifici; - DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980 Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2. - D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, è stata costituita la Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei

Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017

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

- L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

- Prot. DIRMEI 0126147/2021 del 09.04.2021) avente per oggetto "Ripristino delle attività ordinarie e attività di screening. Pianificazione del recupero delle liste di attesa. Programmi operativi di cui all'art. 1 del DL 17 marzo 2020, n. 18 convertito con modificazioni della Legge 24 aprile 2020 n. 27. Richiesta aggiornamento piani operativi aziendali per il recupero dei tempi di attesa", le Aziende Sanitarie hanno provveduto ad un nuovo aggiornamento dei propri Piani operativi.

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

- Accordo con gli erogatori privati sulle regole per l'annualità 2021. 18 giugno 2021

- Nota prot. 23698 del 29.06.2021. Ulteriori precisazioni relative al recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero, di specialistica ambulatoriale e di screening oncologici. Trasmissione aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa

- Nota della Direzione Sanità prot. 24014 del 01.07.2021 della Direzione Sanità "Accordo concernente le regole per l'acquisto di prestazioni sanitarie dagli erogatori privati per l'annualità 2021"

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

- Nota della Direzione Sanità e Welfare prot. 27045 del 26.07.2021 "Trasmissione aggiornamento piano regionale di recupero liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e screening oncologici e richiesta adeguamento piani aziendali"

- nota prot. n. 1356 del 21.01.2021, come integrata con nota prot. n. 1525 del 24.01.2022 di invio del documento "Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2", per la stesura dei Piani regionali per il recupero delle liste di attesa, previsti dalla Legge di Bilancio 2022, all'art. 1, commi 276-279

	Svolgimento delle attività: azioni specifiche	Coordinamento	Strutture operative	Indicatore	Standard	Tempi (anno 2021, in relazione alle specifiche azioni)	Evidenza	Valutazione si parz. no
1.	Aggiornamento periodico del piano operativo regionale	Assessorato alla Sanità	Direzione Sanità e Welfare	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo	
2.	Aggiornamento periodico del piano operativo aziendale	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Secondo modalità e tempi definiti	Documento descrittivo	
3.	Istituzione della "Unità di Gestione e	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo:	

	Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa" e relativo coordinatore						atto di costituzione	
4.	Rendicontazione periodica dell'attuazione delle azioni del Piano aziendale	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Trimestrale e a richiesta	Documento descrittivo:	
5.	Informazione agli utenti su modalità di prenotazione, accesso ecc.	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Documento descrittivo: sito aziendale, carta dei servizi ecc,	
6.	Informazione sui tempi di attesa per visite, prestazioni e interventi	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Report mensile sul sito aziendale	
7.	Analisi di appropriatezza con i prescrittori con indicatori e su applicazione sistema RAO	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO		Audit e feedback con i prescrittori	
8.	Profilazione numero idoneo di agende pubbliche	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. agende pubbliche su num. agende totali	100% prime visite; 75% diagnostica		Report mensile	
9.	Adozione delle agende di garanzia	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. agende di garanzia	Empirico:		Report mensile	
10.,	Erogazione numero idoneo di visite e prestazioni e screening con le risorse interne, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	
11.	Erogazione numero idoneo di interventi con le risorse interne, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/ trimestrale	

12.	Erogazione numero idoneo di visite e prestazioni con le strutture private accreditate, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. prestazioni erogate. Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/trimestrale	
13.	Erogazione numero idoneo di interventi con le strutture private accreditate, in coerenza con i bisogni espressi e situazione epidemiologica	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. interventi erogati Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/trimestrale	
14.	Utilizzo risorse in euro secondo normativa vigente	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Costo in Euro	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/trimestrale	
15.	Erogazione numero visite, prestazioni, screening e interventi secondo normativa vigente	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. visite, prestazioni, screening e interventi erogati	Empirico: in relazione al numero da recuperare		Report mensile/trimestrale	
16.	Sviluppo della telemedicina	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Numero di prestazioni erogate in telemedicina	Empirico		Report mensile/trimestrale	
17.	Rilevazione ex ante tempi di attesa per codici di priorità per visite, prestazioni e interventi	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Tempi attesa per codice di priorità	Secondo piano Regionale per codice di priorità		Report mensile/trimestrale	
18.	Rilevazione ex post numero visite, prestazioni e interventi erogati	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Num. per codice di priorità	Empirico, per codice di priorità		Report mensile/trimestrale	
19.	Rilevazione ex post tempi attesa visite, prestazioni e interventi erogati	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Tempi attesa per codice di priorità	Secondo piano Regionale per codice di priorità		Report mensile/trimestrale	

13. RIFERIMENTI ESSENZIALI

- DCR 3 aprile 2012, n. 167 – 14087, Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni sovrazonali
- DGR 14 marzo 2013, n. 6-5519, Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)
- DGR 19 novembre 2014, n. 1-600. Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale
- DGR 23 gennaio 2015, n. 1-924. Integrazioni alla DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"
- DGR 29 giugno 2015, n. 26-1653. Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.
- DGR 14 Giugno 2018, n. 27-7048. Piano regionale della prevenzione 2014-2018: rimodulazione per l'anno 2018 ed estensione vigenza al 31.12.2019. Modifica della DGR n. 25-1513 del 3 giugno 2015
- DGR 16 maggio 2019, n. 110-9017. "Recepimento dell'Intesa [...] tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio 2019-2021 [...]" e approvazione del "Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica e di Ricovero per il triennio 2019-2021", a parziale modifica della D.G.R. n.17-4817 del 27.03.2017";
- DL 14 agosto 2020, n. 104 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia", che reca le disposizioni urgenti in materia di liste di attesa.
- DGR 23 settembre 2020, n. 2-1980. "Decreto-Legge 14 agosto 2020, n. 104. Obiettivi programmatici e riparto risorse alle Aziende pubbliche del SSR per il recupero delle liste di attesa relative a prestazioni ambulatoriali, di screening oncologici e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2".
- D.G.R. n. 14-2889 del 19.02.2021, "Modifiche e integrazioni alle DD.G.R. n. 1-1881 del 10.08.2020 e n. 5-2435 del 1.12.2020. Adeguamento schema contrattuale alle regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per l'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";
- DL 25 maggio 2021, n. 73. Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali" Disposizioni in materia di liste di attesa e utilizzo flessibile delle risorse
- D.G.R. n. 51-3662 del 30.07.2021, è stata costituita la Commissione regionale per il recupero ed il contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, di cui al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 ed al D. L. 14 agosto 2020, n. 104, a supporto del Gruppo di Coordinamento del Programma regionale per il Governo dei Tempi di Attesa delle Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e di Ricovero, di cui alla D.G.R. 16 maggio 2019 n. 110-9017.
- D.G.R. n. 22-3690 del 06.08.2021, "Approvazione dell'aggiornamento del Piano operativo regionale per il recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di ricovero e di screening oncologici. Ulteriori indicazioni in applicazione del D.L. 14 agosto 2020, n.104 e del D.L. 25 maggio 2021, n. 73, ad integrazione ed aggiornamento della D.G.R. 23 settembre 2020, n. 2-1980";
- L. 30 dicembre 2021, n. 234, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024".

20-	Audit interno della "Unità di Gestione e Miglioramento dei Tempi e delle Liste di attesa"	Direzione Sanità e Welfare	Aziende Sanitarie Regionali	Presenza documento	Dicotomico: SI/NO	Mensile e a richiesta	Documento descrittivo	
-----	---	----------------------------	-----------------------------	--------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------	--