



PIANO OPERATIVO STRUTTURALE DI RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA ANNO 2024

INTRODUZIONE

Con DGR 472 del 18/05/2022 si è provveduto alla revisione dell'Allegato 2 della DGR 610/2019, come evoluzione del Piano Regionale delle liste di attesa per il triennio 2022-2025 decorrente dal 1°luglio 2022.

Il governo e la gestione delle liste di attesa rappresentano una sfida per il Servizio Sanitario Regionale già presente da anni, richiedendo anche in passato l'adozione di provvedimenti tesi a contenere i tempi di attesa. La pandemia COVID ha certamente acuito il problema: nelle crisi epidemiche che si sono susseguite, dal febbraio 2020 in poi, si è, infatti, reso necessario adottare misure volte al contenimento della diffusione virale che hanno comportato la sospensione di tutte le attività programmabili, la garanzia delle attività indicate come non procrastinabili e l'adozione di misure di sicurezza tali per cui i tempi delle singole prestazioni sono notevolmente aumentati. Al superamento di ogni crisi epidemica, la Regione Umbria ha adottato provvedimenti volti al recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela. Al momento attuale, sebbene vi sia stata una riduzione dei volumi delle prestazioni sospese rispetto a quelle presenti nel giugno 2020, la gestione dei tempi di attesa delle prestazioni che sono state generate durante e dopo le crisi epidemiche, sta evidenziando delle criticità strutturali che, in prospettiva, rendono sempre più complessa la gestione ed il governo delle liste di attesa.

Il piano adottato con DGR 472/2022 individua gli interventi richiamando i punti specifici del Piano Nazionale di Gestione delle Liste di Attesa (PNGLA), ovvero:

1. Linee di intervento per il governo delle liste di attesa;
2. Monitoraggio, controllo, valutazione;
3. Attività Libero Professionale Intramuraria;
4. I Programmi Attuativi Aziendali;
5. Funzioni di Coordinamento, Intervento, Monitoraggio;
6. Indicatori;

e prevede che il governo delle liste di attesa debba essere incentrato su tre cardini:

- A. Governo della domanda;
- B. Governo della offerta;
- C. Monitoraggio e controllo dei processi;

per i quali sono state previste azioni specifiche.

Con DGR n. 437 del 26.04.2023 è stato approvato il **“Piano operativo straordinario di recupero delle liste di attesa e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, sancito dalla conferenza permanente stato-regioni nella seduta del 9 luglio 2020”**.

Con nota Siveas prot. 40_2023 del 31/07/2023 è stato trasmesso al Ministero della Salute il piano



operativo straordinario di recupero delle liste di attesa.

Di seguito si illustrano i seguenti paragrafi:

1. Prestazioni di specialistica ambulatoriale
2. Prestazioni di ricovero
3. Governance
4. Utilizzo risorse



1. PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE

STATO DELL'ARTE PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Con tali piani in successione si è dato avvio ad una reingegnerizzazione del governo delle liste di attesa che ad oggi ha consentito di:

- attivare lo smart cup;
- attivare l'overbooking;
- monitorare il volume e la genesi dei PdT (Percorsi di Tutela);
- monitorare i volumi delle prestazioni erogate e i tempi di attesa con pubblicazione dei dati nei siti aziendali e regionale;
- attivare le piastre ambulatoriali presso le strutture in tutte le Aziende;
- monitorare la presa in carico da parte degli specialisti.

Il monitoraggio delle azioni previste dai Piani è stata affidato alla *Task Force regionale per il governo delle liste d'attesa* (D.D. n. 1125 del 02/02/2023) che, attraverso la definizione di strumenti e programmi operativi condivisi tra Regione, Aziende sanitarie, Punto Zero Scarl ed i rappresentanti dei professionisti coinvolti, anche mediante un'azione periodica di informazione e comunicazione nei confronti della cittadinanza, contribuisca a garantire la piena attuazione, nei tempi definiti, del Piano Operativo per il recupero delle prestazioni.

La produzione complessiva del 2023, seppur migliorata rispetto al 2021, non è ancora ritornata ai livelli del 2019 e l'analisi dei dati di monitoraggio indica la necessità di un ulteriore miglioramento soprattutto per la gestione dei Percorsi di Tutela e per la presa in carico delle prestazioni di II livello o di prescrizione dei controlli da parte degli specialisti, oltre all'attivazione di tutte le misure per la garanzia dell'appropriatezza prescrittiva.

La DGR n. 184 del 22/02/2023 recante "*Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2023*", definisce gli indirizzi e i criteri per la stipula, per l'anno 2023, degli accordi contrattuali tra le Aziende UsL e gli erogatori di prestazioni sia pubblici che privati, in attuazione agli articoli 8-quinquies e 8-sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i..

L'atto stabiliva che le Aziende territoriali, nel definire tali accordi con le strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere) e con le strutture private accreditate e convenzionate, dovevano tener conto delle attuali prestazioni inserite nei percorsi di tutela al fine del loro recupero complessivo nel corso del primo semestre del 2023.

Per quanto attiene agli Accordi con le Strutture Pubbliche, in particolare con le Aziende Ospedaliere del territorio di competenza, dovranno essere definiti accordi che garantiscano:

- la presa in carico da parte degli specialisti con attivazione del 100% delle piastre ambulatoriali. Negli Accordi vanno individuati obiettivi e indicatori di monitoraggio, in primis quelli che misurano la percentuale di presa in carico da parte degli specialisti con riduzione delle prestazioni suggerite da parte dei MMG/PLS;
- il piano specifico di recupero delle prestazioni inserite nel percorso di tutela da garantire da parte dell'Azienda Ospedaliera.

Per quanto riguarda le strutture private accreditate e convenzionate, le Aziende territoriali, nel rispetto del tetto di budget attualmente vigente, dovranno sottoscrivere accordi per garantire, valutata la propria programmazione, il recupero delle prestazioni già inserite nei Percorsi di Tutela (PdT), parallelamente all'offerta delle prestazioni programmate, riducendo, fino all'annullamento, la genesi di nuovi PdT.

L'allegato n.1 "*Linee guida per la definizione degli accordi contrattuali anno 2023*" della richiamata



DGR 184/2023, prevede che, entro 10 gg. dall'adozione della suddetta DGR, le aziende territoriali, valutate la consistenza quali/quantitativa dei Percorsi di Tutela e dei fabbisogni, redigano i piani aziendali per il recupero delle liste di attesa.

L'analisi del contesto attuale del governo delle liste di attesa evidenzia che i Percorsi di Tutela continuano ad alimentarsi perché, mentre si provvede al recupero del pregresso, nuove richieste vanno ad alimentare ulteriori PdT.

Fermo restando che i PdT sono finalizzati alla presa in carico di tutte le richieste, l'obiettivo è di avere un numero contenuto di prestazioni inserite nei percorsi di tutela tale da renderle erogabili nell'arco temporale di 1/2 settimane.

Con DGR n. 194 del 06/03/2024, recante "Art. 6 comma 8 del RR 9/2023. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale" sono stati approvati i requisiti per la chirurgia ambulatoriale e le prestazioni erogabili presso le diverse tipologie di Strutture di chirurgia ambulatoriale, in riferimento al Nomenclatore tariffario regionale attualmente vigente e applicabile.

In relazione a quanto previsto nell'allegato 2 della DGR 472/2022, si introduce:

- **pagamento del ticket e gestione delle disdette con pagamento tariffa:** si fa riferimento a quanto previsto nell'Allegato 2 al PRGLA 2022-2025 adottato con DGR 472 del 18.05.2022 che recepisce al punto 1g. quanto disposto dal Punto 12 del PNGLA;
- **verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni.** - La Regione Umbria con il PRGLA 2019-2022 ha riconfermato e potenziato l'uso della metodologia RAO già applicata per alcune prestazioni negli anni precedenti, attraverso il coinvolgimento partecipativo dei medici prescrittori (MMG, PLS e Specialisti ambulatoriali) ed erogatori, al fine di garantire un accesso appropriato e prioritario alle prestazioni. Oltre ai RAO già presenti a livello regionale, sono stati adottati i RAO nazionali di cui all'Allegato C del PNGLA 2019-2021 e definiti nuovi RAO regionali per le prestazioni sottoposte a monitoraggio;
- **analisi della concordanza della Classe di priorità** assegnata alle singole prestazioni dal medico prescrittore e dal medico specialista che eroga la prestazione, pertanto i medici specialisti, al momento dell'erogazione delle prestazioni per le quali è prevista la griglia RAO, devono attribuire la Classe di priorità che ritengono adeguata al caso clinico.

PIANO OPERATIVO PER IL 2024

L'obiettivo prioritario è di garantire l'appuntamento al momento della richiesta al CUP in una percentuale superiore al 95%.

Si impone, pertanto, un'evoluzione della strategia per il governo delle liste di attesa incentrata nelle seguenti azioni:

1. **Massimizzazione attività in regime ordinario per il primo accesso.** Il volume di offerta deve essere ampliato e determinato, prestazione per prestazione, sulla base del numero delle stesse prestazioni che oggi vanno ad alimentare i PdT e deve essere parametrato per bacino di residenza sempre in relazione al fabbisogno. Si tratta di garantire un'offerta adeguata alla domanda salvando, quando possibile, il principio di prossimità al fine di ridurre anche gli spostamenti evitabili da parte dei cittadini. **Obiettivo è quello di ripristinare un'offerta almeno pari a quella del 2019;**
2. **Completamento della fase diagnostica, anche in primo accesso, da parte di tutti gli specialisti e massimizzazione delle attività in produttività aggiuntiva finalizzata al recupero**



dei PdT e ad evitare la genesi di nuovi PdT attraverso:

- a. **Esecuzione di esami di completamento diagnostico** che lo specialista, in base all'organizzazione dell'attività ambulatoriale, riesce a garantire nella stessa seduta o in maniera differita provvedendo alla prescrizione e alla registrazione nel sistema CUP;
- b. **Evasione di tutte le prestazioni inserite allo stato attuale nei PDT** per il recupero delle prestazioni inserite nei percorsi di tutela con ricorso a programmi di prestazioni aggiuntive, anche in riferimento alle disposizioni normative di cui all'Art. 1, commi 218, 219, 220, 232, 233, legge 213/2023 recante *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026*, fermo restando che tali prestazioni aggiuntive potranno essere attivate **solo dopo il completamento dell'attività ordinaria**. Si ritiene, pertanto, opportuno utilizzare il finanziamento aggiuntivo previsto dalla legge 213/2023, anche per il recupero delle prestazioni attualmente inserite nei percorsi di tutela mediante riparto alle Aziende territoriali sanitarie, in base alla residenza dei soggetti inseriti nei PdT.

Le prestazioni vengono inserite nei PdT delle Aziende Sanitarie territoriali per ambito assistenziale, la loro evasione può essere garantita oltre che dalle strutture della stessa azienda, anche dalle Aziende Ospedaliere attraverso la sottoscrizione di accordi con le Aziende Ospedaliere di riferimento del territorio in base al fabbisogno definito dall'Azienda territoriale.

- c. **Riduzione genesi PdT** le Aziende devono, su base settimanale, monitorare l'andamento di genesi dei PdT per ridurre progressivamente la consistenza attraverso una programmazione rimodulabile in base al fabbisogno espresso.

Fa parte del recupero delle prestazioni anche la gestione delle cancellazioni, attività necessaria per il corretto monitoraggio delle prestazioni da gestire.

3. **Completamento della fase diagnostica anche in primo accesso da parte di tutti gli specialisti di specialistica ambulatoriale attraverso le P.P.I. (Prestazioni di particolare interesse).**

L'Accordo Collettivo Nazionale di Lavoro per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali, all'art. 4, comma 1, lett. d) "GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA" dispone che *"Nell'ambito degli AAIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di follow-up nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previste dalle normative vigenti, promuovendo l'integrazione nelle reti territoriali degli specialisti ambulatoriali e degli psicologi con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio per garantire la continuità dell'assistenza."*

L'Allegato 3 "Nomenclatore tariffario e prestazioni di particolare interesse (P.P.I.)" dello stesso Accordo nazionale, al punto 6) dispone che *"Le prestazioni di particolare interesse (P.P.I.) finalizzate anche all'integrazione con le attività delle forme organizzative della medicina generale e della pediatria di libera scelta o al raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 4 del presente Accordo, sono individuate come previsto dall'articolo 41, comma 4 e remunerate, nel limite delle risorse a disposizione delle Regioni ai sensi dell'articolo 43, lettera B, comma 8 e dell'articolo 44, lettera B, comma 7, previa autorizzazione dell'Azienda,*



nella misura del 40% di quanto previsto nel Nomenclatore tariffario regionale vigente, fatta salva diversa determinazione dell'Accordo Integrativo Regionale."

Con atto successivo sarà recepito l'elenco delle prestazioni aggiuntive di particolare impegno ed interesse (PPI) per la specialistica ambulatoriale come previsto dalla DGR n. 855 del 10/08/2022 recante *"Intesa tra la Regione Umbria Direzione Regionale salute e Welfare e le OO.SS. degli specialisti ambulatoriali interni veterinari ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici e psicologi)"*.

- 4. Acquisto dal privato accreditato convenzionato.** Le risorse disponibili per il piano delle liste di attesa sono destinate anche alla committenza con il privato accreditato per l'acquisto delle prestazioni definite nel piano operativo delle Aziende Sanitarie territoriali, remunerate in base al tariffario vigente a tariffa piena, e distribuito alle 2 Aziende sanitarie territoriali in base alla residenza dei soggetti inseriti nei PdT. L'obiettivo è di recuperare nel più breve tempo possibile tutte le prestazioni già inserite nei percorsi di tutela e quelle di nuova genesi in base ad un criterio di prossimità che permetta al cittadino di ricevere la prestazione nel territorio di residenza ovvero, ove non presente, nel territorio limitrofo. L'assegnazione del budget alle strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili, avviene previa pubblicazione di avviso per manifestazione d'interesse, e nel rispetto di un criterio di prossimità territoriale delle prestazioni in relazione alla residenza dei soggetti inclusi nei percorsi di tutela.

Le Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2024, saranno oggetto di specifico atto di Giunta regionale.

- 5. Prosecuzione della presa in carico delle prestazioni di II livello** - Tutte le strutture e tutti gli specialisti devono garantire la presa in carico con prescrizione delle prestazioni di approfondimenti/completamento diagnostico e/o di follow-up. Il paziente non deve essere rinviato al MMG/PLS per le prescrizioni di esami che, seppur di II livello, finiscono per entrare nel circuito del primo accesso generando disallineamento dei percorsi di cura. Gli esami prescritti vanno prenotati attraverso il pieno utilizzo delle piastre ambulatoriali in modo da permettere al paziente di rientrare a domicilio con prescrizioni e appuntamenti già definiti. Considerato che le prestazioni prescritte dagli specialisti possono riguardare, sia prestazioni della propria branca garantite all'interno della stessa struttura, che prestazioni di altre branche, è necessario che la struttura richiedente definisca il fabbisogno quali/quantitativo delle prestazioni di cui necessita in relazione ai pazienti afferenti e, nell'ambito della stessa struttura ospedaliera o di altra struttura ospedaliera, se necessario (es. prestazioni garantite solo in alcuni presidi), vengano riservati il numero di appuntamenti nelle strutture eroganti per soddisfare la necessità del singolo percorso. **Il processo di definizione dell'offerta in base alla domanda, che le direzioni sanitarie e di presidio sono chiamate a governare, rappresenta l'elemento cardine per la garanzia della presa in carico;**

- 6. Potenziamiento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso:**

- a. La validazione dell'erogato e la verifica di concordanza RAO nel 100% delle prestazioni.**

Gli specialisti devono procedere alla validazione delle prestazioni e alla validazione della concordanza RAO perché questo consentirà di fare una lettura indiretta dell'appropriatezza anche in termini di tempistica della prestazione richiesta e consentirà di poter attivare confronti per l'analisi con i prescrittori;

A tale proposito tra le azioni per il recupero sono state previste le seguenti:

- monitoraggio della verifica dell'attribuzione da parte degli specialisti della classe



-
- di priorità delle prestazioni RAO e della concordanza della classe di priorità (% di concordanza per classe di priorità fra prescrittore e specialista considerando indice di appropriatezza una percentuale superiore al 90%) attraverso la produzione di una reportistica specifica;
- azioni specifiche da parte della Direzione Sanitaria/Direzione di Presidio/Direzione di Distretto quando il livello di concordanza non risulta adeguato;
 - azioni di coordinamento da parte dei Direttori di distretto e di presidio attraverso riunioni di audit tra erogatori e prescrittori quando il tasso di concordanza non è ottimale.
- b. **Adozione a sistema delle indicazioni per la prescrizione delle RMN articolari e degli esami di endoscopia digestiva** di cui alla DGR 28/12/2023 n. 1401 recante *“Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Alert prestazioni radiologiche ed endoscopiche. Gestione Percorsi di Tutela e Prestazioni successive. Adozione”*;
- c. Determinazione del **tasso di prescrizioni pro-capite per prescrittore** stratificate per prestazioni e nel confronto in AFT, fra AFT, fra Distretti e Aziende;
- d. **Riunioni di audit tra erogatori e prescrittori per la valutazione di concordanza e del tasso di prescrizione** per la presentazione dei dati, l’analisi delle differenze verso le quali agire con **azioni correttive e migliorative per migliorare il tasso di concordanza e ottenere un tasso di prescrizione pro-capite allineato con la media regionale o con gli standard** (stessa metodologia della spesa pro-capite farmaceutica);
- e. **Utilizzo del teleconsulto** fra prescrittori e specialisti per la gestione di situazioni puntuali. Attivazione del Teleconsulto nell’ambito dei programmi di Telemedicina di cui alla DGR n. 665 del 28/06/2023 *“PNRR M6 C1 sub investimento 1.2.3.2. Servizi di Telemedicina. Approvazione Modello regionale per l’erogazione dei servizi di telemedicina”*.
Il Teleconsulto è definito come un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, in maniera sincrona o asincrona, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, referti, immagini, audio-video riguardanti il caso. Le finalità per l’attivazione del servizio di Teleconsulto è la condivisione delle scelte diagnostiche, degli orientamenti prognostici e del trattamento per qualsiasi tipologia di paziente, in particolare nel percorso di cura del paziente cronico al fine di offrire una diagnosi accurata ed un Piano di cura appropriato che determini anche appropriatezza prescrittiva;
- f. **Utilizzo della telemedicina anche in Farmacia** con la *farmacia dei servizi* e i relativi programmi. Determinate indagini diagnostiche (ECG, Holter cardiaco, Holter pressorio e spirometria semplice) possono essere effettuate in telemedicina grazie alle moderne tecnologie ed è possibile ricevere i referti in 15 minuti. Le farmacie, in considerazione della presenza capillare nel territorio, sono diventate sempre più centrali nell’assistenza al paziente offrendo un’ulteriore opportunità di scelta per effettuare alcune prestazioni diagnostiche, potendo quindi incidere notevolmente anche nella riduzione delle code e dei tempi d’attesa;
- g. È stata prevista inoltre l’elaborazione di una **reportistica specifica relativa all’appropriatezza** che contenga:
- il tasso di prescrizioni pro-capite per prescrittore;



- il tasso di prescrizioni pro-capite per prescrittore per le singole prestazioni a maggior rischio di inappropriatelyzza (es. RMN osteoarticolare ginocchio over 65).

A tal proposito sono previste infine attività specifiche dei Direttori di Distretto per la presentazione dei dati alle AFT, attraverso l'analisi delle differenze pro-capite verso le quali agire con azioni correttive e migliorative per un tasso di prescrizione pro-capite allineato con la media regionale e con gli standard;

- 7. Monitorare costantemente l'offerta dei primi accessi e dei secondi accessi.** La Direzione Sanitaria/di Presidio/di Distretto monitora, settimana per settimana, la disponibilità dell'offerta per i primi accessi e per i secondi accessi per valutare le disponibilità residue e procedere a riallineare l'offerta al recupero dei posti disponibili.

In relazione a quanto sopra detto le Aziende dovranno presentare il piano strutturale di governo delle liste di attesa, entro la data del 15 maggio 2024, avente le seguenti caratteristiche:

- **Individuare la propria offerta e quella che può garantire l'azienda ospedaliera del territorio di riferimento** avendo cura di assicurare che sia aggiuntiva a quella ordinaria in quanto l'obiettivo prioritario è dare garanzia dell'appuntamento al momento della richiesta evitando la genesi di nuovi PdT (utilizzo di tutti gli istituti contrattuali previsti dalle normative vigenti per il personale dipendente e delle PPI per la specialistica ambulatoriale).

Si sottolinea che la produzione avviene per livelli subentranti: produzione ordinaria, produzione aggiuntiva, produzione in ALPI, ovvero non può essere erogata attività in ALPI se, in presenza di liste di attesa e genesi di PdT, il professionista non abbia garantito tutto l'orario dovuto senza debiti orari e l'orario in produttività aggiuntiva richiesto dall'azienda per abbattere le liste di attesa;

- **Alla luce di quanto assicurato con la misura precedente richiedere alle strutture private accreditate (art. 8 quater D.lgs.502/1992 e s.m.i.) il residuo presente nei PdT.** A tal fine le Aziende territoriali provvedono alla pubblicazione, entro 7 giorni dall'entrata in vigore del presente atto, di un avviso finalizzato all'acquisizione delle manifestazioni di interesse cui le strutture private accreditate potranno rispondere per offrire, in base alla distribuzione territoriale delle prestazioni da recuperare, i loro volumi massimi di attività. Gli avvisi per le manifestazioni di interesse che verranno indetti dalle Aziende sanitarie territoriali dovranno uniformarsi ai seguenti principi/criteri di attribuzione:

- alle manifestazioni d'interesse potranno prendere parte tutte le strutture private accreditate, convenzionate e convenzionabili, presenti nel territorio di competenza di ciascuna azienda UsI;
- dovrà essere definito il tempo di esigibilità delle prestazioni richieste;
- la manifestazione per le prestazioni da acquistare dal privato accreditato può contenere prestazioni singole o anche pacchetti di prestazioni da acquistare in relazione al fabbisogno espresso;
- l'offerta da parte delle strutture private dovrà essere fatta in base al criterio territoriale; solo laddove nel distretto sanitario di residenza del soggetto in lista d'attesa, non siano presenti strutture private accreditate in grado di presentare l'offerta per una determinata prestazione, potranno subentrare strutture operanti nei territori limitrofi;
- le strutture private accreditate dovranno presentare il loro volume massimo di prestazioni erogabile rispetto al fabbisogno richiesto;
- ove l'offerta complessiva superi la domanda, l'attribuzione dei volumi di prestazioni per ciascuna struttura privata accreditata che avrà presentato la propria manifestazione



-
- d'interesse, verrà fatta in modo proporzionale fino al raggiungimento del tetto di prestazioni fissato;
- alle strutture private accreditate che presenteranno l'offerta nelle discipline per le quali è stato riconosciuto il relativo accreditamento, sarà attribuito un punteggio in fase di valutazione a seguito della pubblicazione Avviso di cui al DM 19 dicembre 2022.
- **Indicare nel Piano, per ogni categoria di specialistica ambulatoriale, la consistenza al 31.12.2023 e le percentuali di recupero al 30.06, 30.09 e 31.12.2024. Per la specialistica ambulatoriale il Piano dovrà essere redatto per le prestazioni residue del 2023 e, con le stesse modalità, anche la progressiva gestione dei percorsi di tutela generatisi nel 2024. La Task Force regionale trasmetterà un format per l'elaborazione del Piano conforme agli item indicati.**



2. PRESTAZIONI DI RICOVERO CHIRURGICO

STATO DELL'ARTE PRESTAZIONI CHIRURGICHE DI RICOVERO

Parallelamente alle prestazioni di specialistiche ambulatoriale è necessario ottimizzare anche il governo delle liste di attesa chirurgiche.

La situazione delle liste di attesa si è sicuramente aggravata con la pandemia da SARS-CoV-2 che ha costretto il SSN, per far fronte a tale emergenza sanitaria, a dirottare temporaneamente la maggior parte delle risorse per garantire l'assistenza ai pazienti COVID-19 positivi e, in ambito chirurgico, è stato necessario concentrarsi per rispondere all'Emergenza-Urgenza e a pazienti non procrastinabili come la casistica oncologica. Ciò ha inciso pesantemente, sia sull'incremento delle liste di Attesa, che sul rispetto dei tempi di attesa per la chirurgia programmata.

Con il piano di recupero delle prestazioni inserite in lista di attesa di cui alla DGR n. 347 del 13/04/2022 era stato definito il piano di recupero delle prestazioni chirurgiche inserite in liste di attesa che non ha portato al recupero del 100% delle prestazioni ante 2021.

Con la richiamata DGR 437/2023 la Regione Umbria ha adottato il Piano operativo straordinario di recupero delle liste d'attesa demandando alle Aziende di predisporre un Piano specifico di recupero dei pazienti chirurgici inseriti in lista di attesa ante 2023 che tuttavia non ha condotto al recupero del 100% delle prestazioni ante 2023.

Nell'analizzare il contesto attuale in tema di prestazioni di ricovero di tipo chirurgico si rende necessario anche intervenire su strumenti di governance generale di omogeneizzazione dei percorsi. Allo stato attuale ogni struttura pubblica garantisce il governo delle liste di attesa chirurgiche in conformità al PNGLA e al PRGLA con regolamentazioni interne mentre è importante definire linee di indirizzo a livello regionale per l'inserimento dei pazienti in lista di attesa, per la gestione/regolamentazione delle sale operatorie e del percorso chirurgico programmato.

L'attività chirurgica rappresenta infatti una delle attività più complesse in ambito sanitario, anche a livello organizzativo, nonché l'elemento caratterizzante e di alto valore di tutte le strutture sanitarie risultando, al contempo, il centro di costo più rilevante per un'Azienda Sanitaria in termini di risorse richieste.

La DGR 437/2023, recependo l'Accordo sancito dalla conferenza permanente Stato-Regioni nella seduta del 9 luglio 2020, sul documento recante *"Linee di indirizzo per il governo del percorso del paziente chirurgico programmato"*, prefigura l'implementazione di un modello di governo globale del percorso peri-operatorio basato su due macro aree: governo delle liste d'attesa e governo della capacità produttiva dei blocchi operatori.

Con DGR 28/12/2023 n.1406 la Giunta regionale ha, quindi, approvato il documento recante *"Linee di indirizzo regionali per il Regolamento di Sala Operatoria. Adozione"*.

Gli obiettivi generali del documento consistono nel fornire:

- una definizione condivisa, sia teorica che operativa, di governo del percorso del paziente chirurgico programmato nelle sue declinazioni organizzative;
- una descrizione degli elementi costitutivi attraverso l'individuazione di una tassonomia condivisa che garantisca un linguaggio comune ed omogeneo a livello nazionale funzionale ai bisogni che il paziente chirurgico programmato;
- l'individuazione dei termini di presa in carico e continuità delle cure sottolineando la centralità della funzione di governo delle Liste di attesa e della connessa programmazione chirurgica quale elemento di equità di accesso alle cure.

Tali indirizzi condivisi sul governo del percorso permetteranno di conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale



incrementando la risposta del SSN ai bisogni di salute del cittadino ed individuando i principali nodi organizzativi a garanzia dell'omogeneità del SSN; nel definire le regole di funzionamento e gli strumenti di supporto del percorso del paziente chirurgico programmato; nell'impattare in termini di riorganizzazione e governo efficiente dei blocchi operatori; nel promuovere un Servizio sanitario nazionale volto a superare le disuguaglianze tra le diverse aree del Paese nei blocchi operatori quali punto nevralgico dell'organizzazione ospedaliera.

Il citato documento prevede indicazioni organizzative ed operative delle fasi del percorso peri-operatorio ed i suoi principi fondanti sono:

- la garanzia del rispetto della trasparenza della lista di attesa e dei tempi di attesa previsti dalla normativa sul percorso chirurgico;
- l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- la raccolta dati ed il monitoraggio dell'intero percorso chirurgico;
- la conoscenza ed il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie;
- la capacità di rendicontare le proprie performance utilizzando strumenti/indicatori efficaci e condivisi.

Gli obiettivi specifici sono di seguito elencati:

- determinare le modalità gestionali ed organizzative più idonee al governo della complessità dell'attività dei blocchi operatori;
- individuare le regole generali di attività dei blocchi operatori aziendali (regolamento);
- definire i ruoli, le responsabilità ed i compiti delle diverse figure professionali coinvolte nella pianificazione/realizzazione del percorso chirurgico;
- definire, pianificare e monitorare le attività che costituiscono il percorso;
- ottimizzare l'impiego delle risorse umane, tecniche, strumentali e logistiche, al fine di perseguire il raggiungimento degli obiettivi di qualità, efficacia, efficienza e sostenibilità economica;
- armonizzare gli standard operativi e le raccomandazioni nazionali atti a garantire la sicurezza e l'efficienza del sistema;
- definire la tassonomia, la metrica ed il glossario dei tempi e degli indicatori di sala operatoria;
- identificare strategie iniziative/programmi formativi.

Si intende infine attuare anche le **indicazioni organizzative ed operative** delle fasi e del percorso peri-operatorio in particolare:

- l'informatizzazione dell'intero percorso chirurgico;
- la raccolta dati ed il monitoraggio dell'intero percorso chirurgico;
- la conoscenza ed il rispetto delle pratiche di sicurezza nella gestione delle sale operatorie.

La necessità di metodi e modelli organizzativi condivisi a livello nazionale, per far fronte ad una gestione e ad un governo del processo chirurgico e per consentire un riequilibrio dei Tempi di Attesa per i pazienti in Lista di Attesa per prestazioni chirurgiche, ha la finalità di rendere sostenibile questo obiettivo del SSN in coerenza con quanto previsto dal Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA), mantenendo inalterata la sicurezza per pazienti ed operatori e garantendo l'equità d'accesso alle prestazioni.

L'approccio previsto dalle linee di indirizzo al fine di garantire equilibrio tra domanda e capacità produttiva, si basa sullo sviluppo di due macro aree che devono prevedere modelli di governo dei processi all'interno delle Aziende Sanitarie e a livello regionale:



- Governo di Lista di Attesa:

Richiede la costruzione di un processo univoco di inserimento dei pazienti in Lista di Attesa, attraverso l'istituzione di uno specifico sistema di classificazione dei casi (nomenclatore unico) e la definizione di un set di informazioni minime obbligatorie, coerenti con quanto previsto dal PNGLA e dunque utili al fine di monitorare in tempo reale lo stato delle Liste di Attesa;

- Governo della Capacità Produttiva:

Richiede una raccolta strutturata di dati di tutte le sale operatorie fisiche presenti sul territorio e dei dati di attività che caratterizzano il percorso peri-operatorio del paziente, dal momento del suo inserimento in lista di attesa, passando per il ricovero e la sala operatoria, fino al momento della sua dimissione dalla struttura sanitaria.

A tal fine, nel corso del 2023 sono stati predisposte le azioni per un'evoluzione della strategia per il governo delle liste di attesa chirurgiche incentrata **sulle seguenti azioni:**

1. Governo di Lista di Attesa attraverso:

- a. Classificazione degli interventi inseriti in Lista di Attesa;
- b. Identificazione del Responsabile Unico Aziendale (RUA);
- c. Completamento dell'informatizzazione dei sistemi di rilevazione delle liste di attesa a livello aziendale;
- d. Predisposizione di un Regolamento Regionale e Scorrimento Lista di Attesa;
- e. Strumenti di Monitoraggio della domanda con misurazione della domanda di Lista di Attesa.

2. Governo della Capacità Produttiva:

- a. Organizzazione Aziendale: la Direzione Aziendale deve guidare tutte le fasi del processo;
- b. Centralizzazione del Governo di Lista di Attesa;
- c. Introduzione di nuove competenze: la Gestione Operativa
- d. Adozione del Regolamento di Sala Operatoria;
- e. Mappatura del Processo chirurgico in Blocco Operatorio con rilevazione dei quindici eventi fondamentali del percorso chirurgico;
- f. Definizione di strumenti di Monitoraggio dell'offerta con misurazione della Capacità Produttiva.

Anche in relazione a questo, si sta proseguendo con il progetto di ricerca *"Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati"*, promosso dalla Direzione Generale Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, in collaborazione con l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli, all'interno del quale è stata confermata la partecipazione degli Ospedali Pilota (per la Regione Umbria l'Ospedale di Foligno) e dei Referenti istituzionali regionali/provinciali ed aziendali che hanno partecipato al precedente progetto *"Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura"*.

Nell'ambito dello stesso progetto ministeriale, la Regione Umbria ha aderito anche al Protocollo di studio *"Lidia"* per la sperimentazione di un flusso informativo dedicato al monitoraggio ex Ante delle Liste di Attesa per ricovero chirurgico programmato con le 2 Aziende Ospedaliere.

La disponibilità di un Flusso Informativo dedicato alle Liste di Attesa per ricoveri chirurgici programmati consente infatti di perseguire i seguenti risultati:

- omogeneità delle definizioni e classificazioni;
- programmazione ex ante dei flussi operativi dei ricoveri programmati anche ai fini delle indicazioni contenute nel DM 70/2015 in tema di organizzazione delle reti ospedaliere e rispetto delle soglie minime di rischio;



- monitoraggio continuo delle liste d'attesa ex-ante a livello locale e nazionale;
- confronto e coordinamento tra regioni finalizzati allo sviluppo di indirizzi, regole e modalità condivise;
- valutazione di appropriatezza, qualità ed equità dell'assistenza;
- ricerca statistica, epidemiologica e clinica;
- promozione della interconnettività dei flussi informativi già esistenti;
- monitoraggio continuo dei processi organizzativi di sala operatoria quale nodo di gestione operativa del sistema delle liste d'attesa per ricoveri chirurgici.

PIANO OPERATIVO PER IL 2024

L'obiettivo prioritario è quello di inserire i pazienti in lista di attesa chirurgica in base alla loro priorità clinica e alla complessità di intervento, in modo da garantire la prestazione chirurgica nei tempi previsti per classe di complessità e classe di priorità in particolare per la classe A e per gli interventi di patologia oncologica.

Si impone, pertanto, un'evoluzione della strategia per il governo delle liste di attesa incentrata **sulle seguenti azioni:**

- 1. Massimizzazione attività delle sale operatorie** – Le sale operatorie devono essere utilizzate a pieno regime con separazione del percorso urgente da quello programmato nel rispetto delle indicazioni dei regolamenti adottati dalle singole aziende in linea con le linee di indirizzo regionali. IL RUA e i livelli organizzativi attivati in ambito aziendale devono analizzare la consistenza delle attuali liste di attesa e definire una programmazione base per la gestione delle stesse. Si tratta di garantire un'offerta adeguata alla domanda al fine di evitare una consistenza delle liste di attesa maggiore della possibilità di gestione. Tutte le strutture pubbliche e private accreditate convenzionato devono adeguare la loro organizzazione alle indicazioni delle linee di indirizzo regionali di cui alla DGR n. 1406 del 28/12/2023;
- 2. Massimizzazione delle attività in produttività aggiuntiva finalizzata al recupero dei ricoveri in lista di attesa stratificati per classe di complessità, classe di priorità e data di inserimento in lista di attesa attraverso:**
 - a. la programmazione di sedute aggiuntive nelle proprie sedi ospedaliere** per il recupero degli interventi in lista di attesa con utilizzo delle risorse per le prestazioni aggiuntive di cui al richiamato Art. 1, commi 218, 219, 220, 232, 233 della legge 213/2023. Si ritiene, pertanto, indispensabile utilizzare anche tale finanziamento aggiuntivo per il recupero degli interventi chirurgici attualmente inseriti in lista di attesa con ripartizione per classe di complessità e classe di priorità per gli anni ante 2021, 2022 e 2023;
 - b. la programmazione di sedute aggiuntive in sedi ospedaliere di altre strutture pubbliche** sempre per il recupero degli interventi in lista di attesa attraverso la formalizzazione di specifici accordi fra aziende per l'utilizzo degli spazi delle sale operatorie presenti in tutti gli ospedali della rete ospedaliera regionale per il pieno efficientamento di tutte le sale operatorie disponibili nella rete ospedaliera umbra come previsto dalle disposizioni della DGR n. 1406/2023.
Le Linee d'indirizzo per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche per l'anno 2024, nonché le Linee di indirizzo regionali per i controlli dei



ricoveri ospedalieri saranno oggetto di specifici atti di Giunta regionale.

- c. **il trasferimento in chirurgia ambulatoriale degli interventi previsti dalla DGR n. 194 del 06/03/2024** recante *“Art. 6 comma 8 del RR 9/2023. Classificazione e requisiti delle prestazioni di chirurgia ambulatoriale”*, con programmazione di sedute anche in produttività aggiuntiva;

3. Recupero della mobilità passiva:

- a. **quella delle prestazioni di Alta specialità recuperabile ovvero solo per quelli garantibili all'interno della Regione in particolare quella ortopedica** che mostra progressivi incrementi verso le strutture pubbliche e private extraregionali, principalmente quelle di confine;
- b. **Quella relativa ai DRG di bassa-media complessità;**
- c. **Quella relativa ai DRG potenzialmente inappropriati;**

Le Aziende sanitarie pubbliche dovranno pianificare la programmazione chirurgica tenendo conto anche della mobilità passiva in particolare quella evitabile e di confine.

Per le prestazioni di alta specialità ortopedica si pianifica l'incremento della produzione di tali prestazioni da parte delle strutture di ricovero private accreditate e convenzionate che saranno definite nelle Linee di indirizzo regionali per la stipula degli accordi contrattuali tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale;

4. Monitoraggio della produzione chirurgica, delle attività di recupero degli interventi chirurgici e di utilizzo delle sale operatorie come previsto dal regolamento di sala operatoria con incontri periodici in Direzione di Presidio per illustrare l'andamento 'uso delle sale operatorie;

5. Inoltre, al fine di efficientare e massimizzare l'utilizzo delle sale operatorie va avviato il monitoraggio giornaliero di utilizzo di ogni singola sala operatoria; le Direzioni di Presidio predispongono il monitoraggio giornaliero d'utilizzo delle sale operatorie e lo trasmettono alla Task force regionale per il Governo delle liste d'attesa.

In relazione a quanto sopra detto, le Aziende dovranno presentare il piano strutturale di governo e recupero degli interventi chirurgici inseriti in lista di attesa, entro la data del 15 maggio 2024, avente le seguenti caratteristiche:

- **Individuare la propria offerta ordinaria** per il recupero degli interventi chirurgici reclutando il personale necessario per la programmazione ordinaria tenendo presente l'obiettivo della massimizzazione di attività delle sale operatorie;
- **Individuare l'offerta da garantire in produttività aggiuntiva** avendo cura di assicurare che sia aggiuntiva a quella ordinaria. Si sottolinea che la produzione avviene per livelli subentranti: produzione ordinaria, produzione aggiuntiva, produzione in ALPI, ovvero non può essere erogata attività in ALPI se, in presenza di liste di attesa, il professionista non abbia garantito tutto l'orario dovuto senza debiti orari e l'orario in produttività aggiuntiva richiesto dall'azienda per abbattere le liste di attesa;
- **Individuare l'offerta da garantire sfruttando l'utilizzo delle sale operatorie di altri presidi ospedalieri;**
- **Indicare nel Piano, per ogni classe di complessità e di priorità, la consistenza della lista di attesa al 31.12.2023 e le percentuali di recupero al 30.06, 30.09 e 31.12.2024.** Il Piano dovrà essere stratificato per gli anni ante 2022, 2022 e 2023. Il Monitoraggio del recupero riguarda sia gli interventi effettuati che quelli ripuliti dalle liste. La Task Force regionale trasmetterà un format di elaborazione del Piano conforme agli item indicati.



3. GOVERNANCE REGIONALE

Con Determinazione direttoriale N. 1125 del 02/02/2023, in ossequio al mandato ricevuto dalla Giunta regionale con DGR 07.07.2021, n. 647, è stata istituita la Task force regionale per il governo delle liste d'attesa, al fine di presidiare le seguenti funzioni:

- monitoraggio e analisi dei dati;
- analisi criticità organizzative;
- definizione piani operativi di attività;
- informazione e comunicazione nei confronti della cittadinanza circa il monitoraggio delle liste d'attesa ed il recupero delle prestazioni, mediante la produzione di report periodici;

In base alla Determinazione sopra richiamata, la Task Force regionale è costituita dal:

- Direttore regionale Salute e Welfare, che la coordina;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza ospedaliera;
- Dirigente regionale competente in materia di assistenza territoriale;
- Dirigente regionale competente in materia di sistemi informativi sanitari;
- Responsabile della Sezione regionale competente in materia di monitoraggio liste di attesa;
- Responsabile della Sezione regionale competente in materia di comunicazione, semplificazione dei rapporti tra cittadino e SSR;
- Amministratore Unico di Punto Zero Scarl;
- Dirigente e personale interessato dell'area Servizi all'utenza di Punto Zero Scarl;
- Dirigente e personale interessato dell'area ICT di Punto Zero Scarl

La DD n.1125 del 02/02/2023 prevede che la composizione della Task force può, inoltre, essere integrata con altri esperti delle Aziende sanitarie o di Punto Zero Scarl su indicazione del Direttore regionale Salute e Welfare e può avvalersi di Tavoli Tecnici composti da rappresentanti dei Medici specialisti, dipendenti e convenzionati, e da Medici di assistenza primaria e Pediatri di libera scelta delle Aziende sanitarie regionali per la definizione delle azioni da porre in essere nei diversi ambiti di competenza.

La Task force è chiamata, quindi, a svolgere un'azione di governance e monitoraggio delle azioni previste nel presente piano operativo straordinario nel rispetto dei tempi definiti.

Ai fini del monitoraggio delle attività previste dal presente Piano, la Task Force è integrata con i seguenti professionisti:

- Dirigente regionale competente in materia di reclutamento del personale del SSR e l'utilizzo degli istituti contrattuali;
- Dirigente regionale competente in materia economico finanziario per la gestione delle risorse aggiuntive.

Al fine di conseguire tale obiettivo, la Task force dovrà riunirsi ogni 15 giorni per verificare l'attuazione e lo stato dell'arte delle iniziative definite nel presente piano, nonché attivare confronti con le direzioni aziendali per tenere in costante allineamento azioni e tempistiche definite, definire e garantire l'attuazione di eventuali azioni correttive e/o migliorative che si rendano necessarie in base al contesto rilevato.

Inoltre, il monitoraggio delle attività di recupero, sia per i ricoveri ospedalieri che per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sarà effettuato trimestralmente, valutando l'opportunità di intraprendere ulteriori eventuali azioni qualora si rendessero necessarie.

La Regione provvederà altresì al monitoraggio delle risorse utilizzate, nel rispetto di quanto indicato dalla normativa nazionale, e correlandole al recupero effettivo delle prestazioni.



4. UTILIZZO RISORSE

In continuità con lo scorso anno, al fine di garantire il proseguimento della riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e il rifinanziamento anche per l'anno 2024 dei Piani Operativi per l'abbattimento delle liste di attesa, la Legge 30 dicembre 2023, n. 213, "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026", in vigore dal 1° gennaio 2024, consente alle Regioni, all'art. 1 comma 232, di utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, che per la Regione Umbria ammonta ad euro 7.302.512,75 (calcolato su ultimo dato noto - Intesa n. 262/CSR/2023).

Nella tabella successiva sono ripartite le suddette risorse che dovranno essere finalizzate per l'attuazione degli interventi previsti nel presente Piano:

AZIENDA	0,4% (L. 213/23)
Azienda Ospedaliera Perugia	€ 1.500.000,00
Azienda Ospedaliera Terni	€ 1.500.000,00
USL Umbria 1	€ 2.151.256,37
USL Umbria 2	€ 2.151.256,37
TOTALE	€ 7.302.512,75

Tali risorse si aggiungono ai fondi stanziati nella precedente annualità: in particolare, le Aziende sanitarie regionali hanno ricevuto l'assegnazione della quota non superiore allo 0,3% del livello di finanziamento indistinto per l'anno 2023, ripartito ai sensi della Legge 24 febbraio 2023, n. 14 di "Conversione in legge, con modificazioni, del D.L n. 198/2022, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi. Proroga di termini per l'esercizio di deleghe legislative" (c.d. Decreto Milleproroghe), nelle seguenti quote inizialmente assegnate all'Azienda USL Umbria 1 pari ad euro 2.409.829,21 e all'Azienda USL Umbria 2 pari ad euro 3.067.055,35.

Infine, le risorse a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, per finanziare gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive, di cui all'Art. 1, comma 220, L. 213/2023, che per la Regione Umbria ammontano per ciascuna annualità 2024, 2025 e 2026 ad euro 2.980.000,00 da destinare alle prestazioni aggiuntive del personale medico, e ad euro 1.192.000,00 per le prestazioni aggiuntive del personale del comparto sanità, verranno utilizzate anche per il recupero delle prestazioni attualmente inserite nei percorsi di tutela e degli interventi chirurgici in lista d'attesa, nel rispetto delle indicazioni contenute nel presente Piano ed in base al riparto e assegnazione alle Aziende sanitarie che sarà oggetto di specifico atto di Giunta regionale.